

УДК 616.89-008.42-07-08

<https://doi.org/10.51523/2708-6011.2024-21-2-18>

## Клинико-описательный феномен телесного дисморфического расстройства

Т. П. Пицко, В. А. Ермоленко, Н. В. Хмара, Я. В. Цвирко

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

### Резюме

В данной статье представлен обзор литературы, посвященной нарушению восприятия собственного тела. Рассматриваются современные взгляды на особенности нарушения восприятия собственного тела. Описываются этапы развития диагностики дисморфического расстройства, изменения научных взглядов на нозологическую принадлежность. Описывая клинический случай пациента с дисморфическими симптомами в структуре расстройства личности, мы подчеркиваем клинико-социальную значимость проблемы и трудности в дифференциальной диагностике и верификации диагноза.

**Ключевые слова:** нарушение восприятия собственного тела, дисморфическое расстройство, мышечная дисморфия, обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства пищевого поведения

**Вклад авторов.** Пицко Т.П., Ермоленко В.А., Хмара Н.В., Цвирко Я.В.: концепция; Пицко Т.П.: написание обзора литературы; Ермоленко В.А., Хмара Н.В., Пицко Т.П.: описание клинического случая.; Цвирко Я.В.: психологическое тестирование.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Источники финансирования.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

**Для цитирования:** Пицко ТП, Ермоленко ВА, Хмара НВ, Цвирко ЯВ. Клинико-описательный феномен телесного дисморфического расстройства. Проблемы здоровья и экологии. 2024;21(2):155–161. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2024-21-2-18>

---

## Clinical-descriptive phenomenon of body dysmorphic disorder

Tatsiana P. Pitsko, Viktoria A. Ermolenko, Natalia V. Hmara, Yanina V. Tsvirko

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

### Abstract

This article provides a review of the literature on impaired perception of one's own body. Modern views on the features of impaired perception of one's own body are considered. The stages of development of the diagnosis of dysmorphic disorder and changes in scientific views on nosological affiliation are described. Describing a clinical case of a patient with dysmorphic symptoms in the structure of a personality disorder, we emphasize the clinical and social significance of the problem and difficulties in differential diagnosis and diagnosis verification.

**Keywords:** impaired perception of one's own body, body dysmorphic disorder, muscle dysmorphia, obsessive-compulsive disorder, eating disorders

**Author contributions.** Pitsko T.P., Ermolenko V.A., Hmara N.V., Tsvirko Y.V.: concept; Pitsko T.P.: writing a literature review; Ermolenko V.A., Hmara N.V., Pitsko T.P.: description of the clinical case; Tsvirko Y.V.: psychological testing.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Funding.** The study was conducted without sponsorship

**For citation:** Pitsko TP, Ermolenko VA, Hmara NV, Tsvirko YaV. Clinical-descriptive phenomenon of body dysmorphic disorder. Health and Ecology Issues. 2024;21(2):155–161. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2024-21-2-18>

---

## Введение

В представление о том, как должен выглядеть современный, успешный человек, часто входит оценка его тела. Формирование этих «идеалов» осуществляется через средства массовой информации, давление со стороны сверстников, родителей, половых партнеров [1]. Социальная успешность ассоциируется в том числе с «идеальным образом себя», что усиливает потребность человека соответствовать «стандартам красоты», причем нередко он сам устанавливает для себя в этом вопросе жесткие рамки. Это затрудняет формирование здорового восприятия индивидуальности своего тела и часто сопровождается нарушениями пищевого поведения [2–4]. Длительное время считалось, что это касается только женщин, которые стереотипно воспринимают себя чрезмерно толстыми и, как следствие, так стремятся к худобе, что в некоторых случаях доходят до анорексии. Griffiths et al. показали, что у мужчин искажения восприятия собственного тела тоже встречаются, но наблюдается «обратный» симптом: ощущение себя как чрезмерно «маленького» приводит к формированию стремления к наращиванию мышечной массы за счет чрезмерных физических нагрузок [4]. В основе нарушений восприятия собственного тела (дисморфический синдром) лежат навязчивые идеи необоснованно преувеличенного физического недостатка, чрезмерная озабоченность своим «дефектом», что приводит к избеганию социального взаимодействия. У мужчин может развиваться разновидность этого расстройства — мышечная дисморфия. В этом случае пациент считает, что его тело недостаточно стройное и мускулистое. Части тела, которые ему не нравятся, он описывает как уродливые, непривлекательные, безобразные, отвратительные или чудовищные.

