

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Гурулёва Елена Романовна

**Суицидологическая характеристика молодых женщин и мужчин
с нервной булимией**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Меринов Алексей Владимирович

Рязань – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	19
1.1. Проблема суицида в современном обществе. Суициды лиц с психиатрическими диагнозами	19
1.2. Суицидологическая оценка лиц с расстройствами пищевого поведения	23
1.3. Нервная булимия с позиции суицидологической практики	26
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	47
2.1. Дизайн исследования	47
2.2. Методология и методы исследования	47
2.3. Материалы исследования	56
2.3.1. Характеристика участников исследования	56
ГЛАВА 3. СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ.....	58
3.1. Суицидологическая характеристика молодых женщин с нервной булимией..	58
3.2. Суицидологическая характеристика молодых мужчин с нервной булимией ..	71
3.3. Гендерные особенности суицидологической характеристики молодых людей с нервной булимией	85
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	96
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ	102
ВЫВОДЫ	108
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ	109
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	110
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	111

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.....	135
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	137
Приложение А – «Опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем»	137
Приложение Б – «Опросник суицидального риска» (ОСР) в модификации Т.Н. Разуваевой	140
Приложение В – «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS)	141
Приложение Г – «Опросник детских травмирующих переживаний» (краткая версия) – Childhood Trauma Questionnaire: Short form (CTQ-SF)	143
Приложение Д – «Диагностическая методика TCI-125 структура характера и темперамента» (The temperament and character inventory)	145
Приложение Е – «Краткий международный нейropsychиатрический опросник M.I.N.I.» – N. Нервная булимия	151
Приложение Ж – «Симптоматический опросник SCL-90-R» (Simptom Check List-90-Revised).....	152
Приложение И – «Тест RUS-AUDIT» для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя».....	155

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Расстройства пищевого поведения (РПП) являются одной из крайне злободневных тем современной психиатрии, касающейся самых разнообразных областей функционирования индивида (далеко выходящих за рамки только проблем, связанных с особенностями имеющихся пищевых паттернов) [3, 26]. Обычно, возникая в период подросткового возраста (одного из самых важных в плане психологического развития периода), рассматриваемый спектр расстройств помимо собственной специфической синдромологии, способен формировать и целый ряд иных устойчивых психопатологических моделей [75], включая аутоагрессивное поведение [91, 174, 179, 190].

Согласно статистическим данным, на сегодняшний день не менее 9% населения планеты страдают расстройствами пищевого поведения (РПП) [112, 192, 194]. Из них на нервную анорексию (НА) приходится от 0,5% до 3,7%, на нервную булимию (НБ) – от 1,1% до 4,2%, компульсивное переедание (КП) обнаруживается у 2%-3,5% населения [7, 98, 185]. В России с теми или иными проявлениями РПП сталкивались порядка 4% населения, при этом, обычно в доступных публикациях речь ведется именно о НА [18, 100, 135, 197]. Достоверные эпидемиологические данные о распространенности нервной булимии и компульсивного переедания в России практически отсутствуют и говорить о точных масштабах представленности этих расстройств затруднительно. Однако результаты последних отечественных исследований, касающиеся обнаруживаемой тенденции к росту числа случаев РПП (особенно среди подростков), констатируют возросший объем лиц с НБ [19]. Предположительно, существующий разрыв между мировой и отечественной статистикой в отношении НБ может быть связан именно со сложностями диагностики данного расстройства (в частности, в связи с анозогнозическим отношением), особенно у лиц мужского пола [1, 45, 114].

Действительно, одними из самых важных аспектов, формирующими терапевтическую и прогностическую траекторию при НА и НБ, является вопрос своевременного (раннего) выявления заболеваний и наличие контакта с компетентным специалистом [108, 132, 159, 197]. В силу укоренившегося убеждения как о правильности и полезности диет, так и усиленных физических нагрузок с целью достижения красивого тела (и быстрого снижения веса), многие попадают в ловушку внешне создаваемых обстоятельств, как способствующих старту РПП, так и последующему обесцениванию уже возникающих нарушений. Перманентное сравнение себя с другими, контроль значений на весах, педантичный (обсессивный) подсчет съеденных калорий готовят почву для формирования болезненных дисморфоманических идей [131], ассоциированных с дальнейшим усилением чувства стыда за внешний вид и пищевые срывы. Генетически детерминированные физиологические потребности, традиционный менталитет, семейные привычки и личные предпочтения уходят на второй план ради достижения желаемого результата [27, 46, 86, 115, 134]. Более того, подобное отношение к телу (зачастую уже ставшее болезненным) может еще долго получать поддержку со стороны близких лиц, восхищающихся способностью к долгому поддержанию строгих диет родственником, его стремлением к высоким, изнуряющим физическим нагрузкам [41, 195], ошибочно воспринимаемым как «здоровый образ жизни». Оговоримся, что ставшие заметными внешние изменения при НА (в частности, очевидный недостаток веса - ИМТ $<17,5$ кг/м²), обычно меняют имеющуюся позицию окружения [108, 113, 132, 158, 197], чего обычно не наблюдается при НБ и КП, имеющих несравненно меньше отчетливых признаков своего присутствия. Без всяких сомнений, наиболее сложным аспектом в работе с нервной булимией (НБ) до сих пор остаётся её своевременная диагностика. При НБ даже в разгар заболевания симптомы могут еще долго оставаться скрытыми для окружающих (а в ряде случаев, и для самих пациентов, упорно считающих имеющиеся пищевые паттерны абсолютно нормальными и даже желательными). Поведенческие компоненты расстройства (эпизоды компульсивного переедания и последующие компенсаторные действия – рвота, злоупотребление слабительными,

мочегонными или анорексигенными средствами [49, 111]) обычно совершаются тайно, в условиях социальной изоляции. Нередкой фабулой целесообразности очередной компенсации является: это не проблема, так просто быстрее можно достигнуть желаемого результата. Однако невозможность поддержания требуемого статуса, очередные срывы приводят к возникновению и поддержанию перманентного внутриличностного конфликта «человека несправившегося» [132, 197], маркерами чего являются интенсивные переживания стыда и вины, усиливающиеся после каждого пищевого срыва, а также нарастающие дисморфофобические переживания [131]. Еда становится не просто источником энергии и удовольствия, а квази-центром жизни. Вокруг неё выстраивается всё существование индивида, формируется система псевдоценностей человека. Перманентная тревога о следующем приёме пищи, тотальный контроль между «хочу» и «надо», потеря адекватной связи между «желудком и мозгом», приводит к выраженному дистрессу лиц, страдающих НБ, а нарастающее ощущение неприятия себя, тотальное чувство вины за своё поведение и внешний вид, приводят к нарастанию симптомов булимии [45, 105, 168, 169].

Диагностика состояния нередко происходит на поздних этапах заболевания, благодаря участию стоматологов, обнаруживающих эрозию зубной эмали вследствие частой рвоты [104, 146]; гастроэнтерологов – случайно выявляющих изменения слизистой пищевода и кардиального отдела желудка [87]; терапевтов и дерматологов – фиксирующих нарушения водно-электролитного баланса, дефицит микро- и макронутриентов, ухудшение состояния кожи, волос и ногтей. К сожалению, значительная часть пациентов с НБ никогда самостоятельно не обращается за специализированной помощью [30, 198]. С другой стороны, в случае летального исхода у лиц молодого возраста (в том числе суицидального), секционные данные нередко говорят в пользу прижизненно не диагностированной НБ [160].

