

Позиция российских экспертов по междисциплинарной оценке дисморфического расстройства и телесно-направленного повторяющегося поведения как части нарушений обсессивно-компульсивного спектра

А.С. Аведисова¹, Е.Р. Аравийская², Л.С. Круглова³, А.Н. Львов^{3, 4}, И.А. Мартынихин^{2, 5}, В.Э. Медведев⁶, В.Д. Менделевич⁷, Д.С. Петелин⁸, С.С. Потанин^{9, 10}, М.А. Самушия^{3, 11}, Г.М. Усов¹², С.Н. Мосолов^{1, 13}

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

³ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

⁴ ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

⁵ ООО «Медико-психологический центр «Решение», Санкт-Петербург, Россия

⁶ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Москва, Россия

⁷ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Республика Татарстан, Казань, Россия

⁸ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), Москва, Россия

⁹ Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия

¹⁰ Клиника современной психотерапии и психиатрии «Нейро-пси», Москва, Россия

¹¹ ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

¹² ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия

¹³ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

В статье представлены актуальные данные о распространенности, клинической структуре, взаимосвязи с обсессивно-компульсивным расстройством, диагностике и терапии дисморфического расстройства и телесно-направленного повторяющегося поведения. Критически проанализированы современные тенденции по расширению диагностики обсессивно-компульсивного расстройства, сужению границ диагностики расстройств бредового регистра, отграничению обсессивно-компульсивного расстройства от бреда. На моделях дисморфического расстройства и телесно-направленного повторяющегося поведения показана их высокая значимость для здоровья популяции, существенная распространенность, трудности диагностики, а также недостаточная разработанность подходов к терапии. На основании представленных данных предложены рекомендации по улучшению ведения пациентов с двумя обсуждаемыми диагнозами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства обсессивно-компульсивного спектра, дисморфофобия, патологические телесно-направленные повторяющиеся действия, психофармакотерапия

КОНТАКТЫ: Аведисова Алла Сергеевна, alla.avedisova@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7940-3712

Аравийская Елена Роальдовна, arelenar@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6378-8582

Круглова Лариса Сергеевна, kruglovals@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5044-5265

Львов Андрей Николаевич, alvov@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3875-4030

Мартынихин Иван Андреевич, ivan.martynikhin@gmail.com, ORCID: 0009-0006-2937-7639

Медведев Владимир Эрнстович, melkorcard@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8653-596X

Менделевич Владимир Давыдович, mendeleovich_vl@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8476-6083

Петелин Дмитрий Сергеевич, petelinhome1@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-2228-6316

Потанин Сергей Сергеевич, potanin_ss@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9180-1940

Самушия Марина Антиповна, sma-psychiatry@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3681-9977

Усов Григорий Михайлович, usovgm@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7619-1179

Мосолов Сергей Николаевич, profmosolov@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5749-3964

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Аведисова А.С., Аравийская Е.Р., Круглова Л.С., Львов А.Н., Мартынихин И.А., Медведев В.Э., Менделевич В.Д., Петелин Д.С., Потанин С.С., Самушия М.А., Усов Г.М., Мосолов С.Н. Позиция российских экспертов по междисциплинарной оценке дисморфического расстройства и телесно-направленного повторяющегося поведения как части нарушений обсессивно-компульсивного спектра // Современная терапия психических расстройств. — 2026. — № 3. — С. 80–89. — DOI: 10.48612/psyph/agnx-bd2v-2bkg

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: настоящая публикация не имела спонсорской поддержки. Авторы заявляют об участии в экспертном совете, организованном 10 июня 2026 г. ООО «Эбботт Лэбораториз». Авторы подтверждают отсутствие влияния на процесс написания настоящего обзора, анализ и интерпретацию данных, а также решение о публикации настоящей статьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА: авторы заявляют, что при создании настоящей статьи технологии искусственного интеллекта не использовались.

The Position of Russian Experts on the Interdisciplinary Assessment of Body Dysmorphic Disorder and Body-Focused Repetitive Behaviors as Part of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders

A.S. Avedisova¹, E.R. Araviyskaya², L.S. Kruglova³, A.N. Lvov^{3, 4}, I.A. Martynikhin^{2, 5}, V.E. Medvedev⁶, V.D. Mendelevich⁷, D.S. Petelin⁸, S.S. Potanin^{9, 10}, M.A. Samushiya^{3, 11}, G.M. Usov¹², S.N. Mosolov^{1, 13}

¹ V. P. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

² Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia

³ Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

⁴ Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

⁵ Medical and Psychological Center "Reshenie", Saint Petersburg, Russia

⁶ Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russia

⁷ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kazan State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

⁸ First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia

⁹ Moscow Medical University "REAVIZ", Moscow, Russia

¹⁰ "Neuro-Psi" Clinic of Modern Psychotherapy and Psychiatry, Moscow, Russia

¹¹ Central Clinical Hospital with a Polyclinic of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

¹² Omsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Omsk, Russia

¹³ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

SUMMARY

This paper presents current data on the prevalence, clinical structure, relationship with obsessive-compulsive disorder, diagnosis, and treatment of body dysmorphic disorder and body-focused repetitive behavior. It critically analyzes current trends in expanding the diagnosis of obsessive-compulsive disorder, narrowing the diagnostic boundaries of delusional disorders, and distinguishing obsessive-compulsive disorder from delusions. Using models of both body dysmorphic disorder and body-focused repetitive behavior, it demonstrates their high public health significance, significant prevalence, diagnostic difficulties, and the insufficient development of treatment approaches. Based on the presented data, recommendations are provided for improving the care of patients with these two diagnoses.

KEYWORDS: OCD, obsessive-compulsive spectrum disorders, body dysmorphic disorder, pathological body-focused repetitive behaviors, psychopharmacotherapy

CONTACTS: Avedisova Alla Sergeevna, alla.avedisova@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7940-3712
Araviyskaya Elena Roaldovna, arelenar@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6378-8582
Kruglova Larisa Sergeevna, kruglovals@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5044-5265
Lvov Andrey Nikolaevich, alvov@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3875-4030
Martynikhin Ivan Andreevich, ivan.martynikhin@gmail.com, ORCID: 0009-0006-2937-7639
Medvedev Vladimir Ernstovich, melkorcard@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8653-596X
Mendelevich Vladimir Davydovich, mendelevich_vl@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8476-6083
Petelin Dmitry Sergeevich, petelinhome1@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-2228-6316
Potanin Sergey Sergeevich, potanin_ss@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9180-1940
Samushiya Marina Antipovna, sma-psychiatry@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3681-9977
Usov Grigory Mikhailovich, usovgm@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7619-1179
Mosolov Sergey Nikolaevich, profmosolov@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5749-3964

CITATION: Avedisova A.S., Araviyskaya E.R., Kruglova L.S., Lvov A.N., Martynikhin I.A., Medvedev V.E., Mendelevich V.D., Petelin D.S., Potanin S.S., Samushiya M.A., Usov G.M., Mosolov S.N. The position of Russian experts on the interdisciplinary assessment of body dysmorphic disorder and body-focused repetitive behaviors as part of obsessive-compulsive spectrum disorders // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]. — 2026. — No. 3. — Pp.80–89. — DOI: 10.48612/psyph/agnx-bd2v-2bkg [in Russian].

CONFLICT OF INTEREST: this publication received no sponsorship. The authors declare their participation in the Expert Council organised on 10 June 2026 by Abbott Laboratories LLC. The authors confirm that this had no influence on the writing of this review, the analysis and interpretation of the data, or the decision to publish this article.

