

ДИСМОРФОФОБИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: АДАПТАЦИЯ ШКАЛЫ ТЕЛЕСНОГО ДИСМОРФИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА (BODY DYSMORPHIC DISORDER-DIMENSIONAL SCALE – BDD-D)

А.А. Золотарева¹, А.С. Ульянова², Е.В. Казенная^{1, 2}, Н.В. Чернов³, Г.П. Костюк³

¹ ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва, Россия

³ ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Телесное дисморфическое расстройство – это психическое расстройство, проявляющееся обеспокоенностью больного такой особенностью или предполагаемым недостатком внешности, который кажется незаметным или незначительным для окружающих, но причиняет страдания самому больному, считающему себя отвратительным, уродливым или даже деформированным [1]. Это расстройство встречается у 2% населения, но часто остается незамеченным из-за того, что люди с дисморфофобией обычно обращаются к врачам, чтобы исправить недостаток внешности, а не за психологической помощью [2]. Так, телесное дисморфическое расстройство наблюдается в 20% случаев обращений к косметологам и дерматологам [3].

Больные телесным дисморфическим расстройством чаще совершают акты самоповреждения и попытки самоубийства, страдают от коморбидных тревожных и депрессивных расстройств, психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, подвергают себя пластическим операциям и косметическим вмешательствам [4, 5]. Кроме того, они чаще страдают от нервной булимии и нервной анорексии, потому что нарушения образа тела, недовольство внешностью и обеспокоенность физической привлекательностью являются общими признаками телесного дисморфического расстройства и расстройств пищевого поведения [6].

Среди инструментов, используемых для диагностики дисморфофобии, особое место отводится

шкале телесного дисморфического расстройства (Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale – BDD-D) [7]. В связи с краткостью и психометрической согласованностью BDD-D, а также отсутствием ее русскоязычных аналогов, *целью* настоящего исследования является адаптация русскоязычной версии шкалы на выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения¹.

Материал и методы

Данные были собраны на базе отделения психотерапевтической помощи и социальной реабилитации ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы».

Критерии включения: 1) совершеннолетие; 2) диагноз «нервная булимия» или «нервная анорексия», выставленный лечащими врачами отделения; 3) прохождение стационарного или амбулаторного лечения по поводу расстройства пищевого поведения

¹ Оригинальная версия шкалы телесного дисморфического расстройства (Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale – BDD-D) разработана и валидизирована на неклинических выборках, при этом авторы шкалы отмечают, что дальнейшие психометрические проверки инструмента должны быть проведены на клинических выборках, в том числе выборках пациентов с расстройствами пищевого поведения для оценки дискриминантной валидности BDD-D [7]. Адаптация русскоязычной версии BDD-D, описанная в настоящем исследовании, стала частью исследовательского проекта, посвященного изучению психологических особенностей людей с расстройствами пищевого поведения, и является заделом для дальнейших психометрических испытаний адаптированной шкалы на выборках пациентов с ипохондрическим расстройством и расстройствами обсессивно-компульсивного спектра, которые включают симптомы дисморфофобии согласно МКБ-10 и DSM-5.

ния в период проведения исследования. *Критерии исключения:* 1) когнитивные нарушения; 2) наличие коморбидных психических расстройств.

В исследовании приняли участие пациенты с расстройствами пищевого поведения ($n=181$), в частности, пациенты с нервной булимией ($n=77$) и пациенты с нервной анорексией ($n=104$). Среди пациентов были преимущественно женщины ($n=173$) в возрасте от 18 до 48 лет ($M=25,90$; $SD=7,27$). Индекс массы тела в группе пациентов с нервной булимией колебался в пределах от 17,85 до 55,24 ($M=27,92$; $SD=8,32$), индекс массы тела в группе пациентов с нервной анорексией колебался в пределах от 12,10 до 25,73 ($M=16,73$; $SD=2,86$).