Низкая обращаемость, трудности в распознавании расстройства и недостаточная информированность общества о его рисках создают серьёзные слепые зоны и барьеры для профилактики и раннего профилактического и

терапевтического вмешательств. В сочетании с культурной нормализацией диетических практик и идеализацией «стройного тела» формируется порочный круг, который человеку крайне сложно покинуть самостоятельно – особенно в условиях отсутствия адекватной поддержки и наличия перманентного страха перед осуждением социальным окружением. Таким образом, имеющаяся ситуация представляет собой серьезный вызов для психиатрической службы, что требует разработки более эффективных стратегий просвещения, скрининга и снижения стигматизации.

В свою очередь, оценивая суицидальный риск и частоту преждевременной смертности при РПП, приходится с сожалением констатировать, что данная группа расстройств весьма неблагоприятна в отношении упомянутых переменных [52, 53, 64, 91, 174, 179]. Так при НА смертность варьирует в диапазоне от 5% до 18%, причем до 20% летальных исходов связаны именно с добровольным причинением себе смерти [92, 175]. В случае НБ преждевременная смертность достигает 3,9%, из которых до 23% ассоциировано с суицидом [92, 100, 135, 166, 197]. Более детальный анализ доступных данных (особенно отечественных) демонстрирует ряд заметных перекосов при оценке соответствующих рисков. Дело в том, что заметно большее внимание в научных публикациях уделяется изучению аутоагрессивной компоненты при НА [10, 11, 32, 60, 84]. С одной стороны, это оправдано традиционно считающейся большей распространённостью, стремительностью возникающих изменений при НА [15, 32, 35, 42], с другой стороны – относительной простотой ранней визуальной диагностики. НБ в силу упомянутых выше клинических и психологических особенностей всё еще остается вне поля зрения отечественных специалистов, занимающихся суицидологическими исследованиями.

При этом, за последние два десятилетия в зарубежных исследованиях накапливается все более убедительный массив данных, свидетельствующий о повышенном риске аутоагрессивного поведения при нервной булимии. Мета-анализ A. Preti et al. (2011) [83], включивший в себя 16 лонгитюдных исследований с участием 1768 пациентов с НБ, продемонстрировал наличие в

группе высокого стандартизированного коэффициента смертности по причине суициду (SMR) - 7,5 (риск суицида у пациентов с НБ в среднем в 7,5 раза выше, чем в общей популяции). При тяжелой НБ [139] (258 госпитализированных пациенток, наблюдение в среднем 10,5 года) общая смертность составила 3,9%, при этом шесть из десяти смертей были обусловлены суицидом. Общий SMR составил 5,52, а SMR по суициду достигал 30,9, что свидетельствовало об исключительно высокой «летальности» в группе. Мета-анализ только в отношении попыток суицида показал, что при нервной булимии доля пациентов с суицидальными попытками достигает 21%, что достоверно выше, чем при анорексии в целом (12,5 %) [176].

Проведенный собственный анализ имеющихся данных, позволил выдвинуть два предположения: распространенность НБ может быть недооцененной в связи с нюансами диагностики (особенно у лиц мужского пола), в отношении соответствующего среза молодых людей отечественной популяции отсутствуют достоверные данные, характеризующие их аутоагрессивные показатели. Данные положения послужили отправной точкой выполняемого научного исследования, касающегося определения суицидологической характеристики молодых людей с НБ, способной сформировать адекватные профилактические и терапевтические траектории.

Степень разработанности темы

Проблема суицидального поведения при нервной булимии у лиц молодого возраста является предметом длительного и активного междисциплинарного изучения на стыке психиатрии, клинической психологии и суицидологии. Анализ доступной научной литературы демонстрирует, что тема разработана достаточно неравномерно: при наличии обширных данных, приводимых в зарубежных публикациях, подтверждающих вероятную связь между НБ и суицидальностью, многие специфические механизмы и прикладные аспекты до сих пор остаются недостаточно изученными.

Первые крупные обзоры, прежде всего, демонстрировали связь РПП и частоты преждевременной смертности. Мета-анализ J. Arcelus et al. (2011) [92], включивший 36 исследований, обнаружил, что при НБ стандартизованный коэффициент общей смертности (SMR) почти в два раза превышает популяционный (1,93), что подтверждает клиническую значимость этого диагноза. Мета-анализ A. Preti et al. (2011), затронувший выборку 1768 больных НБ, продемонстрировал суицидальный SMR в районе 7,5 (то есть риск смерти от самоубийства в этой группе в 7–8 раз выше, чем в общей популяции) [83]. Исследование S. Crow et al. (2009) на 906 пациентах с булимией (наблюдение 8–25 лет) также показало статистически значимое увеличение как общей, так и именно суицидальной смертности [133]. В мета-обзоре E. Chesney et al. (2014), обобщившем данные по 1,7 млн пациентов с психическими расстройствами, РПП рассматриваются как заболевания с выраженным избыточным риском преждевременной смерти, где суицид – один из ключевых составляющих [99].

Если ранние обзоры фиксировали главным образом завершённые суицидальные попытки, то с середины 2000-х годов активно стали изучаться суицидальные идеи и несуйцидальное самоповреждение (НССП). В обзоре D. L. Franko et al. (2006) подчёркивается, что при НБ частота суицидальных попыток может достигать 25–35%, что существенно выше, чем при НА, даже несмотря на меньший уровень завершённых суицидов [122]. Особенно высокий риск отмечен у «очищающих» подтипов (bulimia nervosa, AN-BP) [176]. Последний крупный систематический обзор и мета-анализ S. Amiri и M. Khan (2023) обобщил 52 исследования и рассчитал общую распространённость НССП, суицидальных мыслей и попыток при РПП: НССП – около 40 %; суицидальные идеи – около 51 %; суицидальные попытки – около 22 % [90]. Авторы подчёркивают, что наибольшие показатели суицидальности приходятся именно на булимические и «булимиформные» подтипы, однако возрастная структура выборок в большинстве включённых работ смешанная, а отдельные данные именно по молодым пациентам представлены фрагментарно.

Интерес к сочетанию РПП и суицидальности в отечественных публикациях заметно усилился лишь в последние 5–7 лет. В работах М. С. Зинчук и соавт. (2022) и С. В. Гречаного и соавт. (2024), посвящённых несуицидальным самоповреждениям при РПП, показаны тесные связи НССП с более тяжёлым течением анорексии и булимии [20, 55]. В обзоре В. П. Сиволапа «Нервная анорексия и нервная булимия: неужели болезни-антиподы?» суммируются международные данные: указывается, что у подростков с НБ суицидальные идеи встречаются в 53% случаев, что значительно выше, чем при других психических расстройствах и в общей популяции; подчёркивается частая коморбидность с депрессиями, тревожными и аддиктивными расстройствами [67]. Российские эмпирические данные о суицидальности у подростков с РПП представлены, в частности, в работе Н.Б. Семёновой и соавт. (2021). В выборке девушек-подростков наличие РПП (пороговых) сопровождалось суицидальными идеями у 65 %, суицидальными попытками – у 45 %, при этом нарушения пищевого поведения подпорогового уровня также ассоциировались с существенным повышением всех форм аутоагрессии по сравнению с контролем [72]. Типы РПП (анорексия, булимия, смешанные формы) не разделялись детально, однако убедительно продемонстрировано, что сама принадлежность к группе РПП уже является сильным маркером суицидального риска у подростков.