Актуальность исследования дисморфофобии заключается в большой распространенности заболевания, трудностях диагностики и высоком суицидальном риске. В общей популяции дисморфофобия определяется с частотой 2 % и более. Krebs G. et al. в своем исследовании показали, что частота самоубийств у пациентов с дисморфофобией с поправкой на возраст, пол и географический регион, была примерно в 45 раз выше, чем в общей популяции. В то время как показатели завершенных самоубийств при других психических расстройствах были выше: в 23 раза при расстройствах пищевого поведения, в 20 раз — при тяжелой депрессии и в 15 раз — при биполярном расстройстве [5].

## Особенности нарушения восприятия собственного тела у мужчин

В последние годы в научных кругах появилось больше интереса к причинам, формирующим нарушения восприятия образа тела у мужчин. Так, D. C. Jones et. al. в своем исследовании показали, что у мальчиков и молодых мужчин, особенно акцентированных по истерическому и сенситивно-шизоидному типу, происходит интернализация экранного мезоморфного идеала. А поскольку мезоморфный идеал сосредоточен на мускулатуре и худобе, они могут быть недовольны своим телом по двум параметрам: развитости мускулатуры и выраженности жировой ткани [6]. Неудовлетворенность мускулатурой может формировать потребность наращивать мускулатуру и, как следствие, это приведет к развитию мышечной дисморфии, тогда как неудовлетворенность наличием жировых отложений может спровоцировать расстройство пищевого поведения [7, 8, 9].

В свою очередь, S. Hoffmann, P. Warschburger в проспективном исследовании с участием мальчиков-подростков смогли выявить различия, показав, что интернализация мезоморфного идеала предсказывала увеличение неудовлетворенности мускулатурой, а неудовлетворенность жировыми отложениями предсказывала рост беспорядочного питания [10].

К другим социальным причинам, которые могут способствовать формированию нарушения восприятия образа тела, относят увеличение гендерного равенства, которое оставляет мужчинам меньше возможностей для самоутверждения перед женщинами (гипотеза об угрозе маскулинности) [11]. В традиционном общественном сознании существуют стереотипы «мужественности» и «женственности», проявляющиеся в мужском доминировании и женской подчиненности. Стереотип «женственности» характеризуется скромностью, послушанием, слабостью, в то время как характеристиками «мужественности» являются сила, власть, смелость, прагматизм, рассудительность. У мужчин, поддерживающих традиционные представления о мужественности, это может привести к кризису идентичности, в результате чего они могут испытывать компенсаторную потребность публично демонстрировать свою мужественность, например стремясь к мускулистости. Таким образом, чем больше мужчины одобряют традиционные представления о мужественности, тем больше вероятность того, что они будут недовольны своей мускулатурой и, вероятно, будут заниматься наращиванием мускулатуры. И чем больше они одобряют гендерные представления о женственности, тем больше они недовольны своими жировыми отло-

жениями, вследствие чего придерживаются ограничительной практики в еде [12].

Установлено, что проявление агрессии в детско-подростковом возрасте со стороны значимых взрослых способствует нарушению формирования правильных представлений о своем теле. Так, D. Tod, C. Edwards, I. Cranswick при исследовании 20 мужчин с мышечной дисморфией выявили виктимизацию в детском возрасте в форме издевательств, насмешек, таких как «маленький», «слабый» или «неспортивный». В большинстве случаев центральной агрессивной фигурой выступал отец ребенка, тренер или группа сверстников. Опрошенные мужчины описывали, как переживания виктимизации в отношениях привели их к повышенному осознанию своих недостатков как мужчин, а наращивание мускулатуры давало возможность укрепить чувство мужской идентичности [13].