Помимо русскоязычной версии BDD-D, представленной в Приложении, пациенты заполнили анкету, содержащую следующие инструменты²: 1) шкалу генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7 – GAD-7), направленную на оценку тяжести тревожной симптоматики [8]; 2) опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9), предназначенный для оценки тяжести депрессивной симптоматики [9]; 3) индекс Уитли (Whiteley Index – WI), оценивающий тяжесть ипохондрии [10]; 4) опросник оценки тела (Body Checking Questionnaire – BCQ), измеряющий склонность к постоянному оцениванию своих физических параметров и содержащий субшкалу общей привлекательности, субшкалу внимания к частям тела и субшкалу идиосинкратической оценки [11].

Диагноз и данные о весе и росте были взяты из медицинских карт участников исследования.

Психометрический анализ данных был произведен в статистическом пакете Jamovi 2.3.28. В частности, для оценки факторной структуры адаптированной шкалы был использован эксплораторный и подтверждающий факторный анализ, для оценки

² Выбор инструментов, включенных в анкету исследования, был основан на описании процедуры разработки и валидации оригинальной версии BDD-D, а также результатах эмпирических исследований связей дисморфофобии и других форм психопатологии.

внутренней надежности были использованы коэффициенты α -Кронбаха и ω -Макдональда, для оценки конвергентной валидности были использованы коэффициенты корреляции r -Пирсона, для оценки различий в показателях по BDD-D между пациентами с нервной булимией и нервной анорексией был использован t -критерий Стьюдента. Показатели были признаны статистически значимыми при $p<0,05$. Факторные нагрузки, превышающие значение 0,4 по результатам эксплораторного и подтверждающего факторного анализа, считались достаточными [12, 13]. Модели были признаны адекватными при следующих значениях: сравнительный индекс соответствия $CFI\geq 0,90$, индекс Тьюкера-Льюиса $TLI\geq 0,90$, квадратный корень среднеквадратической ошибки аппроксимации $RMSEA\leq 0,95$ [12]. Внутренняя надежность считалась приемлемой при коэффициентах α -Кронбаха и ω -Макдональда, превышающих значение 0,7 [14].

Разрешение на проведение исследования было получено от Комиссии по внутриуниверситетским опросам и этической оценке эмпирических исследовательских проектов НИУ ВШЭ (протокол № 124 от 26.02.2024 г.). Участники исследования дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты

Оригинальная версия BDD-D прошла процедуру двойного перевода при участии двух экспертов в области психиатрии и медицинской психологии, осуществивших прямой перевод шкалы, а также билингвального эксперта, осуществившего обратный перевод русскоязычной версии инструмента.

Табл. 1 содержит описательную статистику для пунктов русскоязычной версии BDD-D, рассчитанную для выборок пациентов с нервной булимией и нервной анорексией, а также общей выборки пациентов с расстройствами пищевого поведения.

По результатам эксплораторного факторного анализа было выявлено однофакторное решение, объясняющее 66,5% дисперсии в выборке паци-

Таблица 1

Описательная статистика пунктов BDD-D

Пункт BDD-D	Пациенты с нервной булимией ($n=77$)		Пациенты с нервной анорексией ($n=104$)		Пациенты с расстройствами пищевого поведения ($n=181$)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Пункт 1	1,96	1,19	1,61	1,09	1,76	1,14
Пункт 2	2,34	1,15	1,62	1,30	1,92	1,29
Пункт 3	2,23	1,23	1,51	1,28	1,82	1,31
Пункт 4	2,29	1,37	1,43	1,35	1,80	1,42
Пункт 5	2,25	1,29	1,51	1,44	1,82	1,42

Примечания. M – среднее; SD – стандартное отклонение.

ентов с нервной булимией – $\chi^2(10)=207$, $p<0,001$; КМО=0,822, 78,9% дисперсии в выборке пациентов с нервной анорексией – $\chi^2(10)=416$, $p<0,001$; КМО=0,879 и 75,1% дисперсии в общей выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения – $\chi^2(10)=643$, $p<0,001$; КМО=0,866).