Н. А. Польская и соавт. (2023) также описывает частоту НССП и повышенный суицидальный риск у девочек-подростков с РПП; последний в значительной степени связан с жёстким контролем веса, межличностной чувствительностью и выраженными искажениями образа тела [54].

Таким образом, в отечественной литературе имеются теоретические обзоры и первые эмпирические работы, демонстрирующие высокую суицидальность при РПП в подростковом и молодом возрасте, однако существует ряд ограничений: 1) нервная булимия редко выделяется в отдельную группу; 2) мало данных о гендерных особенностях, особенностях именно юношеского возраста (18–25 лет); 3) практически отсутствуют лонгитюдные наблюдения за динамикой суицидальности у молодых пациентов с булимией.

Количество целенаправленных исследований, комплексно описывающих суицидологический профиль при НБ у лиц молодого возраста в отечественной популяции (структура и динамика идеаций, характеристики попыток, мотивационные и социально-психологические факторы, возрастные и гендерные особенности, суицидологическая типология и клинико-динамические варианты течения НБ с учётом суицидального риска), остаётся ограниченным. Таким образом, к настоящему времени повышенная суицидальная смертность при НБ документально подтверждена, однако подавляющее большинство работ включает широкий возрастной диапазон (подростки + взрослые) и в минимальной степени акцентирует внимание на гендерных отличиях пациентов.

Необходимость устранения описанных пробелов определяет научную новизну и значимость планируемого исследования.

Цель исследования

Определение суицидологических характеристик молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией.

Задачи исследования

1. Изучить суицидологические характеристики молодых женщин, страдающих нервной булимией.
2. Изучить суицидологические характеристики молодых мужчин, страдающих нервной булимией
3. Конкретизировать суицидологические характеристики молодых женщин и мужчин с нервной булимией в зависимости от их пола.
4. Обосновать целесообразность разработки мероприятий, направленных на коррекцию аутоагрессивного поведения у молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией.

Научная новизна

1. Впервые на примере отечественной популяции изучена суицидологическая характеристика молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией, существенно расширяющая ранее имевшиеся представления, и формирующая адекватную суицидологическую настороженность при НБ.

2. Впервые осуществлена комплексная оценка гендерных особенностей суицидологической спецификации молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией, значимые для организации превентивных и терапевтических мероприятий.

3. Уточнены психологические особенности женщин и мужчин, страдающих нервной булимией, значимые для суицидологической практики.

4. Полученные данные способны обосновать целесообразность разработки мероприятий по коррекции аутоагрессивного поведения у молодых людей, страдающих нервной булимией, с целью максимальной персонификации и фокусности соответствующих мероприятий.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные результаты дают возможность дополнительно сформировать представления о фактической распространенности нервной булимии среди лиц молодого возраста, конкретизировать суицидологическую составляющую рассматриваемого расстройства, а также обосновать необходимость превентивных методов профилактики, траекторию дальнейшей работы с пациентами. Выявленный суицидологически неблагоприятный статус у людей молодого возраста с НБ позволяет расширить имеющиеся представления о суицидогенности булимии, как одного из опасных в данной плоскости видов расстройств пищевого поведения. Осуществленное исследование позволит определить точки приложения терапевтической активности в работе с данной категорией пациентов, а также сформировать суицидологическую настороженность у всех непрофильных в

разрезе суицидологии специалистов (терапевты, гастроэнтерологи, дерматологи, стоматологи и пр.). Выявленные психологические характеристики способны помочь сформировать гендер-специфичный подход при планировании краткосрочных вмешательств для молодых людей с нервной булимией.

Практическая значимость настоящего исследования обусловлена возможностью непосредственного использования его результатов в системе психиатрической, психотерапевтической и суицидологической помощи молодым взрослым с нервной булимией. Результаты исследования могут быть внедрены в работу специалистов различных профилей и на разных уровнях оказания помощи, что в конечном итоге будет способствовать снижению смертности при НБ и улучшению качества жизни пациентов.

Полученные данные о частоте, структуре аутоагрессивного поведения и предикторах суицидального поведения у молодых пациентов с нервной булимией могут быть положены в основу совершенствования скрининга суицидального риска в клинической практике. На основе выявленных факторов риска (негативные переживания, эпизоды несуйцидального самоповреждения, употребление ПАВ, выраженная неудовлетворенность телом, импульсивность, опыт насилия и др.) возможно создание или адаптация кратких опросников и алгоритмов первичной оценки, пригодных для использования врачами-психиатрами, психотерапевтами, клиническими психологами, а также специалистами терапевтической практики при подозрении на РПП. Включение целенаправленных вопросов о пищевом поведении и булимических симптомах в стандартные суицидологические интервью позволит своевременно выявлять пациентов из группы «скрытого» высокого риска.

Также результаты исследования могут способствовать преобразованию протоколов ведения молодых пациентов с нервной булимией. Уточнение суицидологического профиля данной группы (распространенность и формы суицидальных мыслей, намерений, частота и летальность попыток, актов несуйцидального аутоагрессивного поведения вкупе с предикторами риска) позволяет обосновать необходимость более раннего направления таких пациентов в специализированные суицидологические и психиатрические службы, усиленного

динамического наблюдения в периоды обострения булимических симптомов, разработки дифференцированных уровней наблюдения и безопасности (например, критериев для госпитализации в условиях стационара с режимом наблюдения).

Методология и методы исследования

Обследовано 195 молодых женщин: 40 из них, имеющих клинические признаки нервной булимией (НБ), составили исследуемую группу, а также 106 мужчин, 30 из которых страдали НБ, составив, соответственно, вторую исследуемую группу.

Критериями включения установленный диагноз НБ согласно критериям МКБ-10; отсутствие иных психических расстройств согласно критериям МКБ-10, способных оказывать значимое влияние на оцениваемые переменные; возраст от 20 до 27 лет, факт обучения в ВУЗе на момент проведения исследования, согласие на очное диагностическое интервью.

В исследование **не были включены лица**: отказавшиеся от участия в исследовании; с наличием иными видами РПП по критериям МКБ-10; имеющие иные психические расстройства на момент проведения исследования, способные оказать значимое влияние на изучение суицидологических характеристик; страдающие соматическими заболеваниями, симптомами которых могли являться вторичные нарушения пищевого поведения; принимающие психотропные препараты, препараты, влияющие на аппетит.

Для верификации нервной булимии применялись критерии МКБ-10. По завершению клинического интервью с респондентами, последними предлагался к заполнению «Модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем» [80] для конкретизации аутоагрессивных характеристик [Приложение А]. На последнем этапе, для расширенной суицидологической и психологической оценки использовались: опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой [Приложение Б] [65], госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression

Scale: HADS) [Приложение В] [36], опросник детских травмирующих переживаний – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) [Приложение Г] [109]; диагностическая методика TCI-125 структуры характера и темперамента (The temperament and character inventory) [Приложение Д] [29].