Почти все люди с мышечной дисморфией страдают нарушением психосоциального функционирования из-за проблем с внешностью. Нарушение может варьировать от умеренного (например, избегание некоторых социальных ситуаций) до экстремального (например, никуда не выходить из дома). В среднем психосоциальное функционирование и качество жизни заметно ухудшаются. Более тяжелые симптомы мышечной дисморфии связаны с ухудшением качества жизни. Большинство людей испытывают ухудшение в своей работе, учебе или ролевом функционировании (например, в качестве родителя или опекуна), которое часто бывает значительным (например, плохо выполняют свою работу, пропускают школу или работу, не работают). Нарушение в социальной деятельности, отношениях, в том числе в сексуальной сфере, включая избегание близости, является распространенным явлением. Люди могут не выходить из дома из-за симптомов мышечной дисморфии иногда в течение многих лет [14].

Сравнивая соотношение симптомов дисморфофобии у женщин и у мужчин, следует отметить, что проявления неупорядоченного питания (такие как ограничение, очищение, например вызывание рвоты, переедание) у мужчин происходят реже, и только «чрезмерные физические нагрузки» встречается с одинаковой частотой [15, 16].

Таким образом, нарушения восприятия собственного тела у мужчин, а именно ощущение себя чрезмерно маленькими и слабыми, чаще приводит к формированию мышечной дисморфии, в то время как у женщин ощущение себя чрезмерно толстыми чаще приводит к нарушениям пищевого поведения, в частности к нервной анорексии. И это подчеркивает важность пра-

вильного формирования восприятия себя и собственного тела.

### *Этапы развития диагностики дисморфического расстройства в психиатрии*

В ряде литературных источников явление искажения образа собственного тела у мужчин называют «обратной анорексией» [17] или «бигорексией» [18, 19]. Cooper M. et al. ввел понятие мышечная дисморфия [20]. В DSM-V мышечная дисморфия отнесена к рубрике обсессивно-компульсивных расстройств. В МКБ-10 мышечная дисморфия не выделена как независимая диагностическая категория, а включается в рубрику «соматоформные расстройства», категорию «ипохондрические расстройства», критерий включения — «небредовая дисморфофобия». В МКБ-11 данное расстройство классифицируется как подтип дисморфического расстройства (6B21) и поставлено в блоке обсессивно-компульсивных и сходных расстройств (блок L1-6B2). Следует помнить, что существует и бредовая форма дисморфофобии. В МКБ-10 данная патология включена в рубрику «хронические бредовые расстройства», категорию «другие хронические бредовые расстройства», критерий включения — «бредовая форма дисморфофобии». В МКБ-11 данное расстройство классифицируется как подтип «бредовое расстройство» (6A24) и поставлено в блоке шизофрении и других первичных психотических расстройств (блок L1-6A2).

Выделение данных нарушений в отдельную рубрику дает возможность не только своевременно диагностировать данную патологию, но и формировать дифференцированный подход к лечению.

### *Современные представления о лечении пациентов с дисморфическим расстройством*

В настоящее время в лечении дисморфического расстройства принято использовать преимущественно когнитивно-поведенческую психотерапию (КПТ) и прием ингибиторов обратного захвата серотонина [21].

В трех рандомизированных контролируемых исследованиях K. A. Phillips, R. S. Albertini, S. A. Rasmussen показано, что флуоксетин был значительно более эффективным, чем плацебо, в улучшении симптомов дисморфического расстройства [22]. E. Hollander et al. провели исследование, в котором доказывают эффективность не только ингибиторов обратного захвата серотонина, но и других антидепрессантов, в частности кломипрамина [23]. В свою очередь, K. A. Phillips et al. показали, что эсциталопрам более эффективен для лечения мышечной дисморфии

по сравнению с плацебо и способен уменьшить риск рецидива [24].

National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain) рекомендует использовать КПТ длительностью 16–24 сеансов [25]. Доказательства влияния когнитивно-поведенческой терапии основаны на четырех рандомизированных контролируемых исследованиях у взрослых с мышечной дисморфией [26–29].