Далее факторная структура BDD-D была проверена с помощью конфирматорного факторного анализа. Модель, описывающая однофакторную структуру шкалы, имела адекватные значения CFI, TLI и SRMR, но неприемлемые значения RMSEA для выборки пациентов с нервной булимией – $\chi^2(5)=14,9$; $p=0,011$; CFI=0,952; TLI=0,904; SRMR=0,058; RMSEA=0,160 (0,070-0,257) и выборки пациентов с нервной анорексией – $\chi^2(5)=17,8$; $p=0,003$; CFI=0,970; TLI=0,939; SRMR=0,025; RMSEA=0,157 (0,082-0,239), а также для общей выборки пациентов с расстройствами пищевого поведения – $\chi^2(5)=35,4$; $p<0,001$; CFI=0,953; TLI=0,906; SRMR=0,036; RMSEA=0,183(0,129-0,242). В табл. 2 показаны факторные нагрузки пунктов русскоязычной версии BDD-D.

Значения коэффициентов внутренней надежности были адекватными для выборки пациентов с нервной булимией (α -Кронбаха=0,869; ω -Макдональда=0,876), выборки пациентов с нервной анорексией (α -Кронбаха=0,931; ω -Макдональда=0,933) и общей выборки па-

циентов с расстройствами пищевого поведения (α -Кронбаха=0,915; ω -Макдональда=0,917).

Более выраженные симптомы дисморфофобии были статистически значимо взаимосвязанными с более частыми и интенсивными симптомами тревоги и депрессии, а также бóльшим беспокойством по поводу общей привлекательности, бóльшим вниманием к отдельным частям тела и более выраженной идиосинкратической оценкой тела как в выборках пациентов с нервной булимией и нервной анорексией, так и в общей выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения. В табл. 3 показаны результаты корреляционного анализа.

Наконец, пациенты с нервной булимией имели статистически значимо более высокие показатели дисморфофобии, чем пациенты с нервной анорексией (при нервной булимии: $M=11,10$, $SD=5,05$; при нервной анорексии: $7,67$, $SD=5,75$; значимость различий: $d=0,62$; $t=4,13$, $p<0,001$). Кроме того, симптомы дисморфофобии были статистически значимо взаимосвязанными с более высоким индексом массы тела в общей выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения ($r=0,203$, $p=0,006$).

Обсуждение

Адаптация шкалы телесного дисморфического расстройства (Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale – BDD-D), проведенная в на-

Таблица 2

Факторные нагрузки пунктов BDD-D

Пункт BDD-D	Пациенты с нервной булимией (n=77)		Пациенты с нервной анорексией (n=104)		Пациенты с расстройствами пищевого поведения (n=181)	
	ЭФА	КФА	ЭФА	КФА	ЭФА	КФА
Пункт 1	0,812	0,782	0,877	0,837	0,843	0,809
Пункт 2	0,882	0,889	0,894	0,863	0,897	0,887
Пункт 3	0,892	0,900	0,883	0,848	0,894	0,881
Пункт 4	0,782	0,651	0,887	0,862	0,858	0,794
Пункт 5	0,693	0,552	0,900	0,880	0,840	0,774

Примечания. ЭФА – эксплораторный факторный анализ; КФА – конфирматорный факторный анализ.

Таблица 3

Связи между показателями по BDD-D, GAD-7, PHQ-9 и BCQ

Показатели	Пациенты с нервной булимией (n=77)	Пациенты с нервной анорексией (n=104)	Пациенты с расстройствами пищевого поведения (n=181)
GAD-7 Тревога	0,570 ^a	0,570 ^a	0,574 ^a
PHQ-9 Депрессия	0,462 ^a	0,530 ^a	0,519 ^a
WI-8 Ипохондрия	0,421 ^a	0,267 ^b	0,421 ^a
BCQ Общая привлекательность	0,624 ^a	0,754 ^a	0,730 ^a
BCQ Внимание к частям тела	0,543 ^a	0,686 ^a	0,650 ^a
BCQ Идиосинкратическая оценка	0,465 ^a	0,700 ^a	0,615 ^a

Примечания. a – $p<0,001$; b – $p<0,01$.

стоящем исследовании, может быть признана состоявшейся в силу доказательств валидности и надежности русскоязычной версии инструмента.