Сформированные массивы данных оценивались на соответствие нормальному закону распределения посредством графического анализа гистограмм и применения критерия Шапиро-Уилка [66]. Оценка статистической значимости различий качественных параметров между независимыми группами осуществлялась с помощью критерия Пирсона (χ^2). Для сравнения количественных данных, не подчиняющихся нормальному закону распределения, применялся U-критерий Манна-Уитни [66]. Для определения степени взаимосвязи между изучаемыми переменными были рассчитаны отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (95% ДИ), указанный через его нижние и верхние пределы (НГДИ и ВГДИ). Математическую обработку данных проводили с помощью программы STATISTICA 12 (StatSoft Inc).

Положения, выносимые на защиту

1. Суицидологические характеристики молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией, значимо отличаются от таковых в контрольных группах, что позволяет отнести НБ к расстройствам с высоким аутоагрессивным потенциалом, требующим формирования соответствующей суицидологической насторожённости.
2. Половая принадлежность молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией, формирует гендерные особенности их суицидологических характеристик.
3. Изученный ряд психологических переменных молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией, позволяет сформировать комплексное представление об их аутоагрессивном профиле и суицидальном риске.

4. Теоретические подходы и практические пути формирования превентивных стратегий в области суицидологии могут быть существенно расширены благодаря данным, полученным при изучении суицидологических характеристик молодых мужчин и женщин с нервной булимией.

Личный вклад автора

Автор самостоятельно осуществил все этапы исследования: определил его цели и задачи, провел анкетирование и опрос респондентов, выбрал и применил соответствующие методы исследования, выполнил статистическую обработку и анализ полученных данных, а также сформулировал обоснованные выводы на основе проведенного анализа.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Надежность и достоверность научных утверждений и выводов обеспечивается благодаря представительности клинических выборок и использования актуальных статистических методов анализа.

Основные результаты исследования представлены на конференциях: Международной научно-практической конференции «Сибирская школа превентивной суицидологии и девиантологии (осенняя сессия)» (27 октября 2023 г., Тюмень); Всероссийском конгрессе с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире» (23-24 мая 2024 г., Санкт-Петербург); X Всероссийская научная конференция с международным участием молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста», посвященной 175-летию со дня рождения академика И.П. Павлова и 120-летию со дня получения им Нобелевской премии (24-25 октября 2024 г., Рязань); Всероссийской научно-практической конференции «Дифференциальная диагностика психотических расстройств и коморбидных состояний в психиатрии и наркологии» (15 ноября 2024 г., Рязань); Всероссийском

конгрессе по психическому здоровью в Санкт-Петербурге (22-23 мая 2025 г., Санкт-Петербург); XI межрегиональной научно-практической конференции Медико-психологическая реабилитация в психиатрии и наркологии, приуроченная к 75-летию РязГМУ (29.05.2025 г., Рязань); XI Всероссийской с международным участием научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста», посвященной 75-летию университета на Рязанской земле (16-17 октября 2025 г., Рязань); Ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, посвященной 75-летию университета на Рязанской земле (10 декабря 2025 г.); Ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Сибирская школа превентивной суицидологии и девиантологии. Весенняя сессия» (10 апреля 2026 г., Тюмень); XVIII Съезд психиатров России (20-23 мая 2026 г., Санкт-Петербург).

Практическая ценность работы заключается во внедрении ее результатов в лечебно-профилактическую практику ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова» и ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер». Кроме того, результаты исследования включены в образовательную программу кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология. Результаты данного исследования соответствуют направлению исследования специальности, а именно: пункту 3 (этиология и факторы риска психических и наркологических расстройств; роль различных факторов в патогенезе, клинической картине, течении и прогнозе психических и наркологических заболеваний); пункту 7 (социально ориентированные интервенции в психиатрии и наркологии); пункту 11 (научные и клинические основы суицидологии, выявление факторов риска и профилактика нарушений психической адаптации, суицидального поведения); пункту 13 (эпидемиология

психических заболеваний, выявление их распространенности, факторов риска и коморбидности); пункту 17 (профилактика психических и наркологических расстройств).

Публикации

По материалам диссертационного исследования опубликовано 11 научных трудов, полно отражающих основные положения диссертации, в том числе 5 статей в изданиях, входящих в перечень ВАК при Минобрнауки России и индексируемых в международных цитатно-аналитических базах данных Web of Science и Scopus.

Объем и структура диссертации

Общий объем представленной диссертации 156 страниц печатного текста. Структура работы включает стандартные разделы: введение, три главы, заключение, выводы, практические рекомендации, перспективы разработки темы, список сокращений. Список литературы охватывает 200 источников, из которых 81 – отечественные, 119 – зарубежные. Приложения содержат использованные опросники. Диссертация иллюстрирована 22 таблицами, 6 рисунками и двумя клиническими примерами.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Проблема суицида в современном обществе. Суициды лиц с психиатрическими диагнозами

Самоубийство – одна из важных и злободневных тем современного общества. Согласно среднемировой статистике, смертность в результате самоубийства составляет 10,5 случаев на 100 тысяч человек, Россия на 2023 год занимала третье место в мире [16]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в год около 700 тысяч человек умирают в результате самоубийства [69, 200]. Несмотря на тенденцию к снижению уровня самоубийств в России, особенно ощутимую за последние 30 лет, процент остается достаточно высоким, чтобы не обращать на это внимания. Так, согласно оценкам, опубликованным в докладе «Suicide world widein 2019: global healthes timates» стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств для всего населения России в 2019 г. составил 21,6. Это в 2 раза больше, чем представлено в официальной мировой статистике [199]. Учитывая, что в большинстве странах самоубийства порицаются по культурным и религиозным причинам, мы можем сталкиваться с искажением и занижением реальных данных о распространенности и частоте суицидов. На данный момент в статистику попадают исключительно реальные случаи суицидов (подготовка к суициду, предсмертная записка, признаки, указывающие на самовольное прекращение жизни), хотя по мнению судебных экспертов одной из причин в «смерти от несчастного случая» (передозировка лекарствами, дорожно-транспортное происшествие, поджоги и т.д.) является попытка самоубийства [43, 71].

Связь между психическими расстройствами и суицидальным поведением является одной из наиболее острых проблем современного здравоохранения. По данным ряда исследований, многие из людей, совершивших самоубийство, страдали от того или иного психического заболевания [95], и психические

расстройства являются безусловным фактором, повышающим риск суицидальных идеаций и аутоагрессивного поведения [44, 58, 63, 68, 123]. Опасность возникновения суицида у людей с психическими расстройствами до 35 раз выше, чем у условно здоровых людей с аналогичными социально-демографическими исходными, а около 80% пациентов психиатрического профиля пытались покончить жизнь самоубийством [39, 93, 129, 161]. Хотя предсказать суицид с абсолютной точностью невозможно, анализ статистических данных и многочисленные научные работы позволяют выявить группы расстройств с наиболее высоким риском летального исхода [21, 79, 99; 130, 145, 148, 187]. На основании современных мета-анализов и крупных эпидемиологических исследований предпринимались попытки создания рейтинга психических заболеваний по степени риска суицида [48, 99, 103]. Важно понимать, что конкретные цифры могут варьироваться в разных исследованиях из-за различий в методологии, однако общие тенденции остаются схожими на протяжении длительного времени.