Согласно клиническому протоколу оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, относящемуся к категории ипохондрических расстройств, основная роль в лечении принадлежит психотерапии (когнитивно-бихевиоральная, аутотренинг, релаксационные методы, гештальт-терапия, психодинамическая терапия). Цель фармакотерапии — создать возможности для психотерапии и проводится при наличии сопутствующих тревожных, депрессивных и других расстройств. Лекарственными средствами первого выбора являются антидепрессанты группы СИОЗС (флувоксамин, сертралин, пароксетин, эсциталопрам, циталопрам, флуоксетин).

В лечении дисморфического расстройства все еще остается ряд областей, которые требуют дальнейшего изучения. Однако в настоящее время в Республике Беларусь, как и в других странах мира, имеются схожие подходы к лечению этой категории расстройств.

#### *Случай из клинической практики*

Пациент Х, 24 года, поступил в У «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» по направлению РВК. Ранее к психиатрам, наркологам, психотерапевтам не обращался. При поступлении предъявлял жалобы на чувство тревоги, беспокойства, желание много двигаться, ходить, заниматься спортом и на большое количество мыслей в голове.

Анамнез жизни. Наследственность отягощена алкоголизмом отца, бабушки по материнской линии. Единственный ребенок у матери. Известно, что отец принадлежит к другой национальности и вероисповеданию. По имеющимся сведениям, воспитывался в аномальной обстановке, в женском окружении, в отсутствии полоролевой идентификации. Рос и развивался в соответствии с возрастом, от сверстников в психофизическом развитии не отставал. В детский сад ходил с трех лет. В школу пошел в шесть лет. Успеваемость в школе — выше среднего (средний балл — около 8), характеристика положительная. Со слов пациента, к 11 годам весил уже 115 кг. Школьные годы описывает в негативном ключе, рассказывает, что сверстники над ним насмеялись, дразнили его, ввиду этого предпочитал уе-

диненные виды деятельности, долго переживал из-за насмешек. На этом фоне появились тики и навязчивые раскачивания из стороны в сторону. Из контекста беседы с пациентом усматриваются признаки сенситивного шизотипа как предпосылка уязвимости. В раннем пубертате подвергся физическому насилию, ассоциированному с сексуальным, со стороны отца и его родственников. После этого случая с отцом контакт не поддерживает. В дальнейшем стал испытывать огромное чувство стыда и вины за свой внешний вид, считал себя «слабым и маленьким», начал активно заниматься спортом в тренажерном зале, ходить до 40 тыс. шагов в день, ограничивал себя в сладкой и жирной пище, усиленно употреблял белковые продукты и протеиновые коктейли, с целью придать рельефность телу. За год похудел со 115 до 76 кг. В настоящий момент весит 82 кг (рост — 170 см), считает себя «слабым, недостаточно рельефным», демонстрирует «складку на животе». Окончил 11 классов, Белорусский торгово-экономический университет потребительской кооперации по специальности «Экономист». В настоящий момент не работает, находится на иждивении у матери. Холост, детей нет, ранее были отношения с девушкой. Со слов, алкоголь и другие виды психоактивных веществ не употребляет.

Психический статус при поступлении. Состояние сознания: ясное. Ориентирован всесторонне верно.

Внешний вид: соответствует возрасту, атлетического телосложения, опрятен, одет в мешковатую одежду: байка с капюшоном.

Поведение и особенности контакта: зрительный контакт не поддерживает, взгляд в пол. Соблюдает этическую дистанцию. Выглядит несколько встревоженным. Стеснительный. Голос громкий, речь несколько ускорена, грамотная.

Эмоциональная сфера: общий фон настроения соответствует ситуации, при упоминании психотравмирующих событий становится слезливым. Агрессивных и суицидальных тенденций на момент осмотра нет.