STATEMENT ON THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE TECHNOLOGIES: authors declare that no artificial intelligence technologies were used in the creation of this article.

Введение

Эволюция представлений об обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) и расстройствах ОКР-спектра (РОКС) в последние десятилетия привела к значимому пересмотру как теоретических моделей, так и практических подходов к ведению пациентов с данными нарушениями. Критический анализ этих изменений имеет принципиальное значение для разработки качественных, основанных на доказательствах подходов к диагностике и терапии ОКР.

Во-первых, в пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5) и 11-й версии Международной классификации болезней (МКБ-11) ОКР было выделено из группы тревожных расстройств и получило диагностическую самостоятельность. Основные различия между подходами в МКБ-11 и МКБ-10 представлены в таблице [1]. Обоснованность такого решения подтверждается рядом феноменологических, клинических, нейробиологических и терапевтических аргументов. В частности, было показано, что негативные переживания, ассоциированные с наличием обсессий, выходят за пределы тревоги и могут проявляться в более широком спектре эмоций, включая раздражение, стыд и другие состояния. Кроме того, для тревожных расстройств нехарактерно наличие систематического повторяющегося поведения, которое является одной из ключевых и неотъемлемых особенностей ОКР [2]. Также установлено, что топография нейрональной дисфункции при ОКР существенно отличается от таковой при тревожных расстройствах: важнейшим звеном патогенеза ОКР считается патологическая активация орбитофронтальной коры и усиление ее функциональных связей с субталамическим ядром и скорлупой, что не свойственно тревожным расстройствам [3]. Наконец, несмотря на сходство базовых терапевтических подходов, включающих когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) в качестве терапии первой линии, лечение тревожных расстройств и ОКР имеет существенные различия: различаются как эффективные дозы СИОЗС, так и психотерапевтические техники. При ОКР требуются значительно более высокие дозы СИОЗС, а также эффективны

иные препараты для аугментации терапии, например антипсихотики рисперидон и арипипразол, мемантин и др. [4].

Во-вторых, ОКР было не только выделено в самостоятельное расстройство, но и стало основой для формирования группы психических нарушений, обозначаемой как расстройства обсессивно-компульсивного спектра (РОКС). В нее включены расстройства, которые формально не отвечают диагностическим критериям ОКР, однако в их клинической картине присутствуют признаки повторяемости и навязчивого поведения, а также сходные нейровизуализационные характеристики. По сути, такое расширение привело к тому, что в рамках ОКР ведущие мировые эксперты сегодня рассматривают значительную часть психических расстройств, нередко наблюдаемых вне пределов психиатрической службы, прежде всего ипохондрическое и дисморфическое расстройства (ДР), а также телесно-направленное повторяющееся поведение (ТНПП) [5]. Подобная интеграция создала предпосылки для более глубокого понимания принципов лечения этих пациентов, а некоторая общность патогенеза стала важным ориентиром при выборе терапии, эффективной как при ОКР, так и при РОКС; в первую очередь речь идет о высоких дозах СИОЗС и КПТ.

В-третьих, для всех РОКС были введены понятие и спецификатор «с низкой или отсутствующей критикой». Тем самым была обозначена тенденция к значительному расширению диагностики ОКР за счет включения синдромов, которые ранее относили к патологии более высоких регистров: сверхценным образованиям или бредовым идеям. Клиницистам давно известно, что при выраженной симптоматике пациенты с ОКР могут демонстрировать недостаточный уровень критики к своим переживаниям и не сомневаться в истинности собственных опасений [6]. В результате возрастает риск неверной диагностики и назначения некорректной терапии, например антипсихотиков при отсутствии предварительного лечения СИОЗС в высоких дозах. Так, согласно МКБ-11, даже при полной убежденности пациента в справедливости его опасений (например, в наличии бактерий на руках, неисправимого дефекта внешности и т. д.) и при соответствии состояния остальным критериям следует устанавливать диагноз РОКС. В частности,

Таблица. Основные различия систематики ОКР и РОКС в МКБ-11 и МКБ-10

Table. Key differences in the classification of OCD and obsessive-compulsive spectrum disorders in ICD-11 and ICD-10

МКБ-10	МКБ-11
НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА (F40–F48) F40. Фобические тревожные расстройства F41. Другие тревожные расстройства F42. Обсессивно-компульсивное расстройство F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации F44. Диссоциативные (конверсионные) расстройства F45. Соматоформные расстройства F48. Другие невротические расстройства	6B2 ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ И СХОДНЫЕ РАССТРОЙСТВА 6B20 Обсессивно-компульсивное расстройство 6B21 Дисморфическое расстройство 6B22 Патологическая озабоченность собственным запахом 6B23 Ипохондрия 6B24 Патологическое накопительство 6B25 Патологические телесно-направленные повторяющиеся действия + введено понятие и спецификатор «с низкой или отсутствующей критикой»

это привело к фактическому пересмотру ранее широко употреблявшегося термина «соматический бред» (подтип хронического бредового расстройства, при котором все симптомы относятся к телесной сфере пациента) и к изменению терапевтических подходов к ведению больных, прежде имевших такой диагноз [7].

Вместе с тем, при всей значимости полученных данных, возникают новые вопросы, имеющие большое значение для оказания помощи пациентам с РОКС. Во-первых, остается предметом для обсуждения диагностическая граница между бредовыми расстройствами и РОКС. Во-вторых, пока неясно, в какой мере всех пациентов с ипохондрической симптоматикой, ДР, функциональными телесными эксфолиациями, трихотилломанией и другой психопатологической симптоматикой, сопровождающейся повторяющимся телесно сфокусированным поведением, можно отнести к РОКС, или же все описанные клинические проявления могут быть симптомами иных психических расстройств. В-третьих, неизвестно, в какой мере данные об эффективности препаратов при ОКР могут быть экстраполированы для терапии РОКС. Кроме того, формирование концепции РОКС привело к включению в эту группу расстройств, часто наблюдающихся не столько в психиатрии, сколько в других областях медицины, таких как дерматология, косметология, эстетическая медицина и пластическая хирургия. В рамках настоящего обзора обсудим данные проблемы на модели дисморфического расстройства (дисморфофобии, ДР) и патологического повторяющегося телесно-направленного поведения.

Дисморфическое расстройство как представитель расстройств обсессивно-компульсивного спектра

Согласно современным данным, ДР широко распространено и представляет собой важную проблему в ряде областей медицины, в первую очередь в дерматологии и пластической хирургии [8, 9]. Согласно доступным данным, диагностическим критериям ДР соответствует существенная доля населения земного шара [10], наличие расстройства приводит к существенной социальной дезадаптации, служит важнейшим фактором риска неудовлетворенности результатами терапевтических интервенций в области эстетической медицины, а также предиктором формирования других расстройств, таких как депрессии, тревожные расстройства, нервная анорексия, расстройства половой идентификации [11, 12] и суицидальное поведение [13, 14]. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что ДР не является редким расстройством. Метаанализы и крупные популяционные исследования демонстрируют, что распространенность ДР в общей популяции единовременно составляет от 1,7 до 2,4 % [15, 16]. Вопреки распространенному стереотипу, развитию данного расстройства с гендерным соотношением 3:2 подвержены как мужчины, так и женщины, при-

чем для женщин более характерны опасения по поводу избыточного роста волос, формы груди, ягодиц и икр, а для мужчин — обеспокоенность облысением, формой подбородка и объемом мышечной массы [17]. В отдельных субпопуляциях, например, среди пациентов дерматологических и пластических хирургических клиник, этот показатель возрастает многократно, достигая 5–15 % [18, 19]. В выборках потребителей услуг косметической хирургии распространенность ДР составляет от 7–8 % наблюдений [20] до 11,9 % [21] и даже 15 % [22]. С. Pavan с соавт. подчеркивают еще большую частоту встречаемости ДР — 37 % наблюдений [23]. В частности, среди пациентов, обратившихся по поводу проведения операции ринопластики, у 20,1 % отмечались черты ДР [24]. Известно, что пики манифестации ДР (подростковый/молодой возраст и старше 45 лет) соответствуют возрастным пикам обращаемости в косметологическую сеть в целом [25], что существенно осложняет работу врачей дерматовенерологов-косметологов и пластических хирургов, приводя к высокому уровню неудовлетворенности пациентов и росту количества жалоб и судебных исков.