Статистика и результаты множественных ретроспективных исследований, направленных на изучение архивных карт стационарных и амбулаторных пациентов психиатрического профиля показывают, что подавляющее большинство пациентов, госпитализированных с суицидальным поведением (попытками, намерениями, высказываниями), имеют диагноз расстройства личности: частота суицидальных попыток при ряде из них достигает 73% пациентов [103]. Чаще всего речь идет о пограничном личностном расстройстве - до 10% пациентов с этим диагнозом погибают в результате суицида [13, 128, 171, 172]. Также высокий риск суицида отмечается у лиц с нарциссическим и антисоциальным расстройствами личности, особенно при наличии сопутствующих аффективных и аддиктивных расстройств [103].

Пациенты с психотическими расстройствами, такими как шизофрения, также имеют чрезвычайно высокий риск осуществления суицида [44], от 20% до 40% людей с шизофренией совершают суицидальные попытки в течение жизни, и для 5-13% из них эти попытки заканчиваются летально [173]. Риск особенно велик в

первые годы после постановки диагноза и после выписки из стационара [59]. Эта группа имеет самый высокий стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от суицида – 13.03, что означает, что риск смерти от самоубийства у них в 13 раз выше, чем в общей популяции [103].

Суицидальный риск при органических поражениях мозга в 2–4 раза выше, чем в общей популяции [12, 31]. Специфика заключается в том, что суициды часто носят импульсивный характер (из-за снижения контроля лобными долями) или «рациональный» характер (на ранних стадиях деменции при осознании диагноза) [14, 78].

Аффективные расстройства также традиционно связывают с высоким суицидальным риском [52, 56, 89, 189]. Депрессия является одним из самых распространенных диагнозов среди совершивших суицид [145]. Предположительно риск самоубийства у людей с тяжелой депрессией возрастает в 20 раз [59], пожизненный риск для мужчин с униполярной депрессией составляет 6.7%, для женщин – 3.8% [53, 145]. Один из последних мета-анализов показал, что у пациентов с большим депрессивным расстройством самый высокий показатель самоубийств на 100 000 человеко-лет – 534.3 [181].

Злоупотребление алкоголем и наркотиками является вторым по значимости фактором риска суицида после расстройств настроения [33, 81, 180]. Стандартизированный коэффициент смертности от суицида при этих расстройствах достигает 6.78 [103]. Зависимость от опиоидов также повышает риск суицида в 14 и более раз [8, 9]. Сочетание зависимости с другими психическими расстройствами, особенно с депрессией, кратно увеличивает вероятность летального исхода при суицидальной попытке [34].

Что касается непосредственно расстройств пищевого поведения, то наиболее высокий риск суицида традиционно ассоциирован с присутствием нервной анорексии [76, 99]. Уровень смертности среди пациентов с расстройствами пищевого поведения вообще оценивается в пределах 6-8%, и самоубийство является одной из частых причин смерти [51, 52].

Кстати, важно учитывать не только потенциальную суицидогенность диагноза, а также и распространенность таковых в общей популяции: основной вклад в суицидальный показатель, таким образом, вносят органические психические заболевания, расстройства аффективного спектра, шизофрения, алкогольная зависимость и расстройства личности [48].

РПП, в свою очередь, имеют не только высокий суицидальный риск и весьма обширную распространенность, при некоторых сложностях диагностики и выявления [7, 11, 32, 40, 42, 45]. Хорошо изучены суицидальные характеристики и соответствующие риски НА [184], в силу достаточно ярких объективных проявлений заболевания - в виде тщательного избирательности в еде вплоть до избегания приемов пищи, крайней озабоченностью недостатками тела и веса с возможным сочетанием нехарактерных физических нагрузок, стремительной потери массы тела при стойких убеждениях в наличии лишних килограммов и жира и т.п. [10, 42]. Перечисленные проявления помогают на том или ином этапе обратить внимание близкого окружения и родственников на возможные нарушения в психическом состоянии потенциального пациента и принять меры для предотвращения дальнейшего развития заболевания.

При достаточно паритетных цифрах распространенности НА и НБ [7, 38, 165], мы наблюдаем более низкие показатели в отношении обращений за специализированной медицинской помощью последних [50, 77]. При НБ обычно наблюдается тщательное сокрытие симптомов, позднее проявление визуальных признаков булимии с последующей хронизацией симптомов и присоединением вторичной психопатологической симптоматики [120, 138, 159]. Не секрет, что в некоторых случаях у пациентов с нервной булимией предшествует булимической симптоматике нервная анорексия, данная особенность объясняет более позднюю манифестацию булимии по сравнению с анорексией [184]. Таким образом, в силу своей недостаточной изученности и скрытности проявлений заболевания, НБ (особенно у лиц мужского пола) представляет собой наиболее серьезную медико-социальную проблему с вероятно заметно выраженной суицидальной составляющей [83, 92].

В заключении еще раз подчеркнем уже упомянутую особенность психиатрической суицидологии: не смотря на то, что в случае вышеуказанных психиатрических расстройств, мы безусловно сталкиваемся с реальным суицидальным риском, фактические цифры суицидальных потерь далеки от статистических данных, так как множество суицидентов так и не оказываются в поле зрения специализированной психиатрической помощи [48], что диктует необходимость разработки мер для ранней диагностики наиболее суицидогенных диагнозов в больших коллективах [6].

Рассмотрим теперь суицидологические аспекты РПП подробнее.

1.2. Суицидологическая оценка лиц с расстройствами пищевого поведения

Говоря об особенностях суицидального статуса пациентов с различными проявлениями расстройств пищевого поведения, в первую очередь стоит обратить внимание на распространенность данного феномена. По данным статистики не менее 9% населения во всем мире страдают РПП [192, 194]. В России предположительно около 4% населения так или иначе сталкивались с нарушениями пищевого поведения, из них 0,5-3,7% приходится на НА, 1,1-4,2% отводится НБ, компульсивное переедание затрагивает около 3,5% женщин и 2% мужчин на протяжении всей жизни [7, 98, 185]. Отметим, что полностью верифицированных эпидемиологических данных, касающихся распространенности НБ и КП в России не существует по целому ряду причин, вследствие чего точные цифры заболеваемости данными видами РПП весьма приблизительны (очень вероятно, в сторону занижения фактического распространения), поскольку согласно имеющимся наблюдениям, общество сталкивается с тревожной тенденцией увеличения распространения данного спектра расстройств, особенно среди лиц подросткового и молодого возраста [19].