Мышление: последовательное, логическое. Сохраняется актуальность «психотравмирующих» переживаний. Высказывает навязчивые идеи, касающиеся собственной внешности. Говорит, что недостаточно мускулистый, считает себя «слабым», демонстрирует складку на животе, переживает, что поправился, боится, что в условиях стационара «мышцы заплывут жиром», так как «здесь только ем и сплю», в связи с этой мыслью в условиях стационара нашел для себя единственный вид физической активности — ходьбу по коридору, ходит по несколько часов в день. Понимает, что это его собственные мысли:

«Хотел бы от них избавиться, но не получается». Данные суждения не имеют резкой аффективной окраски, не имеют перевеса в ходе беседы. При попытке избавиться от этих мыслей нарастает тревога и появляется желание ходить. Бредовых идей не высказывает.

Двигательно-волевая сфера: ходит по несколько часов в день, осознает абсурдность этих действий, но справиться с ними не может. К своему поведению критичен.

Восприятие: выявляет нарушения восприятия образа своего тела, обеспокоен своим внешним видом, особенно в области живота, талии, бедер. Ощущает себя «слабым», «недостаточно маскулинным», обманы восприятия отрицает, поведенчески не выявляет.

Интеллектуально-мнестическая сфера: соответствует возрасту и полученному образованию.

Критика к своему состоянию: осознает характер своего состояния.

Основные симптомы: искажение восприятия собственного тела, навязчивые мысли дисморфофобического характера, компульсивные действия, личностные нарушения.

Факультативные симптомы: тревога, снижение настроения.

Ведущий синдром — психопатический.

Соматический статус. Телосложение атлетическое. Рост — 170 см. Вес — 82 кг. ИМТ — 28,3. Кожные покровы чистые. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД — 120/80 мм рт. ст. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Сон и аппетит не нарушены. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ и ЭКГ без патологии.

Данные психологического обследования. Испытуемый контакту доступен, однако в процессе беседы держится несколько отстраненно, зрительный контакт не поддерживает. Ориентирован правильно. На вопросы отвечает по существу. Речь быстрая, эмоциональная, тон повышен. Говорит о сложностях «общения с людьми», предъявляет жалобы на тревогу, наличие некоторых навязчивостей в поведении (например, необходимость пройти 40 тыс. шагов). Интеллектуальные способности соответствуют возрасту и полученному образованию. Суждения при этом отличаются инфантильностью, поверхностностью. Эмоциональные реакции импульсивные, лабильные. Инструкции усваивает и задания выполняет в полном объеме, несколько формально. Темп деятельности неравномерный, отмечаются колебания работоспособности. Мотивация неустойчивая, носит скорее формальный характер.

При возникновении трудностей формальность усиливается. Особого интереса к результатам исследования не проявляет.

На момент исследования диагностируется высокая личностная и ситуативная тревожность. В характере преобладают черты шизоидного, истероидного и тревожно-сенситивного типов личности. В сфере мышления отмечаются случаи опоры на несущественные признаки, элементы формальности в процессе абстрагирования, суждения характеризуются незрелостью, поверхностностью.

Диагноз, поставленный врачами практического здравоохранения: «Смешанное расстройство личности (F61)».

Выписан по окончании обследования по линии РВК.

### Заключение

Описанный клинический случай показывает формирование расстройства личности у пациента с исходным патологическим преморбидом, с посттравматическим развитием, с эндокринной стигматизацией и вторичной дисморфией. Учитывая присоединение социальной дезадаптации (пациент не работает, проживает на иждивении у матери, указывает на трудности в социальном функционировании), хронический аномальный стиль поведения, длительность течения более двух лет, следует расценивать данное состояние как сформированное расстройство личности.

Примечательно, что симптомы нарушения восприятия собственного тела могут встречаться при различных патологиях, например, при расстройствах пищевого поведения, что, с нашей точки зрения, может привести к диагностической путанице и неправильному пониманию клинической картины мышечной дисморфии. При расстройствах пищевого поведения акцент ставится на питании и на ощущении себя чрезмерно толстым и, как следствие, возникает стремление к худобе, в то время как при мышечной дисморфии акцент ставится на «дефектности, недостаточности» мышечной массы и на ощущении себя чрезмерно «маленькими, слабыми» и, как следствие, возникает стремление к наращиванию мышечной массы.