Высокая распространенность в сочетании с низкой выявляемостью позволяет характеризовать ДР как скрытую эпидемию, поскольку большинство пациентов в силу излишней стыдливости, стигматизации и недостаточной критичности не обращаются за психиатрической помощью, годами получая неэффективное симптоматическое лечение у врачей-интернистов.

Негативное влияние ДР на здоровье носит комплексный характер и выходит далеко за рамки сниженного качества жизни. Болезнь приводит к глубокой социальной дезадаптации: пациенты демонстрируют сравнимый с шизофренией уровень социальной изоляции, безработицы и суицидального риска [26]. Качество жизни при ДР оценивается как одно из самых низких среди всех психических расстройств, в том числе по сравнению с биполярным аффективным расстройством и посттравматическим стрессовым расстройством [27]. В связи с выраженной и длительной семейной, трудовой и медицинской дезадаптацией качество жизни пациентов с ДР более низкое по сравнению с пациентами, страдающими такими заболеваниями, как сахарный диабет 2-го типа, расстройства пищевого поведения, ОКР, биполярное аффективное расстройство и шизофрения [28]. Существенной проблемой ДР является экстремально высокий суицидальный риск: частота суицидальных мыслей в течение жизни достигает 78 %, а попыток суицида — 24–28 %, что значительно превышает показатели в общей популяции и при аффективных расстройствах [29]. Кроме того, ритуализированное поведение, связанное с перепроверками внешности и самолечением, приводит к прямым физическим последствиям: повреждениям кожного покрова (эксфолиациям и др.), рубцовым изменениям, эксфолиативному хейлиту и осложнениям после многочисленных ненужных косметологических и хирургических вмешательств [29].

Ключевой причиной отнесения ДР к спектру ОКР стало существенное феноменологическое сходство: при классическом ДР для пациентов характерна

цикличность развития психопатологических симптомов (появление опасения по поводу возможного дефекта внешности → чувство внутреннего напряжения → повторяющееся поведение, направленное на снижение напряжения). К числу наиболее характерных поведенческих актов при ДР относят в первую очередь многократное осматривание вызывающей опасения части тела, поиск позы, в которой дефект казался бы наименее заметным, а также различные вмешательства, направленные на коррекцию внешнего облика.

Вместе с тем в современной литературе накапливаются инструментальные и клинические данные о том, что ДР не может быть в полной мере рядоположено в спектр ОКР. Так, данные нейровизуализации показали неоднозначные результаты. При ДР, помимо вовлечения типичных для ОКР структур, в первую очередь кортико-стриарно-таламо-кортикальной петли, также было отмечено изменение активности структур, более характерных для расстройств аффективного спектра: лимбической системы, островка, миндалевидного тела и др. [30].

Гетерогенность клинических проявлений ДР, которая теперь констатируется исследователями [31, 32] и, очевидно, не ограничивается дихотомией (бредовая/небредовая) клинических форм [33], требует клинко-динамической оценки для совершенствования современных патогенетических концепций дисморфии и дифференцированного терапевтического подхода. При этом с точки зрения традиционного для отечественной психиатрии клинко-диагностического подхода по-прежнему представляется важным феноменологическое разграничение дисморфических нарушений в рамках ОКР, сверхценных образований или бредового синдрома. По данным В.Э. Медведева, ДР клинически неоднородно и к РОКС относится лишь определенная пропорция пациентов [8, 9]. Симптомокомплексы, ассоциированные с опасениями за внешний облик, могут манифестировать помимо РОКС в пределах тревожно-фобического, сверхценного, аффективного и психотического регистров. При сверхценной дисморфии у пациентов выявляются монотематические убеждения и гиперболизированная, доминирующая в сознании обеспокоенность о наличии внешнего уродства в связи с имеющимися минимальными физическими особенностями тела (небольшая горбинка на носу, пигментный невус, одиночная морщинка и т. п.). Клиническая картина включает типичные симптомы («зеркала», «фотографии», «маскирующий макияж»), а также характеризуется нестабильным инсайтом в отношении идей недовольства внешностью.

Доминирующий психопатологический симптом у пациентов с дисморфией в рамках ипохондрического расстройства — страх смерти (танатофобия). Ежедневно визуально и тактильно фиксируемые возрастные изменения внешности (физиологический пот, молочных желез, формирование морщин, пигментные пятна и т. п.) воспринимаются пациентами как симптомы возможного наличия или появления неизлечимых смертельно опасных заболеваний (ишемическая болезнь сердца, онкопатология и т. п.) и/или приближающихся одряхления, старости, инвалидизации и смерти. Помимо тревоги по поводу мнимых или ма-

лозаметных дефектов внешности пациенты отмечают страх старения, с ужасом фиксируют любые признаки увядания кожи; еще до появления возрастных изменений начинают пользоваться различными наружными средствами (маски, кремы), обладающими в их представлении профилактическим эффектом. Параллельно с обращением к специалистам эстетической медицины пациенты проходят многочисленные обследования у иных врачей. Основной целью обращения к услугам эстетической медицины пациенты считают «возвращение утраченного здоровья», «тонуса» организма в целом или какой-либо его части.

При обсессивно-компульсивном типе дисморфии у пациентов доминируют навязчивые идеи видоизменения частей тела с целью достижения «абсолютной» симметрии во внешности или «идеальных» математически выверенных пропорций, сопровождающиеся чувством беспредметной тревоги и непреодолимым желанием совершать различные косметологические манипуляции как с помощью специалистов, так и самостоятельно в домашних условиях (удаление пигментных пятен, выпиливание волос и т. п.). При этом больные осознают свою озабоченность внешним видом и поведение как чрезмерные, нерациональные, назойливые и неуместные, возникающие помимо их желания, не приносящие стойкого удовлетворения, отнимающие неоправданно много времени и мешающие повседневной деятельности.

В клинической картине депрессий с дисморфической симптоматикой на фоне жалоб на подавленность, апатию, астению, тревогу, ангедонию в социальной, физической сфере, нарушения сна, аппетита и либидо ведущее место занимают идеи малоценности, самоуничтожения, недовольства и ущербности собственной внешности, а также сенситивные идеи отношения и социальная фобия. Пациенты избегают посещения людных мест, общения даже с близкими людьми, используют косметологические средства и одежду для «маскировки» «некрасивых» частей тела. Обращаясь к косметологу и пластическому хирургу, пациенты прямо заявляют, что их основная цель — «улучшение настроения», «уменьшение чувства тревоги» при социальных контактах.