Говоря о конкретных суицидологических позициях РПП (данные зарубежных источников), часто указываются следующие «пропорции»: при НА значение коэффициентов преждевременной смертности находится в диапазоне от 5 до 18%,

каждая пятая смерть – самоубийство, при НБ смертность составляет около 3,9%, а на долю самоубийств приходится до четверти случаев – 23% [92, 100, 135, 166, 197]. Несмотря на кажущуюся однородность всех видов РПП (сопоставимые по численности проценты распространенности и смертности, зачастую идентичные причины, дающие запуск патологии), нередко сменяемые одна другую анорексия и булимия, все типы РПП в значительной степени различны в отношении рассматриваемых индикаторов. Важно отметить, что анализ имеющейся соответствующей информации приводит к весьма неоднозначной ситуации. Дело в том, что основной пласт научных исследований направлен на изучение суицидогенности именно НА, что объясняется ее предположительно большой распространенностью и высокой доказанной смертностью пациентов по ее причине [121, 125, 143, 147, 151, 154, 167, 183, 191]. Пациенты с нервной анорексией с большей вероятностью оказываются в поле зрения специалистов психиатрического профиля в связи с повсеместной популяризацией информации о проявлениях НА, её опасности и последствий для здоровья, помогающей окружению обратить внимание на изменение в поведении и внешности пациентов (кахексичность, избегание приемов пищи, стремительное похудение и озабоченность фигурой, состояние кожи, волос, ногтей и т.п.), чего, к сожалению, нельзя сказать о пациентах с НБ. Вышеуказанные факторы делают данную категорию пациентов с НА наиболее «наглядной» группой [19], которую сложно упустить из внимания не только близкому окружению, но и врачам соматического профиля (терапевты, гастроэнтерологи, эндокринологи и т.д.), психологам, педагогам и т.п. [15, 88, 106, 127]. Соответственно суицидологи и суицидологическая служба имеют хорошо верифицируемую группу для оценки соответствующих прижизненных и посмертных показателей в группе. Заметно сложнее, осуществить подобные исследования в «молчащей» группе пациентов с НБ, диагноз которым ретроспективно нередко устанавливается по материалу секционных данных [160]. Но не только отсутствие ярких изменений во внешности вносит свою лепту в сложности диагностики (и суицидологической оценки) при НБ: эпизоды переедания и компенсаторного поведения тщательно скрываются, переживания о

теле или неудовлетворенностью весом не обсуждаются с родными или проскальзывают в шуточной форме в силу перманентного чувства стыда и вины за лишний вес и имеющие «недостатки», близкое окружение, а нередко семья, комментируют «лишние» килограммы и зачастую поддерживают и мотивируют на создание «красивого тела», не принимая во внимание или не зная о возможных рисках патологической усердности в физических нагрузках, а также не имея понятия о других средствах, используемых для компенсации пищевых срывов (слабительные, мочегонные препараты, средства для контроля аппетита, самоиндуцированная рвота и т.д.) [96, 137, 182]. Итак, в силу неизученности фактической распространенности НБ и низкого процента обращаемости за медицинской помощью вопрос реального вклада пациентов с НБ в суицидологическое бремя современного общества остается в нашей стране открытым, а возможные суицидальные риски - гипотетическими.

Отметим, что оценка суицидальных рисков и аутоагрессивной характеристики при НБ в ряде стран является активно изучаемой темой. Так, в Великобритании в 2020 году проведено ретроспективное когортное исследование с использованием данных Южного Лондона и Фонда национальной службы здравоохранения Модсли (SLaM) [178], где были выбраны пациенты с различными диагнозами РПП (НА, НБ и др. РПП) в период с 1 января 2007 года по 31 марта 2017 года. Всего в системе было выявлено 4895 человек с диагнозом НА, НБ и другие РПП: у 2264 был выставлен диагноз НА (46,3%), у 1420 (29,0%) - НБ, а у 1211 (24,7%) – другие РПП. Однако, при анализе обращаемости за медицинской психиатрической помощью в г. Рязань (ГБУ РО ОКПБ им. Н.Н. Баженова) с помощью разработчика технологических информационных систем (РТ МИС) за период 2024 г. по 2026 г. было выявлено всего семь пациентов с установленным диагнозом НБ. Что, безусловно, вызывает некоторое недоумение и требует дальнейшего пристального изучения (особенно в плоскости обнаруженного в данном исследовании числа лиц с НБ обоего пола при целенаправленном скрининге [22, 23]).

Нетрудно предположить, что лиц с НБ на самом деле значительно больше, чем их наблюдается в лечебных учреждениях, их суицидологическая оценка без создания грамотных и валидных скрининговых методик диагностики мала, и рассматриваемая группа, вероятно, в суицидологическом плане находится по-прежнему в серой зоне.

Перейдем к более детальной анализу имеющихся данных, касающихся непосредственно аутоагрессивной спецификации НБ.

1.3. Нервная булимия с позиции суицидологической практики

Систематический анализ имеющихся литературных данных [21], касающихся аутоагрессивной составляющей при НБ, обнаруживает несколько типовых дизайнов осуществления исследований, формирующих некоторые слепые зоны. Так, значительная часть имеющихся работ посвящена изучению исключительно женщин с НБ [82, 85, 107, 117, 149, 152, 153, 161, 164, 188]. Чаще всего подобное ограничение было обусловлена недостаточным количеством мужчин с НБ, что не позволяло провести информативный и полноценный анализ (что в итоге приводило к исключению имеющихся мужчин из исследования) [124, 188]. Также, обычно в исследованиях принимали участие пациенты, проживающие в развитых странах (США, Франция, Великобритания, Испания и т.д.) [85, 107], что подразумевало свободный доступ в интернет, влекущий за собой несомненное влияние социума и современной культуры, касающегося пропаганды худого и стройного тела. Несмотря на возрастной диапазон респондентов в большинстве исследований находящийся обычно в районе 20-25 лет, исследователи, имеющие доступ к национальным регистрам пациентов, отмечали манифестацию НБ чаще в подростковом возрасте (10-11 лет) с последующим волнообразным течением, нередко подразумевающим перетекание одной формы РПП к другой (НА – НБ, НБ - НА), а пик заболеваемости НБ приходился стабильно на диапазон 21-24 лет [184]. Классическим вариантом является диагностический переход НА к НБ, что объясняет, почему пик заболеваемости НБ наступает позже, чем другие формы РПП

[184]. При отсутствии в анамнезе данных о НА, начало проявлений симптоматики НБ начинается с 16-20 лет, что говорит о достаточно раннем начале НБ с последующей хронификацией заболевания с разнообразными осложнениями в виде присоединения вторичной психопатологической симптоматики, в том числе аутоагрессивного поведения. При анализе работ также было обнаружено, что зачастую исследователи искали объяснение аутоагрессивному поведению лиц с НБ именно в имеющихся личностных и поведенческих характеристиках, а также сопутствующем коморбизме [177, 178]. Обычно при НА специалисты привержены мнению о прямом влиянии расстройства на суицидальный риск пациента, объясняя этот феномен тяжестью симптомов и непосредственной аутоагрессивностью НА [184], при НБ, в свою очередь, существует убеждение, что суицидальное поведение, как правило, обусловлено сопутствующей патологией или личностной и поведенческой спецификой пациентов.

Подробнее остановимся на обнаруженных трендах осуществлённых исследований.