Факторная валидность адаптированной шкалы, основанная на выявлении общего фактора дисморфофобии, подтверждена с помощью факторизации данных. Так, результаты эксплораторного факторного анализа указали на однофакторное решение, а результаты конфирматорного факторного анализа подтвердили его за счет адекватных значений базовых индексов [12, 13]. Исключение составили значения квадратичной усредненной оценки аппроксимации (root mean square error of approximation – RMSEA), которые могут быть проигнорированы с учетом малых степеней свободы [15].

Внутренняя надежность инструмента подтверждена высокими значениями коэффициентов α -Кронбаха и ω -Макдональда, выявленными в выборке пациентов с нервной булимией, выборке пациентов с нервной анорексией и общей выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения [14].

Тот факт, что дисморфофобия была связана с тревогой, депрессией и беспокойством по поводу своего тела и физической привлекательности, свидетельствуют в пользу конвергентной валидности русскоязычной версии BDD-D. Зарубежные исследователи выявили коморбидность большого депрессивного расстройства и телесного дисморфического расстройства в клинической практике [16], позитивные взаимосвязи между симптомами депрессии и дисморфофобии в общей популяции [17]. Беспокойство по поводу своего тела и физической привлекательности является диагностическим критерием телесного дисморфического расстройства, что находит отражение в результатах зарубежных исследований, согласно которым люди с телесным дисморфическим расстройством придает большее значение физической привлекательности, чем люди без психических расстройств и люди с обсессивно-компульсивным расстройством [18].

Особым образом стоит отметить связи между дисморфофобией и ипохондрией как доказательство конвергентной валидности русскоязычной версии BDD-D. В Международной классификации болезней (МКБ-10) дисморфофобия относится к ипохондрическому расстройству, что объясняет «перекрытие» симптомов дисморфофобии и ипо-

хондрии, выявленное в клинической практике и научных исследованиях [19, 20].

Дисморфофобия оказалась статистически значимо выше у пациентов с нервной булимией по сравнению с пациентами с нервной анорексией. Нервная анорексия и телесное дисморфическое расстройство имеют как общие черты, связанные с недовольством внешностью, так и отличительные черты, связанные с тем, что при нервной анорексии недовольство в основном сосредоточено на весе и отдельных зонах тела, а при дисморфофобии недовольство, как правило, проявляется «размыто» в отношении всего тела, иногда лица, кожи и волос [21]. Дисморфофобия больше выражена при нервной булимии, потому что оба расстройства связаны с так называемым «размытым» недовольством телом и ощущением физической непривлекательности [22, 23].

Существенным ограничением настоящего исследования выступает отсутствие объективных, основанных на клинических оценках и диагностических критериях, данных о выраженности дисморфофобии у участников исследования, в связи с чем мы не можем делать какие-либо выводы о дискриминантной валидности русскоязычной версии BDD-D, ее чувствительности и специфичности в отношении расстройств пищевого поведения и телесного дисморфического расстройства.

Заключение

Русскоязычная версия шкалы телесного дисморфического расстройства (Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale – BDD-D) имеет адекватные психометрические показатели как в выборках пациентов с нервной булимией и нервной анорексией, так и в общей выборке пациентов с расстройствами пищевого поведения. Данное заключение позволяет рекомендовать адаптированную шкалу для использования в практике психологической оценки проявлений дисморфофобии при расстройствах пищевого поведения. Стоит также отметить, что русскоязычная версия BDD-D нуждается в дальнейших психометрических испытаниях и валидации на клинических и неклинических выборках, в том числе с участием людей с ипохондрическим расстройством и расстройствами обсессивно-компульсивного спектра.

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Публикация подготовлена в ходе проведения исследования № 25-00-033 «Развитие психосоматических исследований в России» в рамках Программы «Научный фонд Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ)».