Клинко-нозологическая квалификация бреда с необоснованными требованиями трансформации внешности весьма гетерогенна: при шизофрении фобулу составляют преимущественно персекуторные или ипохондрические идеи; в рамках маниакальных фаз биполярного расстройства — собственно дисморфические экспансивные идеи (дисморфомания, «паранойя красоты»), на фоне органического поражения церебральных сосудов — эротоманический бред.

Полученные в последние годы данные имеют большое практическое значение для выработки индивидуализированных стратегий терапии пациентов с жалобами дисморфического круга. Особенно это важно в связи с тем, что количество работ, посвященных прицельной оценке психофармакотерапии ДР, в настоящее время ограничено. Лечение ДР предполагает дифференцированный подход, определяющийся как клиническим полиморфизмом дисморфии, так и клинко-динамическими особенностями психической патологии, в рамках которой

она реализуется [34]. Полученные недавно пилотные данные позволяют предположить следующую дифференциацию эффективной психофармакотерапии при выделенных подтипах ДР. При *сверхценном* ДР наибольший терапевтический эффект достигается при комбинировании с психотерапией курсовой анксиолитической терапии препаратами в малых и средних дозировках. При *ДР в рамках депрессивного симптомокомплекса* максимальный терапевтический эффект достигается при комбинированной с психотерапией терапии в течение нескольких месяцев с применением антидепрессантов, антипсихотиков, обладающих в малых дозах потенцирующим тимоаналептическим эффектом, анксиолитиков и стабилизаторов настроения (у пациентов с биполярным расстройством). При *ипохондрическом типе ДР* комбинированная терапия с применением низких и средних доз анксиолитиков и антидепрессантов, а также вегетостабилизирующих антипсихотиков на протяжении нескольких месяцев позволяет достичь существенных показателей респонса. Комбинированное с психотерапией лечение собственно *обсессивно-компульсивного типа ДР* проводится с использованием средних и высоких доз антидепрессантов и анксиолитиков. При *ДР психотического уровня* (бредовой, аффективно-бредовой) показаны высокие дозы антипсихотиков и антидепрессантов.

В исследованиях эффективности психофармакотерапии РОКС в качестве антидепрессанта выбора авторы чаще всего указывают один из наиболее широко применяемых при ОКР препаратов СИОЗС — флувоксамин. Данный антидепрессант показал высокую эффективность и хорошую переносимость при ОКР и представляет собой один из наиболее предпочтительных препаратов [35, 36]. Однако наряду с этим он также является одним из немногих препаратов, прицельно исследовавшихся при ДР. В ограниченных по объему фармакотерапевтических исследованиях показано, что терапия флувоксамином приводила к существенному улучшению состояния у значительной пропорции пациентов с ДР, причем улучшение происходило как у пациентов с классическим вариантом, так и у бредовых пациентов* с дисморфофобией [37, 38]. Результаты исследований нашли отражение в Клинических рекомендациях по терапии ОКР (2025), где флувоксамин указан как препарат выбора при ОКР с ДР [39]. Важно также отметить некоторые преимущества оригинального флувоксамина по сравнению с имеющимися на отечественном рынке воспроизведенными препаратами [40].

Телесно-направленное повторяющееся поведение

Телесно-направленное повторяющееся поведение (ТНПП; в англоязычной литературе — *body-focused repetitive behaviors, BFRBs*) представляет собой группу расстройств, характеризующихся по-

вторяющимся, компульсивным или импульсивным аутодеструктивным поведением, направленным на кожные покровы и их придатки (волосы, ногти), которое приводит к клинически значимым повреждениям тканей и функциональным нарушениям. К основным диагностическим категориям этой группы в DSM-5 отнесены трихотилломания (выдергивание волос) и эксфолиационное расстройство (расстройство ковыряния кожи) [1]. В клинической практике также широко распространены и другие формы ТНПП, такие как онихофагия (кусание ногтей), онихотилломания (манипуляции с ногтевой пластиной), хейлофагия (кусание губ) и дерматофагия (кусание кожи), которые часто объединяются общими нейробиологическими механизмами и феноменологической структурой с признанными нозологиями [41, 42]. Высокая частота встречаемости, тяжелые медико-социальные последствия и глубокая интеграция с другой психической патологией делают ТНПП важным объектом междисциплинарных исследований.

Распространенность ТНПП в общей популяции, согласно эпидемиологическим данным, является значительной, хотя в силу стыда и сокрытия симптомов реальные данные, вероятно, выше диагностируемых. Для трихотилломании популяционные оценки колеблются в диапазоне 0,6–2,0 % среди взрослых и подростков, при этом субклинические формы выдергивания волос регистрируются у 5–10 % населения [43, 44]. Эксфолиационное расстройство демонстрирует распространенность от 1,4 до 5,4 % в общей популяции, а в дерматологической практике частота патологического ковыряния кожи достигает 11,5 % [45, 46]. Кусание ногтей (онихофагия) является одной из наиболее массовых форм ТНПП: до 20–30 % населения сообщают о привычном обкусывании ногтей, при этом у 3–5 % данное поведение соответствует критериям клинически значимого расстройства с повреждением ногтевого ложа и вторичными инфекциями [47, 48]. Отметим, что ТНПП не ограничиваются подростковым возрастом: нередко дебютируя в детстве, они демонстрируют хроническое волнообразное течение и сохраняются во взрослой жизни, создавая пожизненное бремя для пациента [49].

Негативное влияние ТНПП на здоровье включает как прямые соматические повреждения, так и глубокие психосоциальные нарушения. Повторяющаяся механическая травма волосяных фолликулов при трихотилломании приводит к очаговой алопеции, которая в тяжелых случаях может стать необратимой вследствие фиброза фолликулов и перифолликулярной соединительной ткани и привести к формированию рубцовой алопеции [50]. Эксфолиационное расстройство закономерно вызывает появление эксфолиаций, «скальпирующих» или «биопсирующих» расчесов, эрозий, изъязвлений, лихенификации и дисхромии кожи, часто осложняющихся вторичной бактериальной инфекцией (импетиго, фолликулит и др.), включая регионарный лимфаденит, абсцесс, флегмону, целлюлит и сепсис в редких тяжелых случаях [51]. Среди пациентов с онихофагией высока частота паронихий, ониходистрофий, деформаций ногтевых пластинок, а также стоматологических

* Вероятно, в рамках современной терминологии речь идет о пациентах с ДР с низкой или отсутствующей критикой.

проблем — повышенной стираемости зубов, травм десен и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [52, 53]. В особо тяжелых случаях ТНПП могут требовать хирургических вмешательств, включая пересадку кожи или резекцию поврежденных участков кишечника при проглатывании волос (трихофагия) с формированием трихобезоаров [54].

Сочетанное психологическое и физическое страдание резко снижает качество жизни: по шкалам общего функционирования пациенты с ТНПП демонстрируют худшие показатели по сравнению с контрольной популяцией и сравнимы с таковыми при депрессивных и тревожных расстройствах [55, 56]. Помимо этого высокая социальная тревожность, избегание межличностных контактов, проблемы в профессиональной и интимной сферах, а также финансовые затраты на маскировку повреждений (парики, косметика, закрывающая одежда) приводят к инвалидизации [57]. Критическим аспектом является суицидальный риск: у пациентов с трихотилломанией и экскариационным расстройством частота суицидальных мыслей и попыток значительно превышает общепопуляционные — на протяжении жизни суицидальные мысли регистрируются у 40 % пациентов, а попытки суицида — у 12 % [58].