Основной пласт работ направлен на выявление индивидуальных личностных свойств (профилей) лиц, страдающих НБ. В 2004 году во Франции G. Youssef et al. [150] провели сравнительный анализ пациенток с НБ, которые имели в анамнезе суицидальные попытки, с аналогичной группой по социально-демографическим признакам пациенток с НБ, но без опыта самоубийств в анамнезе. Среди пациенток с нервной булимией также рассматривались варианты булимии с/без очистительного поведения (рвота) (40 и 9 пациенток соответственно). С помощью шкал и подшкал многофазного личностного опросника Миннесоты – второй версии (MMPI-2), опросника депрессии Бека (BDI), используемый для контроля текущих депрессивных симптомов, и специального опросника, касающегося попыток самоубийства, авторы обнаружили, что попытки самоубийства чаще встречались у лиц с очищающим поведением, также среди пациенток с булимией с попытками суицида в анамнезе было обнаружено превалирование значений по шкалам «Психастения», «Гнев» и «Страх», что подразумевает у людей с НБ с суицидальным анамнезом доминирование раздражительности, упрямства и потери контроля.

Спустя пять лет в США J. J. Muehlenkamp et al. [117], используя методологию экологической моментальной оценки (ЕМА), изучили временную связь между положительными и отрицательными эмоциональными состояниями до и после действий несуицидального аутоагрессивного поведения среди пациентов с НБ. С помощью шкалы положительного и отрицательного аффекта (PANAS) авторы обнаружили значительное увеличение отрицательного аффекта и снижение положительного аффекта до акта несуицидального самоповреждения, затем положительный аффект значительно увеличился, тогда как отрицательный остался на прежнем уровне. Данное исследование указывает на использование пациентами с НБ несуицидальных самоповреждений в виде своеобразного инструмента для регуляции эмоций с целью снижения переживаемого дистресса и нивелирования силы негативного аффекта с помощью положительных эмоций за счет самоповреждения.

В этом же году в Испании L. Forcano et al. [175] изучили распространенность попыток самоубийства в течение жизни у женщин с нервной булимией (417 женщин с классическими проявлениями НБ, 47 – без очистительного поведения и 102 пациентки с подпороговой НБ), проведя анализ симптомов расстройства пищевого поведения, общей психопатологии, импульсивности и особенности личности людей, с и без попыток самоубийства в анамнезе. Было обнаружено, что 26,9% пациенток из всех подгрупп с НБ пытались покончить жизнь самоубийством: 26,9% в группе с НБ, 19,1% в группе с НБ без очистительного поведения и 30,4% в группе с подпороговой булимией. У лиц с попыткой суицида в анамнезе обнаружены более высокие показатели в тяжести симптоматики пищевого поведения, общей психопатологии и импульсивного поведения, также наблюдалась статистически значимая разница в отношении детского ожирения в анамнезе и злоупотребления алкоголем со стороны родителей ($p < 0,004$). Было выявлено, что попытки самоубийства имели значимую связь с высокими показателями избегания вреда, недоверия, импульсивности, социальной незащищенности и более низкими показателями по шкалам самостоятельности, зависимости от вознаграждения и сотрудничеству (EDI-2, SAD, SCL-90, TCI-R; $p < 0,002$). Помимо этого,

коррелирующими переменными с попытками суицида были: низкий уровень образования, минимальный ИМТ, предыдущее лечение расстройств пищевого поведения, низкая самостоятельность и семейный анамнез злоупотребления алкоголем ($p < 0,006$). Данная картина во многом сопоставима с кластером личностной пограничной патологии. Важно отметить, что в данном исследовании впервые появляется анализ пациентов с подпороговыми значениями НБ, проявляя себя группой с наиболее высоким аутоагрессивным потенциалом. Это, в свою очередь, указывает на то, что отсутствие явных проявлений НБ не гарантирует отсутствие высокого суицидального риска у потенциальных пациентов.

В 2012 году американские специалисты M. D. Anestis et al. [153] в своей работе изучили влияние аффективной лабильности черт на взаимосвязь между прошлым суицидальным поведением и будущим несуйцидальным самоповреждением лиц с НБ женского пола. Таким образом, с помощью экологической моментальной оценки (ЕМА) исследователи обнаружили двустороннее взаимодействие черт аффективной лабильности и прошлого суицидального поведения на последующие эпизоды несуйцидального аутоагрессивного поведения. Это, в свою очередь, доказывает, что аспект эмоциональной неустойчивости женщин предсказывает нарушение регуляции поведения в перспективе, а также, что имеющийся опыт суицидального поведения значимо увеличивает дальнейшие проявления суицидальных идеаций в будущем. В том же году С. М. Peterson и S. Fischer [152] изучили влияние (отсутствия) настойчивости, (отсутствия) преднамеренности, поиска ощущений и негативной срочности (склонности действовать опрометчиво при возникновении негативного аффекта) на проявления нервной булимии и несуйцидального членовредительства. Исследователи выдвинули гипотезу, что негативная срочность напрямую влияет на уязвимость к множеству моделей неадаптивного поведения, тем самым влияя на одновременное возникновение симптомов несуйцидального членовредительства и НБ. С помощью опросника импульсивного поведения UPPS-R было обнаружено, что единственным значимым симптомом для всех актов несуйцидального поведения и симптомов НБ является отрицательная срочность (тенденция

действовать опрострачиво при ощущении негативного аффекта). Также было выявлено, что отсутствие настойчивости в значительной степени способствовало усилению частоте переживания при последующем наблюдении с учетом исходных симптомов, а несуйцидальное членовредительство на исходном уровне было значимо связано с усилением симптомов очищения кишечника при последующем динамическом наблюдении. Индивидуальные различия в импульсивности, очевидно, влияют как на несуйцидальное поведение, так и на патологию пищевого поведения, поскольку согласно полученным результатам, все симптомы импульсивности возникая одновременно, включают одномоментную негативную срочность и последующую необдуманность в действиях для облегчения своего состояния. В следующем году в США А. R. Smith et al. [118] провели четыре поэтапных исследования для изучения связи между чрезмерными физическими упражнениями и суйцидальными наклонностями у лиц с НБ. Несмотря на объективную пользу физических нагрузок, многие люди с проявлениями РПП используют нагрузки в качестве компенсаторного поведения, а в случае с частыми и усердными физическими нагрузками нередки случаи травматизации и присоединения болевого синдрома. Так, при анализе было обнаружено, что чрезмерная физическая нагрузка способствует риску суйцидального поведения, предположительно, за счёт формирования повышенной толерантности к боли. Более того, исследование показало, у людей с РПП перспектива набрать вес вызывает больше беспокойства и страха, чем типичное, вызывающее страх, поведение, например, такое как прыжки с парашютом. Чуть позже в шведском исследовании с помощью проспективного исследования С. D. Runfola et al. [163] изучили связь между самооценкой (оцененной с помощью структурного анализа социального поведения) и попытками/завершениями самоубийства у женщин с РПП (нервной анорексией-ограничивающего типа (ANR), нервной анорексией-компульсивного/очищающего типа (ANBP), нервной булимией (BN), компульсивным переизжанием и расстройством пищевого поведения, не уточненным иначе (EDNOS));и оценили, добавляют ли эти переменные самооценки уникальную прогностическую ценность самоубийства при рассмотрении других исходных