ЛИТЕРАТУРА

1. Feusner J.D., Yaryura-Tobias J., Saxena S. The pathophysiology of body dysmorphic disorder // *Body Image*. 2008. Vol. 5, No 1. P. 3–12. DOI: 10.1016/j.bodyim.2007.11.002
2. McCausland J., Paparo J., Wootton B.M. Treatment barriers, preferences and histories of individuals with symptoms of body dysmorphic disorder // *Behav. Cogn. Psychother.* 2021. Vol. 49, No 5. P. 582–595. DOI: 10.1017/S1352465820000843
3. McGrath L.R., Oey L., McDonald S., Berle D., Wootton B.M. Prevalence of body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis // *Body Image*. 2023. Vol. 46. P. 202–211. DOI: 10.1016/j.bodyim.2023.06.008
4. Bowyer L., Krebs G., Mataix-Cols D., Veale D., Monzani B. A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder // *Body Image*. 2016. Vol. 19. P. 1–8. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.07.001
5. Drüge M., Rafique G., Jäger A., Watzke B. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder (BDD) and associated features in Swiss military recruits: A self-report survey // *BMC Psychiatry*. 2021. Vol. 21, No 1. P. 294. DOI: 10.1186/s12888-021-03288-x
6. Trott M., Johnstone J., Firth J., Grabovac I., McDermott D., Smith L. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in health club users in the presence vs absence of eating disorder symptomatology // *Eat. Weight Disord.* 2021. Vol. 26, No 4. P. 1169–1177. DOI: 10.1007/s40519-020-01018-y
7. LeBeau R., Mischel E., Simpson H., Mataix-Cols D., Phillips K., Stein D., Craske M. Preliminary assessment of obsessive-compulsive spectrum disorder scales for DSM-5 // *J. Obsessive Compuls. Relat. Disord.* 2013. Vol. 2, No 2. P. 114–118. DOI: 10.1016/j.jocrd.2013.01.005
8. Золотарева А.А. Адаптация русскоязычной версии шкалы генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7) // *Консультативная психология и психотерапия*. 2023. Т. 31, № 4. С. 31–46. DOI: 10.17759/cpp.2023310402
9. Золотарева А.А. Диагностика депрессии: психометрическая оценка русскоязычной версии опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) [Электронный ресурс] // *Клиническая и специальная психология*. 2023. Т. 12, № 4. С. 107–121. DOI: 10.17759/cpse.2023120406
10. Золотарева А.А. Тревога о здоровье и ее диагностика: психометрический анализ русскоязычной версии индекса Уитли // *Новые психологические исследования*. 2025. № 1. С. 245–264. DOI: 10.51217/npsyresearch_2025_05_01_11
11. Reas D.L., Whisenhunt B.L., Netemeyer R., Williamson D.A. Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors // *Int. J. Eat. Disord.* 2002. Vol. 31, No 3. P. 324–333. DOI: 10.1002/eat.10012
12. Rogers P. Best practices for your confirmatory factor analysis: A JASP and lavaan tutorial // *Behav. Res. Methods*. 2024. Vol. 56, No 7. P. 6634–6654. DOI: 10.3758/s13428-024-02375-7
13. Schreiber J.B. Issues and recommendations for exploratory factor analysis and principal component analysis // *Res. Social. Adm. Pharm.* 2021. Vol. 17, No 5. P. 1004–1011. DOI: 10.1016/j.sapharm.2020.07.027
14. Malkewitz C.P., Schwall P., Meesters C., Hardt J. Estimating reliability: A comparison of Cronbach's α , McDonald's ω and the greatest lower bound // *Soc. Sci. Humanit. Open*. 2023. Vol. 7, No 1. P. 100368. DOI: 10.1016/j.ssaho.2022.100368
15. Kenny D.A., Kaniskan B., McCoach D.B. The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom // *Sociol. Methods. Res.* 2015. Vol. 44, No 3. P. 486–507. DOI: 10.1177/0049124114543236
16. Phillips K.A., Didie E.R., Menard W. Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder // *J. Affect. Disord.* 2007. Vol. 97, No 1-3. P. 129–135. DOI: 10.1016/j.jad.2006.06.006
17. Kang W.H., Loo M.Y., Leong X.M., Ooi Y.F., Teo W.Q., Neoh T.J., Ling W.C. Body dysmorphic disorder and depression among male undergraduate students in a Malaysian University // *Front. Psychiatry*. 2022. Vol. 13. ID: 977238. DOI: 10.3389/fpsy.2022.977238
18. Buhlmann U., Etcoff N.L., Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder // *J. Anxiety Disord.* 2008. Vol. 22, No 3. P. 540–547. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.05.004
19. Pascual-Vera B., Belloch A. Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions // *Int. J. Clin. Health Psychol.* 2018. Vol. 18, No 1. P. 43–51. DOI: 10.1016/j.ijchp.2017.09.001
20. Rautio D., Vilaplana-Pérez A., Gumpert M., Ivanov V.Z., Linde J., Österman S., Flygare O., Isomura K., Krig S., Serlachius E., Högström J., Rück C., Mataix-Cols D., Fernández de la Cruz L. Validity and reliability of the diagnostic codes for hypochondriasis and dysmorphic disorder in the Swedish National Patient Register: A retrospective chart review // *BMJ Open*. 2021. Vol. 11, No 12. P. e051853. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-051853
21. Toh W.L., Grace S.A., Rossell S.L., Castle D.J., Phillipou A. Body parts of clinical concern in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder: A cross-diagnostic comparison // *Australas. Psychiatry*. 2020. Vol. 28, No 2. P. 134–139. DOI: 10.1177/1039856219839477
22. Kollai L., Schieber K., de Zwaan M., Svitak M., Martin A. Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders // *Int. J. Eat. Disord.* 2012. Vol. 46, No 1. P. 52–59. DOI: 10.1002/eat.22067
23. Rahme D., Dabbous M., Malaeb D., Hallit S., Obeid S. The mediating effect of body appreciation between muscle dysmorphia and bulimia nervosa among Lebanese adolescents // *BMC Psychiatry*. 2023. Vol. 23. P. 275. DOI: 10.1186/s12888-023-04772-2