Психофармакотерапия ТНПП изучена в настоящее время недостаточно. Имеются предварительные данные о том, что для терапии ТНПП можно использовать препараты, применяемые при классическом ОКР: СИОЗС, атипичные антипсихотики, модуляторы системы глутамата. Их эффективность, однако, существенно ниже и, вероятно, более эффективны при данном расстройстве поведенческие интервенции, в первую очередь — терапия замещения привычки (англ. habit reversal training) [59].

Заключение

Обобщая представленные выше данные, в качестве наиболее значимых тезисов нужно выделить следующие.

1. С современных позиций часть случаев ДР и ТНПП (в первую очередь экскариационное расстройство) следует рассматривать в рамках РОКС.

2. Психофармакотерапия ДР и ТНПП нуждается в дальнейшем изучении и выполнении крупных

рандомизированных плацебо-контролируемых исследований. Большое значение имеет выполнение исследований, дифференцированно оценивающих эффективность психофармакотерапии при данных диагнозах. Тем не менее доступные на момент написания публикации данные позволяют рассматривать СИОЗС (в частности, флувоксамин) в качестве одного из приоритетных лекарственных средств при данных расстройствах.

3. Высокая распространенность ДР и ТНПП за пределами психиатрической сети определяет необходимость повышения осведомленности о данных расстройствах врачей-дерматовенерологов, врачей-косметологов, пластических хирургов и других специалистов. Повышение квалификации может быть реализовано посредством различных методов, в числе которых — циклы усовершенствования, методические рекомендации, крупные междисциплинарные конгрессы, междисциплинарные онлайн-семинары и т. д.

4. Врачи неспециалистического профиля критически нуждаются в разработке либо адаптации существующих скрининговых методов выявления ОКР и расстройств ОКР-спектра. Адаптация, валидизация и широкое применение скрининговых методик будут способствовать существенно более высокой выявляемости обсуждаемых расстройств, оптимизации их маршрутизации, облегчению получения профессиональной помощи.

5. Актуальность проблемы ДР и ТНПП, их недостаточно разработанная диагностика и терапия определяют необходимость формирования рабочей группы по разработке клинических рекомендаций по ДР (шифр МКБ-10 F45.2 — в рамках ипохондрического расстройства) и/или включение отдельных блоков в существующие профильные клинические рекомендации как в области психиатрии, так и в клинических рекомендациях по другим специальностям.

6. Недостаточная осведомленность населения о проявлениях ДР и ТНПП обосновывает необходимость создания научно-популярных материалов, раскрывающих основные особенности РОКС. Создание материалов, ориентированных на пациентов и их родственников, также позволит оптимизировать маршрутизацию, снизить стигматизацию и повысить приверженность терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
2. Pinciotti C.M., Riemann B.C., Abramowitz J.S. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions // Journal of Anxiety Disorders. – 2021. – Vol. 81. – Art. 102417. – <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102417>
3. Beucke J.C., Sepulcre J., Talukdar T. et al. Abnormally high degree connectivity of the orbitofrontal cortex in obsessive-compulsive disorder // JAMA Psychiatry. – 2013. – Vol. 70 (6). – Pp. 619–629. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.173>
4. Bandelow B., Allgulander C., Baldwin D.S. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – Version 3. – Part I: Anxiety disorders // World Journal of Biological Psychiatry. – 2023. – Vol. 24 (2). – Pp. 79–117. – <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>
5. Dingemans A.E., Volkmer S.A., Mulken S. et al. The obsessive-compulsive spectrum: A network analysis // Psychiatry Research. – 2022. – Vol. 308. – Art. 114351. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114351>

REFERENCES

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
2. Pinciotti C.M., Riemann B.C., Abramowitz J.S. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions // Journal of Anxiety Disorders. – 2021. – Vol. 81. – Art. 102417. – <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102417>
3. Beucke J.C., Sepulcre J., Talukdar T. et al. Abnormally high degree connectivity of the orbitofrontal cortex in obsessive-compulsive disorder // JAMA Psychiatry. – 2013. – Vol. 70 (6). – Pp. 619–629. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.173>
4. Bandelow B., Allgulander C., Baldwin D.S. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – Version 3. – Part I: Anxiety disorders // World Journal of Biological Psychiatry. – 2023. – Vol. 24 (2). – Pp. 79–117. – <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>
5. Dingemans A.E., Volkmer S.A., Mulken S. et al. The obsessive-compulsive spectrum: A network analysis // Psychiatry Research. – 2022. – Vol. 308. – Art. 114351. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114351>