Отсутствие продуктивных симптомов, «стройность» мышления, а в умозаключениях отсутствие опоры на латентные признаки, а также критичность к своим высказываниям не позволяют говорить о шизофреническом процессе.

Таким образом, дисморфический синдром может встречаться как изолированно, так и входить в состав других психических патологий.

Грамотная ранняя диагностика данной патологии будет способствовать выявлению, лече-

нию и более целенаправленной реабилитации данной группы пациентов, так как современные клинические исследования свидетельствуют о

значительной распространенности дисморфических расстройств, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста.

## Список литературы / References

- McCabe MP, Busija L, Fuller-Tyszkiewicz M, Ricciardelli L, Mellor D, Mussap A. Sociocultural influences on strategies to lose weight, gain weight, and increase muscles among ten cultural groups. *Body Image*. 2015;12:108-114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.10.008>
- Tylka TL, Bergeron D, Schwartz JP. Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS). *Body image*. 2005;2(2):161-175. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.03.001>
- Griffiths S, Murray SB, Touyz S. Disordered eating and the muscular ideal. *Journal of eating disorders*. 2013;1(1):1-2. DOI: <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-15>
- McCreary DR, Sasse DK. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American college health*. 2000;48(6):297-304. DOI: <https://doi.org/10.1080/07448480009596271>
- Krebs G, de la Cruz LF, Rijdsdijk FV, Rautio D, Enander J, Rück C, et al. The association between body dysmorphic symptoms and suicidality among adolescents and young adults: a genetically informative study. *Psychological medicine*. 2022;52(7):268-1276. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291720002998>
- Jones DC, Crawford JK. Adolescent boys and body image: Weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*. 2005;34:629-636. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-005-8951-3>
- Tylka TL. Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body image*. 2011;8(3):199-207. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.008>
- Rodgers RF, Ganchou C, Franko DL, Chabrol H. Drive for muscularity and disordered eating among French adolescent boys: A sociocultural model. *Body Image*. 2012;9(3):318-323. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.03.002>
- Stratton R, Donovan C, Bramwell S, Loxton NJ. Don't stop till you get enough: Factors driving men towards muscularity. *Body Image*. 2015;15:72-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.002>
- Hoffmann S, Warschburger P. Prospective relations among internalization of beauty ideals, body image concerns, and body change behaviors: Considering thinness and muscularity. *Body Image*. 2019;28:159-167. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.011>
- Mishkind ME, Rodin J, Silberstein LR, Striegel-Moore RH. The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist*. 1986;29(5):545-562. DOI: <https://doi.org/10.1177/000276486029005004>
- Murray SB, Touyz SW. Masculinity, Femininity and Male Body Image: A Recipe for Future Research. *International Journal of Men's Health*. 2012;11(3):112-114. DOI: <https://doi.org/10.3149/jmh.1103.227>
- Tod D, Edwards C, Cranswick I. Muscle dysmorphia: current insights. *Psychology research and behavior management*. 2016;1:179-188. DOI: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S97404>
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*. 2004;3(1):12.
- Bentley C, Gratwick-Sarll K, Harrison C, Mond J. Sex differences in psychosocial impairment associated with eating disorder features in adolescents: A school-based study. *Int J Eat Disord*. 2015;48(6):633-640. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22396>
- Anderson CB, Bulik CM. Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eat Behav*. 2004;5(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2003.07.001>
- Phillipou A, Castle DJ, Rossell SL. Direct comparisons of anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: a systematic review. *Psychiatry research*. 2019;274:129-137. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.106>
- Tovt S, Kajanova A. Introduction to bigorexia. *Journal of nursing and social sciences related to health and illness*. 2021;3:133-136. DOI: <https://doi.org/10.32725/kont.2021.014>
- Yeloğlu ÇH. Bigorexia: diagnosis and treatment approaches. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2018;28:324-324.
- Cooper M, Eddy KT, Thomas JJ, Franko DL, Caron-Arthur B, Keshishian AC, Griffiths KM. Muscle dysmorphia: A systematic and meta-analytic review of the literature to assess diagnostic validity. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(10):1583-1604. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.23349>
- Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2005;17(4):205-210. DOI: <https://doi.org/10.1080/10401230500295313>
- Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of general psychiatry*. 2002;59(4):381-388. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.381>
- Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, Simeon D. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(11):1033-1039. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.11.1033>
- Phillips KA, Keshaviah A, Dougherty DD, Stout RL, Menard W, Wilhelm S. Pharmacotherapy relapse prevention in body dysmorphic disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(9):887-895. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15091243>
- Drummond LM, Fineberg NA, Heyman I, Kolb PJ, Pillay A, Rani S, Veale D. National service for adolescents and adults with severe obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Psychiatric Bulletin*. 2008;32(9):333-336. DOI: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.017517>
- Rabiei M, Mulkens S, Kalantari M, Molavi H, Bahrami F. Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: acceptability and proof of concept. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2012;43(2):724-729. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.013>
- Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1995;63(2):263. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.263>
- Veale D. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 1996;34(9):717-729.
- Wilhelm S, Phillips KA, Didie E, Buhlmann U, Greenberg JL, Fama JM, Steketee G. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2014;45(3):314-327. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.12.007>