REFERENCES

1. Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2008;5(1):3–12. DOI: 10.1016/j.bodyim.2007.11.002
2. McCausland J, Paparo J, Wootton BM. Treatment barriers, preferences and histories of individuals with symptoms of body dysmorphic disorder. *Behav Cogn Psychother.* 2021;49(5):582–95. DOI: 10.1017/S1352465820000843
3. McGrath LR, Oey L, McDonald S, Berle D, Wootton BM. Prevalence of body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*. 2023;46:202–11. DOI: 10.1016/j.bodyim.2023.06.008
4. Bowyer L, Krebs G, Mataix-Cols D, Veale D, Monzani B. A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2016;19:1–8. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.07.001
5. Drüge M, Rafique G, Jäger A, Watzke B. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder (BDD) and associated features in Swiss military recruits: A self-report survey. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):294. DOI: 10.1186/s12888-021-03288-x
6. Trott M, Johnstone J, Firth J, Grabovac I, McDermott D, Smith L. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in health club users in the presence vs absence of eating disorder symptomatology. *Eat Weight Disord.* 2021;26(4):1169–77. DOI: 10.1007/s40519-020-01018-y
7. LeBeau R, Mischel E, Simpson H, Mataix-Cols D, Phillips K, Stein D, Craske M. Preliminary assessment of obsessive-compulsive spectrum disorder scales for DSM-5. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2013;2(2):114–8. DOI: 10.1016/j.jocrd.2013.01.005
8. Zolotareva AA. [Adaptation of the Russian version of the Russian version of the Generalized Anxiety Disorder-7]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya.* 2023;31(4):31–46. (In Russ.) DOI: 10.17759/cpp.2023310402
9. Zolotareva AA. [Diagnosis of depression: Psychometric examination of the Russian version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9)]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya.* 2023;12(4):107–21. (In Russ.) DOI: 10.17759/cpse.2023120406
10. Zolotareva AA. [Health anxiety and its diagnosis: Psychometric analysis of the Russian version of the Whiteley Index]. *Novye psikhologi cheskie issledovaniya.* 2025;1:245–64. (In Russ.) DOI: 10.51217/npsyresearch_2025_05_01_11