6. Ravindran A.V., da Silva T.L., Ravindran L.N. et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders: A review of the evidence-based treatments // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2009. – Vol. 54 (5). – Pp. 331–343. – <https://doi.org/10.1177/070674370905400507>
7. Gaebel W., Stricker J., Kerst A. Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2020. – Vol. 22 (1). – Pp. 7–15. – <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>
8. Медведев В.Э. Диморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2016. – Т. 8, № 1. – С. 49–55. – <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-49-55>
9. Медведев В.Э. Диморфическое расстройство: гетерогенные факторы риска и клинико-динамические характеристики // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2021. – № 2. – С. 29–36.
10. Pérez-Buenfil A., Morales-Sánchez A. Prevalence of body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis // *J Cosmet Dermatol*. – 2025. – Vol. 24 (4). – Art. 70121. – <https://doi.org/10.1111/jocd.70121>
11. Krebs G., Clark B.R., Ford T.J. et al. Epidemiology of body dysmorphic disorder and appearance preoccupation in youth: Prevalence, comorbidity and psychosocial impairment // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2025. – Vol. 64 (1). – Pp. 30–40. – <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.01.017>
12. Muzaffar K.H., Halilu H.B., Dantata B.A. et al. Prevalence of anxiety, depression, and body dysmorphic disorders among dermatology outpatients with acne vulgaris at a public hospital in Saudi Arabia // *Cureus*. – 2024. – Vol. 16 (7). – Art. e64917. – <https://doi.org/10.7759/cureus.64917>
13. Sweis I.E., Spitz J., Barry D.R. Jr., Cohen M. A Review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications // *Aesthetic Plastic Surgery*. – 2017. – Vol. 41 (4). – Pp. 949–954. – <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0819-x>
14. Eskander N., Limbana T., Khan F. Psychiatric comorbidities and the risk of suicide in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorder // *Cureus*. – 2020. – Vol. 12 (8). – Art. e9805. – <https://doi.org/10.7759/cureus.9805>
15. Buhlmann U., Glaesmer H., Mewes R. et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey // *Psychiatry Research*. – 2010. – Vol. 178 (1). – Pp. 171–175. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.002>
16. Rief W., Buhlmann U., Wilhelm S. et al. The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey // *Psychological Medicine*. – 2006. – Vol. 36 (6). – Pp. 877–885. – <https://doi.org/10.1017/S0033291706007264>
17. Phillips K.A., Diaz S.F. Gender differences in body dysmorphic disorder // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1997. – Vol. 185 (9). – Pp. 570–577. – <https://doi.org/10.1097/00005053-199709000-00006>
18. Crerand C.E., Franklin M.E., Sarwer D.B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2006. – Vol. 118 (7). – Pp. 167e–180e. – <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000242500.28431.24>
19. Sarwer D.B., Crerand C.E., Magee L. Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments // *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. – 2010. – Vol. 22 (4). – Pp. 445–453. – <https://doi.org/10.1016/j.coms.2010.07.002>
20. Sarwer D.B., Whitaker L.A. Psychology of plastic and reconstructive surgery: A systematic clinical review // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2011. – Vol. 128 (3). – Pp. 827–828. – <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e31822216de>
21. Hanley S.M., Bhullar N., Wootton B.M. Development and initial validation of the Body Dysmorphic Disorder Scale for Youth // *Clinical Psychologist*. – 2020. – Vol. 24 (3). – Pp. 254–266. – <https://doi.org/10.1111/cp.12225>
22. Ishigooka J. et al. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 1998. – Vol. 52 (3). – Pp. 283–287. – <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.00388.x>
23. Pavan C., Vindigni V., Semenzin M. et al. Personality, temperament and clinical scales in an Italian Plastic Surgery setting: What about body dysmorphic disorder? // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 2006. – Vol. 10 (2). – Pp. 91–96. – <https://doi.org/10.1080/13651500500487677>
24. Ribeiro R.V.E. Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: A systematic review with meta-analysis // *Aesthetic Plastic Surgery*. – 2017. – Vol. 41 (4). – Pp. 964–970. – <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0869-0>
25. Ross N.A., Todd Q., Saeedi N. Patient seeking behaviors and online personas: Social media's role in cosmetic dermatology // *Dermatologic Surgery*. – 2015. – Vol. 41 (2). – Pp. 269–276. – <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000000267>
26. Phillips K.A., Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study // *American Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163 (7). – Pp. 1280–1282. – <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1280>
27. Didie E.R., Walters M.M., Pinto A. et al. A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2007. – Vol. 19 (3). – Pp. 181–186. – <https://doi.org/10.1080/10401230701468685>
28. Fenwick A.S., Sullivan K.A. Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample // *Psychiatry Research*. – 2011. – Vol. 189. – Pp. 299–304. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.011>
29. Sarwer D.B., Crerand C.E. Body image and cosmetic medical treatments // *Body Image*. – 2004. – Vol. 1 (1). – Pp. 99–111. – [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00003-2](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00003-2)
6. Ravindran A.V., da Silva T.L., Ravindran L.N. et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders: A review of the evidence-based treatments // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2009. – Vol. 54 (5). – Pp. 331–343. – <https://doi.org/10.1177/070674370905400507>
7. Gaebel W., Stricker J., Kerst A. Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2020. – Vol. 22 (1). – Pp. 7–15. – <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>
8. Medvedev V.Je. Dismorficheskoe rasstrojstvo: klinicheskaja i nozologicheskaja geterogenost' // *Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika*. – 2016. – Т. 8, № 1. – С. 49–55. – <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-49-55>
9. Medvedev V.Je. Dismorficheskoe rasstrojstvo: geterogennye faktory riska i kliniko-dinamicheskie harakteristiki // *Psihiatrija i psihofarmakoterapija*. – 2021. – № 2. – С. 29–36.
10. Pérez-Buenfil A., Morales-Sánchez A. Prevalence of body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis // *J Cosmet Dermatol*. – 2025. – Vol. 24 (4). – Art. 70121. – <https://doi.org/10.1111/jocd.70121>
11. Krebs G., Clark B.R., Ford T.J. et al. Epidemiology of body dysmorphic disorder and appearance preoccupation in youth: Prevalence, comorbidity and psychosocial impairment // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2025. – Vol. 64 (1). – Pp. 30–40. – <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.01.017>
12. Muzaffar K.H., Halilu H.B., Dantata B.A. et al. Prevalence of anxiety, depression, and body dysmorphic disorders among dermatology outpatients with acne vulgaris at a public hospital in Saudi Arabia // *Cureus*. – 2024. – Vol. 16 (7). – Art. e64917. – <https://doi.org/10.7759/cureus.64917>
13. Sweis I.E., Spitz J., Barry D.R. Jr., Cohen M. A Review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications // *Aesthetic Plastic Surgery*. – 2017. – Vol. 41 (4). – Pp. 949–954. – <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0819-x>
14. Eskander N., Limbana T., Khan F. Psychiatric comorbidities and the risk of suicide in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorder // *Cureus*. – 2020. – Vol. 12 (8). – Art. e9805. – <https://doi.org/10.7759/cureus.9805>
15. Buhlmann U., Glaesmer H., Mewes R. et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey // *Psychiatry Research*. – 2010. – Vol. 178 (1). – Pp. 171–175. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.002>
16. Rief W., Buhlmann U., Wilhelm S. et al. The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey // *Psychological Medicine*. – 2006. – Vol. 36 (6). – Pp. 877–885. – <https://doi.org/10.1017/S0033291706007264>
17. Phillips K.A., Diaz S.F. Gender differences in body dysmorphic disorder // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1997. – Vol. 185 (9). – Pp. 570–577. – <https://doi.org/10.1097/00005053-199709000-00006>
18. Crerand C.E., Franklin M.E., Sarwer D.B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2006. – Vol. 118 (7). – Pp. 167e–180e. – <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000242500.28431.24>
19. Sarwer D.B., Crerand C.E., Magee L. Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments // *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. – 2010. – Vol. 22 (4). – Pp. 445–453. – <https://doi.org/10.1016/j.coms.2010.07.002>
20. Sarwer D.B., Whitaker L.A. Psychology of plastic and reconstructive surgery: A systematic clinical review // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2011. – Vol. 128 (3). – Pp. 827–828. – <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e31822216de>
21. Hanley S.M., Bhullar N., Wootton B.M. Development and initial validation of the Body Dysmorphic Disorder Scale for Youth // *Clinical Psychologist*. – 2020. – Vol. 24 (3). – Pp. 254–266. – <https://doi.org/10.1111/cp.12225>
22. Ishigooka J. et al. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 1998. – Vol. 52 (3). – Pp. 283–287. – <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.00388.x>
23. Pavan C., Vindigni V., Semenzin M. et al. Personality, temperament and clinical scales in an Italian Plastic Surgery setting: What about body dysmorphic disorder? // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 2006. – Vol. 10 (2). – Pp. 91–96. – <https://doi.org/10.1080/13651500500487677>
24. Ribeiro R.V.E. Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: A systematic review with meta-analysis // *Aesthetic Plastic Surgery*. – 2017. – Vol. 41 (4). – Pp. 964–970. – <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0869-0>
25. Ross N.A., Todd Q., Saeedi N. Patient seeking behaviors and online personas: Social media's role in cosmetic dermatology // *Dermatologic Surgery*. – 2015. – Vol. 41 (2). – Pp. 269–276. – <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000000267>
26. Phillips K.A., Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study // *American Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163 (7). – Pp. 1280–1282. – <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1280>
27. Didie E.R., Walters M.M., Pinto A. et al. A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2007. – Vol. 19 (3). – Pp. 181–186. – <https://doi.org/10.1080/10401230701468685>
28. Fenwick A.S., Sullivan K.A. Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample // *Psychiatry Research*. – 2011. – Vol. 189. – Pp. 299–304. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.011>
29. Sarwer D.B., Crerand C.E. Body image and cosmetic medical treatments // *Body Image*. – 2004. – Vol. 1 (1). – Pp. 99–111. – [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00003-2](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00003-2)