**Информация об авторах / Information about the authors**

**Пицко Татьяна Петровна**, старший преподаватель курса психиатрии, кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации, психиатрии и ФПКИП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5726-2894>

e-mail: [tanja.pitsko@yandex.ru](mailto:tanja.pitsko@yandex.ru)

**Ермоленко Виктория Александровна**, старший преподаватель курса психиатрии, кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации, психиатрии и ФПКИП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3751-1256>

e-mail: [vika\\_201288@mail.ru](mailto:vika_201288@mail.ru)

**Хмара Наталия Викторовна**, старший преподаватель курса психиатрии, кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации, психиатрии и ФПКИП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5352-9384>

e-mail: [grintuch1@gmail.com](mailto:grintuch1@gmail.com)

**Цвирко Янина Владимировна**, ассистент курса психиатрии, кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации, психиатрии и ФПКИП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0002-3362>

e-mail: [cvira@bk.ru](mailto:cvira@bk.ru)

**Tatsiana P. Pitsko**, Senior Lecturer of the Psychiatry Course at the Department of Neurology and Neurosurgery with the courses of Medical Rehabilitation, Psychiatry and the course of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5726-2894>

e-mail: [tanja.pitsko@yandex.ru](mailto:tanja.pitsko@yandex.ru)

**Viktoria A. Ermolenko**, Senior Lecturer of the Psychiatry Course at the Department of Neurology and Neurosurgery with the courses of Medical Rehabilitation, Psychiatry and the course of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3751-1256>

e-mail: [vika\\_201288@mail.ru](mailto:vika_201288@mail.ru)

**Natalia V. Hmara**, Senior Lecturer of the Psychiatry Course at the Department of Neurology and Neurosurgery with the courses of Medical Rehabilitation, Psychiatry and the course of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5352-9384>

e-mail: [grintuch1@gmail.com](mailto:grintuch1@gmail.com)

**Yanina V. Tsvirko**, Assistant of the Psychiatry Course at the Department of Neurology and Neurosurgery with the courses of Medical Rehabilitation, Psychiatry and the course of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0002-3362>

e-mail: [cvira@bk.ru](mailto:cvira@bk.ru)

**Автор, ответственный за переписку / Corresponding author**

**Пицко Татьяна Петровна**  
e-mail: [tanja.pitsko@yandex.ru](mailto:tanja.pitsko@yandex.ru)

**Tatsiana P. Pitsko**  
e-mail: [tanja.pitsko@yandex.ru](mailto:tanja.pitsko@yandex.ru)

Поступила в редакцию / Received 30.01.2024

Поступила после рецензирования / Accepted 11.05.2024

Принята к публикации / Revised 05.06.2024