11. Reas DL, Whisenhunt BL, Netemeyer R, Williamson DA. Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *Int J Eat Disord.* 2002;31(3):324–33. DOI:10.1002/eat.10012
12. Rogers P. Best practices for your confirmatory factor analysis: A JASP and lavaan tutorial. *Behav Res Methods.* 2024;56(7):6634–54. DOI: 10.3758/s13428-024-02375-7
13. Schreiber JB. Issues and recommendations for exploratory factor analysis and principal component analysis. *Res Social Adm Pharm.* 2021;17(5):1004–11. DOI: 10.1016/j.sapharm.2020.07.027
14. Malkewitz CP, Schwall P, Meesters C, Hardt J. Estimating reliability: A comparison of Cronbach's α , McDonald's ω and the greatest lower bound. *Soc Sci Humanit Open.* 2023;7(1):100368. DOI: 10.1016/j.ssaho.2022.100368
15. Kenny DA, Kaniskan B, McCoach DB. The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociol Methods Res.* 2015;44(3):486–507. DOI: 10.1177/0049124114543236
16. Phillips KA, Didie ER, Menard W. Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord.* 2007;97(1-3):129–35. DOI: 10.1016/j.jad.2006.06.006
17. Kang WH, Loo MY, Leong XM, Ooi YF, Teo WQ, Neoh TJ, Ling WC. Body dysmorphic disorder and depression among male undergraduate students in a Malaysian University. *Front Psychiatry.* 2022;13:977238. DOI: 10.3389/fpsy.2022.977238
18. Buhlmann U, Eteoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22(3):540–7. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.05.004
19. Pascual-Vera B, Belloch A. Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *Int J Clin Health Psychol.* 2018;18(1):43–51. DOI: 10.1016/j.ijchp.2017.09.001
20. Rautio D, Vilaplana-Pérez A, Gumpert M, Ivanov VZ, Linde J, Österman S, Flygare O, Isung J, Isomura K, Krig S, Serlachius E, Höggström J, Rück C, Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L. Validity and reliability of the diagnostic codes for hypochondriasis and dysmorphophobia in the Swedish National Patient Register: A retrospective chart review. *BMJ Open.* 2021;11(12):e051853. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-051853
21. Toh WL, Grace SA, Rossell SL, Castle DJ, Phillipou A. Body parts of clinical concern in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder: A cross-diagnostic comparison. *Australas Psychiatry.* 2020;28(2):134–9. DOI: 10.1177/1039856219839477
22. Kollei I, Schieber K, de Zwaan M, Svitak M, Martin A. Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2012;46(1):52–9. DOI: 10.1002/eat.22067
23. Rahme D, Dabbous M, Malaeb D, Hallit S, Obeid S. The mediating effect of body appreciation between muscle dysmorphia and bulimia nervosa among Lebanese adolescents. *BMC Psychiatry.* 2023;23:275. DOI: 10.1186/s12888-023-04772-2

Приложение

Русскоязычная версия шкалы телесного дисморфического расстройства (Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale – BDD-D)

Оцените, пожалуйста, насколько часто в течение прошедшей недели вы испытывали те или иные симптомы, связанные с 1) беспокойством по поводу своей внешности и 2) повторяющимися действиями, которые вы совершаете в ответ на беспокойство по поводу своей внешности (например, рассматривание себя в зеркале и других отражающих поверхностях, сравнение своей внешности с внешностью других людей, уход за собой, переодевание, расспрашивание других о том, как вы выглядите). Для ответов используйте следующую шкалу: 0 – «совсем нет»; 1 – «редко (менее 1 часа в день)»; 2 – «иногда (от 1 до 3 часов в день)»; 3 – «часто (от 3 до 8 часов в день)»; 4 – «очень часто (более 8 часов в день)».

1. Сколько времени в среднем занимают у вас эти симптомы?
2. Насколько часто эти симптомы вызывают у вас *стресс*?
3. Насколько трудно вам *контролировать* эти симптомы?
4. Насколько часто эти симптомы заставляют вас *избегать* делать что-либо, ходить куда-либо или быть с кем-либо?
5. Насколько часто эти симптомы *мешают* вашей учебе, работе, социальной или семейной жизни?

Обработка результатов. Для получения общего показателя дисморфофобии нужно сложить оценки по всем пунктам BDD-D. Чем выше общий показатель, тем сильнее выражена дисморфофобия.

ДИСМОРФОФОБИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: АДАПТАЦИЯ ШКАЛЫ ТЕЛЕСНОГО ДИСМОРФИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА (BODY DYSMORPHIC DISORDER-DIMENSIONAL SCALE – BDD-D)

А.А. Золотарева¹, А.С. Ульянова², Е.В. Казенная^{1, 2}, Н.В. Чернов³, Г.П. Костюк³

¹ ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва, Россия

³ ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

С целью адаптации русскоязычной версии шкалы телесного дисморфического расстройства (Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale – BDD-D) были опрошены пациенты с расстройствами пищевого поведения ($n=181$). Факторная

валидность подтверждена выявлением однофакторной структуры BDD-D. Внутренняя надежность определена адекватными значениями коэффициентов внутренней согласованности. Конвергентная валидность подтверждена связями дисмор-

фобии с тревогой, депрессией, ипохондрией, вниманием к частям тела и общей привлекательности. Дистморфобия выше у пациентов с нервной булимией по сравнению с пациентами с нервной анорексией. В заключение сделан вывод о том, что адаптированная шкала может использоваться в прак-

тике психологического тестирования людей с расстройствами пищевого поведения.

Ключевые слова: дистморфобия, телесное дистморфическое расстройство, нервная булимия, нервная анорексия, расстройства пищевого поведения.

DYSMORPHOPHOBIA IN EATING DISORDERS: ADAPTATION OF THE BODY DYSMORPHIC DISORDER-DIMENSIONAL SCALE (BDD-D)

AA Zolotareva¹, AS Ulyanova², EV Kazennaya^{1, 2}, NV Chernov³, GP Kostyuk³

¹ HSE University, Moscow, Russia

² Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russia

³ Psychiatric Hospital No 1 Named after N. Alexeyev of the Department of Health of Moscow, Moscow, Russia

In order to adapt the Russian version of the Body Dysmorphic Disorder-Dimensional Scale (BDD-D), patients with eating disorders ($n=181$) were interviewed. The factor validity was confirmed by the identification of a one-factor structure of the BDD-D. Internal reliability was determined by adequate values of internal consistency coefficients. Convergent validity was confirmed by associations of dysmorphophobia with anxiety, depression, hypochondria, attention

to body parts and general attractiveness. Dysmorphophobia is higher in patients with bulimia nervosa compared to patients with anorexia nervosa. In conclusion, adapted instrument can be used in the practice of psychological assessment for persons with eating disorders.

Keywords: dysmorphophobia, body dysmorphic disorder, bulimia nervosa, anorexia nervosa, eating disorders.

Золотарева Алена Анатольевна – кандидат психологических наук, доцент департамента психологии ФГАУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»; SPIN-код: 2695-0218; ResearcherID: G-1451-2016; Scopus AuthorID: 57200380109; ORCID: 0000-0002-5724-2882; e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com (автор для корреспонденции)

Ульянова Анна Сергеевна – студент кафедры психологической антропологии Института детства ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»; SPIN-код: 7454-2008; ORCID: 0009-0002-4417-446X; e-mail: uly4nova4nn@gmail.com

Казенная Елена Викторовна – доцент департамента психологии ФГАУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»; старший преподаватель кафедры психологической антропологии Института детства ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»; SPIN-код: 3981-6167, ResearcherID: A-1009-2008, Scopus AuthorID: 58731046100, ORCID: 0000-0002-8506-1552; e-mail: kazennayahelen@gmail.com

Чернов Никита Владимирович – заведующий отделением психотерапевтической помощи и социальной реабилитации ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; SPIN-код: 9649-8443; ResearcherID: ABK-8363-2022; Scopus AuthorID: 57217293125; ORCID: 0000-0001-5347-0231; e-mail: n.chernov.psy@bk.ru

Костюк Георгий Петрович – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения города Москвы; главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; SPIN-код: 3424-4544; ResearcherID: AAA-1682-2020; Scopus AuthorID: 57200081884; ORCID: 0000-0002-3073-6305; e-mail: pkb1@zdrav.mos.ru