30. Machremi E., Bakirtzis C., Karakasi M.V. et al. What scans see when patients see defects: Neuroimaging findings in body dysmorphic disorder // *Journal of Integrative Neuroscience*. – 2022. – Vol. 21 (2). – Art. 45. – <https://doi.org/10.31083/jjin2102045>
31. Moody T.D., Morfini F., Cheng G. et al. Brain activation and connectivity in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder when viewing bodies: Relationships to clinical symptoms and perception of appearance // *Brain Imaging and Behavior*. – 2021. – Vol. 15 (3). – Pp. 1235–1252. – <https://doi.org/10.1007/s11682-020-00323-5>
32. Minikowski G.C., Veiga D.F., Felix G.A.A. et al. Genital self-image and body dysmorphic symptoms in patients undergoing central wedge or linear labiaplasty: A clinical trial // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2025. – Vol. 155 (1). – Pp. 53e–65e. – <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000011534>
33. Phillips K.A. *Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide*. – Oxford: Oxford University Press, 2009. – 320 p.
34. Медведев В.Э., Сиволоп Ю.П., Палин А.В. и др. Терапия дисморфического телесного расстройства у пациентов в эстетической медицине // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2025. – Т. 27, № 5. – С. 22–29. – <https://doi.org/10.62202/2075-1761-2025-27-5-22-29>
35. Граненов Г.М., Мосолов С.Н. Применение антидепрессантов различных групп при терапии обсессивно-компульсивных расстройств // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. – 2003. – № 7. – С. 70–76.
36. Петелин Д., Аведисова А., Зайцев О. и др. Ведение пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством: фокус на новые данные // *Современная терапия психических расстройств*. – 2025. – № 3. – С. 63–71. – <https://doi.org/10.48612/psyp/ed2u-u3gu-gt4g>
37. Phillips K.A., Dwight M.M., McElroy S.L. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1998. – Vol. 59 (4). – Pp. 165–171. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n0404>
38. Медведев В.Э., Барсегян Т.В., Дробышев А.В. Терапия депрессивных и тревожных расстройств у пациентов, обращающихся за хирургической коррекцией внешности // *Психическое здоровье*. – 2012. – № 5 (72). – С. 40–45.
39. Клинические рекомендации по терапии обсессивно-компульсивного расстройства. – Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России, 2025. – URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (дата обращения 07.07.2026).
40. Мосолов С.Н., Аведисова А.С., Немкова Е.С. Особенности использования оригинального и воспроизведенного флувоксамина в клинической практике психиатров и неврологов для терапии депрессии (результаты опроса врачей) // *Современная терапия психических расстройств*. – 2025. – № 2. – С. 38–45. – <https://doi.org/10.48612/psyp/zph4-2e1n-8h9r>
41. Grant J.E., Stein D.J. Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11 // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. – 2014. – Vol. 36, Suppl. 1. – Pp. 59–64. – <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1228>
42. Woods D.W., Houghton D.C. Evidence-based psychosocial treatments for pediatric body-focused repetitive behavior disorders // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2016. – Vol. 45 (3). – Pp. 227–240. – <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1055860>
43. Christenson G.A., Mackenzie T.B., Mitchell J.E. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers // *American Journal of Psychiatry*. – 1991. – Vol. 148 (3). – Pp. 365–370. – <https://doi.org/10.1176/ajp.148.3.365>
44. Duke D.C., Keeley M.L., Geffken G.R., Storch E.A. Trichotillomania: A current review // *Clinical Psychology Review*. – 2009. – Vol. 29 (5). – Pp. 449–458. – <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.008>
45. Hayes S.L., Storch E.A., Berlanga L. Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2009. – Vol. 23 (3). – Pp. 314–319. – <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.01.008>
46. Grant J.E., Odlaug B.L., Chamberlain S.R. A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania // *Journal of Psychiatric Research*. – 2011. – Vol. 45 (12). – Pp. 1634–1638. – <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.07.012>
47. Ghanizadeh A. Nail biting: etiology, consequences and management // *Iranian Journal of Medical Sciences*. – 2011. – Vol. 36 (2). – Pp. 73–79. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3556753/>
48. Pacan P., Grzesiak M., Reich A., Szepietowski J.C. Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder // *Acta Dermato-Venereologica*. – 2014. – Vol. 94 (6). – Pp. 661–664. – <https://doi.org/10.2340/00015555-0646>
49. Flessner C.A., Busch A.M., Heideman P.W., Woods D.W. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing // *Behavior Modification*. – 2008. – Vol. 32 (5). – Pp. 579–594. – <https://doi.org/10.1177/0145445507313800>
50. Chamberlain S.R., Odlaug B.L., Boulougouris V. et al. Trichotillomania: Neurobiology and treatment // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2018. – Vol. 45. – Pp. 159–170. – <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.02.002>
51. Odlaug B.L., Grant J.E. Pathologic skin picking // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2012. – Vol. 38 (5). – Pp. 393–398. – <https://doi.org/10.3109/00952991003747543>
52. Machremi E., Bakirtzis C., Karakasi M.V. et al. What scans see when patients see defects: Neuroimaging findings in body dysmorphic disorder // *Journal of Integrative Neuroscience*. – 2022. – Vol. 21 (2). – Art. 45. – <https://doi.org/10.31083/jjin2102045>
53. Moody T.D., Morfini F., Cheng G. et al. Brain activation and connectivity in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder when viewing bodies: Relationships to clinical symptoms and perception of appearance // *Brain Imaging and Behavior*. – 2021. – Vol. 15 (3). – Pp. 1235–1252. – <https://doi.org/10.1007/s11682-020-00323-5>
54. Minikowski G.C., Veiga D.F., Felix G.A.A. et al. Genital self-image and body dysmorphic symptoms in patients undergoing central wedge or linear labiaplasty: A clinical trial // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2025. – Vol. 155 (1). – Pp. 53e–65e. – <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000011534>
55. Phillips K.A. *Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide*. – Oxford: Oxford University Press, 2009. – 320 p.
56. Medvedev V.E., Sivolap Ju.P., Palin A.V. i dr. Terapija dismorfičeskogo telesnogo rasstrojstva u pacientov v jestetičeskoj medicine // *Psihiatrija i psihofarmakoterapija*. – 2025. – T. 27, № 5. – S. 22–29. – <https://doi.org/10.62202/2075-1761-2025-27-5-22-29>
57. Granenov G.M., Mosolov S.N. Primenenie antidepressantov razlichnyh grupp pri terapii obsessivno-kompul'sivnyh rasstrojstv // *Zhurnal neurologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2003. – № 7. – S. 70–76.
58. Petelin D., Avedisova A., Zajcev O. i dr. Vedenie pacientov s obsessivno-kompul'sivnym rasstrojstvom: fokus na novye dannye // *Sovremennaa Terapija Psihiceskih Rasstrojstv*. – 2025. – № 3. – S. 63–71. – <https://doi.org/10.48612/psyp/ed2u-u3gu-gt4g>
59. Phillips K.A., Dwight M.M., McElroy S.L. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1998. – Vol. 59 (4). – Pp. 165–171. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n0404>
60. Medvedev V.E., Barsegian T.V., Drobyshev A.V. Terapija depressivnyh i trevoznyh rasstrojstv u pacientov, obrashhajushihsia za hirurgičeskoj korekciej vneshnosti // *Psihiceskoe zdorov'e*. – 2012. – № 5 (72). – S. 40–45.
61. Klinicheskie rekomendacii po terapii obsessivno-kompul'sivnogo rasstrojstva. – Rubrikator kliniceskih rekomendacij Minzdrava Rossii, 2025. – URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (data obrashhenija 07.07.2026).
62. Mosolov S.N., Avedisova A.S., Nemkova E.S. Osobennosti ispol'zovanija original'nogo i vosproizvedennogo fluvoksamina v kliničeskoj praktike psihiatrov i nevrologov dlia terapii depressii (rezul'taty oprosa vrachej) // *Sovremennaa Terapija Psihiceskih Rasstrojstv*. – 2025. – № 2. – S. 38–45. – <https://doi.org/10.48612/psyp/zph4-2e1n-8h9r>
63. Grant J.E., Stein D.J. Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11 // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. – 2014. – Vol. 36, Suppl. 1. – Pp. 59–64. – <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1228>
64. Woods D.W., Houghton D.C. Evidence-based psychosocial treatments for pediatric body-focused repetitive behavior disorders // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2016. – Vol. 45 (3). – Pp. 227–240. – <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1055860>
65. Christenson G.A., Mackenzie T.B., Mitchell J.E. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers // *American Journal of Psychiatry*. – 1991. – Vol. 148 (3). – Pp. 365–370. – <https://doi.org/10.1176/ajp.148.3.365>
66. Duke D.C., Keeley M.L., Geffken G.R., Storch E.A. Trichotillomania: A current review // *Clinical Psychology Review*. – 2009. – Vol. 29 (5). – Pp. 449–458. – <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.008>
67. Hayes S.L., Storch E.A., Berlanga L. Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2009. – Vol. 23 (3). – Pp. 314–319. – <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.01.008>
68. Grant J.E., Odlaug B.L., Chamberlain S.R. A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania // *Journal of Psychiatric Research*. – 2011. – Vol. 45 (12). – Pp. 1634–1638. – <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.07.012>
69. Ghanizadeh A. Nail biting: etiology, consequences and management // *Iranian Journal of Medical Sciences*. – 2011. – Vol. 36 (2). – Pp. 73–79. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3556753/>
70. Pacan P., Grzesiak M., Reich A., Szepietowski J.C. Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder // *Acta Dermato-Venereologica*. – 2014. – Vol. 94 (6). – Pp. 661–664. – <https://doi.org/10.2340/00015555-0646>
71. Flessner C.A., Busch A.M., Heideman P.W., Woods D.W. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing // *Behavior Modification*. – 2008. – Vol. 32 (5). – Pp. 579–594. – <https://doi.org/10.1177/0145445507313800>
72. Chamberlain S.R., Odlaug B.L., Boulougouris V. et al. Trichotillomania: Neurobiology and treatment // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2018. – Vol. 45. – Pp. 159–170. – <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.02.002>
73. Odlaug B.L., Grant J.E. Pathologic skin picking // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2012. – Vol. 38 (5). – Pp. 393–398. – <https://doi.org/10.3109/00952991003747543>

52. Tanaka O.M., Vitral R.W.F., Tanaka G.Y. et al. Nailbiting, or onychophagia: A special habit // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. – 2008. – Vol. 134 (2). – Pp. 305–308. – <https://doi.org/10.1016/j.jajodo.2006.06.023>
53. Sachan A., Chaturvedi T.P. Onychophagia (Nail biting), anxiety, and malocclusion // Indian Journal of Dental Research. – 2012. – Vol. 23 (5). – Pp. 680–682. – <https://doi.org/10.4103/0970-9290.107399>
54. Carr J.R., Sholevar E.H., Baron D.A. Trichotillomania and trichobezoar: A clinical practice insight with report of illustrative case // The Journal of the American Osteopathic Association. – 2006. – Vol. 106 (11). – Pp. 647–652.
55. Woods D.W., Flessner C.A., Franklin M.E. et al. The Trichotillomania Impact Project (TIP): Exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization // Journal of Clinical Psychiatry. – 2006. – Vol. 67 (12). – Pp. 1877–1888. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1207>
56. Odlaug B.L., Kim S.W., Grant J.E. Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania // Journal of Anxiety Disorders. – 2012. – Vol. 26 (8). – Pp. 823–828. – <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.004>
57. Flessner C.A., Woods D.W. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking // Behavior Modification. – 2006. – Vol. 30 (6). – Pp. 944–963. – <https://doi.org/10.1177/0145445506294083>
58. Grant J.E., Chamberlain S.R. Trichotillomania and skin-picking disorder: Different kinds of OCD // American Journal of Psychiatry. – 2016. – Vol. 173 (4). – Pp. 344–348. – <https://doi.org/10.1176/appi.focus.130212>
59. Okumuş H.G., Akdemir D. Body focused repetitive behavior disorders: Behavioral models and neurobiological mechanisms // Turkish Journal of Psychiatry. – 2023. – Vol. 34 (1). – Pp. 50–59. – <https://doi.org/10.5080/u26213>
52. Tanaka O.M., Vitral R.W.F., Tanaka G.Y. et al. Nailbiting, or onychophagia: A special habit // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. – 2008. – Vol. 134 (2). – Pp. 305–308. – <https://doi.org/10.1016/j.jajodo.2006.06.023>
53. Sachan A., Chaturvedi T.P. Onychophagia (Nail biting), anxiety, and malocclusion // Indian Journal of Dental Research. – 2012. – Vol. 23 (5). – Pp. 680–682. – <https://doi.org/10.4103/0970-9290.107399>
54. Carr J.R., Sholevar E.H., Baron D.A. Trichotillomania and trichobezoar: A clinical practice insight with report of illustrative case // The Journal of the American Osteopathic Association. – 2006. – Vol. 106 (11). – Pp. 647–652.
55. Woods D.W., Flessner C.A., Franklin M.E. et al. The Trichotillomania Impact Project (TIP): Exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization // Journal of Clinical Psychiatry. – 2006. – Vol. 67 (12). – Pp. 1877–1888. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1207>
56. Odlaug B.L., Kim S.W., Grant J.E. Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania // Journal of Anxiety Disorders. – 2012. – Vol. 26 (8). – Pp. 823–828. – <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.004>
57. Flessner C.A., Woods D.W. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking // Behavior Modification. – 2006. – Vol. 30 (6). – Pp. 944–963. – <https://doi.org/10.1177/0145445506294083>
58. Grant J.E., Chamberlain S.R. Trichotillomania and skin-picking disorder: Different kinds of OCD // American Journal of Psychiatry. – 2016. – Vol. 173 (4). – Pp. 344–348. – <https://doi.org/10.1176/appi.focus.130212>
59. Okumuş H.G., Akdemir D. Body focused repetitive behavior disorders: Behavioral models and neurobiological mechanisms // Turkish Journal of Psychiatry. – 2023. – Vol. 34 (1). – Pp. 50–59. – <https://doi.org/10.5080/u26213>

Бланк бесплатной подписки на журнал «Современная терапия психических расстройств»					
Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край, область			
город			улица		
дом №		корп.		кв. №	
Адрес электронной почты					
Согласен на обработку персональных данных в соответствии с законом РФ № 152-ФЗ «О защите персональных данных» от 27 июля 2006 г. Дата _____ Подпись _____ Подтверждаю, что я являюсь медицинским работником ☐ Да ☐ Нет					
Заполненные бланки высылайте по адресу: 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3, Московский НИИ психиатрии, проф. Мосолову С.Н. или по e-mail: editors@psypharma.ru					