предикторов. Всего было обследовано 2269 женщин, средний возраст составил 22,1 лет. Данные о возрасте, индексе массы тела, тяжести расстройства пищевого поведения (баллы по опроснику расстройств пищевого поведения), сопутствующей психиатрической патологии, общей оценке функционирования и самооценке были извлечены из Stepwise и включены в качестве исходных предикторов или ковариат. Информация о самоубийстве (предыдущая попытка и попытка/завершение после поэтапной регистрации) была получена из Национального реестра пациентов и Регистра причин смерти. Таким образом, отрицательные переменные самооценки были связаны с более поздними попытками/завершениями самоубийства у женщин с интересующей нас нервной булимией. Также было обнаружено, что у людей с РПП, которые пытались покончить жизнь самоубийством, определялись более низкие результаты по таким шкалам, как любовь к себе и способность отстаивать собственные границы, а также более высокие результаты в отношении ненависти и пренебрежении к себе, чем у пациентов с РПП без опыта самоубийства. Интересно, что в данном исследовании распространённость суицидальных попыток до обращения к специалисту была достоверно выше у женщин с НБ, чем у женщин с НА ($p = 0,013$) и другими РПП ($p = 0,002$). И напротив, распространённость суицидальных попыток после обращения была значительно выше у женщин с НА, чем у женщин с любым другим диагнозом РПП ($p < 0,018$). Данное исследование аналогичным образом подтверждает исследование коллег из Франции 2004 г. [150], что расстройства пищевого поведения, характеризующиеся перееданием и очищением по сравнению с ограничительными РПП, имели самую высокую распространённость предшествующих попыток самоубийства в анамнезе.

В 2015 году в Испании L. Claes et al. [188] исследовали связь между несуйцидальным самоповреждением и аспектами импульсивности с помощью шкалы импульсивного поведения UPPS-P у пациентов с расстройством пищевого поведения и здоровых людей из контрольной группы. Распространенность несуйцидального самоповреждения у пациентов с расстройством пищевого поведения колебалась от 17% у пациентов с рестриктивной нервной анорексией до 43% у пациентов с нервной булимией. В то время как у здоровых людей из

контрольной группы распространенность несуицидального членовредительства составила 19%. Кроме того, у пациентов с расстройством пищевого поведения типа компульсивного переедания/очищения наблюдалось значительно больше актов несуицидального поведения по сравнению с участниками с ограничительным типом РПП и группой контроля. Пациенты с РПП, имеющие модель переедания/очищения, также набрали значительно более высокие баллы по таким показателям, как негативная и положительная срочность (стремление действовать необдуманно под влиянием положительных и отрицательных эмоций), отсутствие преднамеренности (тенденция действовать, не думая о последствиях) и отсутствие настойчивости (неспособность сосредоточиться на задании, которое может казаться скучным или трудным) по сравнению с пациентами группы контроля и ограничительной РПП. Также, пациенты с РПП и из группы контроля с фактами несуицидального самоповреждения показали значительно более высокие баллы по четырем из пяти параметрам шкалы импульсивности UPPS-P по сравнению с участниками без несуицидального аутоагрессивного поведения. Американские исследователи С. М. Pearson et al. в 2016 году [149] изучили, как личностные особенности могут способствовать участию в рискованном поведении среди людей с НБ. Выборка респондентов состояла из 133 женщин с НБ, в течение 2-х недель респондентки заполняли самоотчеты о психопатологии личности на исходном уровне, а затем сообщали о проявлениях булимии и рискованном поведении с использованием экологической моментальной оценки (ЕМА). В контексте присутствия рискованных форм поведения имелись ввиду такие проявления как: (а) членовредительство (намеренные порезы, царапины, ожоги, удары себя или удары головой о твердые предметы); (б) злоупотребление психоактивными веществами, и (в) безрассудное поведение (участие в рискованном или незащищенном сексе, разрушение ценных личных вещей, опасное или не осторожное вождение автомобиля, воровство в магазине или растрата средств). Анализ данных исследования показал, что из 133 участников 60 (45,11%) вели себя безрассудно в течение двухнедельного протокола исследования, 55 (41,35%) злоупотребляли психоактивными веществами, 19 (14,29%) занимались членовредительством.

Сорок четыре участника (33,08%) участвовали только в одном типе рискованного поведения, 33 (24,8%) – в двух, а восемь (6,02%) – во всех трех типах рискованного поведения. Поведение, связанное со злоупотреблением психоактивными веществами, помимо любого другого рискованного поведения, было значительно связано с более высокими показателями диссоциального поведения ($p = 0,004$). Злоупотребление психоактивными веществами при НБ имеет уникальную связь с диссоциальным поведением, чертой личности, характеризующейся враждебностью, импульсивностью и чувством собственного достоинства. Важно отметить, что не было обнаружено каких-либо других значимых связей между психопатологией личности и каким-либо рискованным поведением.

Позднее, в 2017 году, американские специалисты К. Е. Smith et al. [116] предположили, что эмоциональная реактивность способствует как расстройствам пищевого поведения, так и несуйцидальному аутоагрессивному самоповреждению, то есть пациенты с РПП, имеющие в анамнезе акты несуйцидального поведения имеют более выраженную эмоциональную неустойчивость, нежели пациенты только с РПП. В исследовании эксперты на большой клинической выборке ($n=648$) рассмотрели следующие гипотезы: 1) пациенты с сочетанным РПП и несуйцидальным аутоагрессивным поведением будут сообщать о более высокой эмоциональной реактивности и более тяжелых клинических характеристиках в отношении имеющихся патологических проявлений; 2) среди пациентов с РПП пациенты с нервной булимией (НБ) с большей вероятностью сообщат об актах несуйцидального аутоагрессивного поведения, продемонстрируют самую высокую эмоциональную реактивность по сравнению с другими видами РПП; и 3) более высокая эмоциональная реактивность будет связана с худшим прогнозом и результатом лечения. Интересующие данные собирались при поступлении и выписке из программ стационарного лечения, частичной госпитализации и интенсивного амбулаторного лечения РПП или несуйцидального аутоагрессивного поведения. Таким образом, среди пациентов с РПП люди с НБ сообщали о более высокой эмоциональной реактивности и с большей частотой участвовали в актах несуйцидального поведения по сравнению с людьми с другими видами РПП. Также

анализ показал, что у пациентов с НБ несуйцидальное аутоагрессивное поведение статистически значимо проявляется у пациентов с эпизодами переедания / очищения (в 26% случаев), что подтверждается рядом исследований, приведенных выше. Аналогично прошлому, положение о суйцидогенности РПП с эпизодами переедания/очищения подтверждает и исследование американских специалистов в 2019 году L. Novrud et al. [144], где, кроме того, авторы изучили связь таких факторов риска, как негативный аффект, неудовлетворенность своим телом, толерантность к стрессу и негативную срочность с симптомами булимии и несуйцидальным членовредительством. Эксперты установили прямую связь между неудовлетворенностью телом, негативной срочностью и терпимостью к дистрессам у пациентов с симптомами булимии. Негативные императивные позывы, толерантность к дистрессам и симптомы булимии были напрямую связаны с актами несуйцидального поведения. Также, в соответствии с гипотезами, толерантность к стрессу и негативная срочность действовали как факторы уязвимости, увеличивая силу связи между симптомами булимии и несуйцидального аутоагрессивного поведения. Помимо прямого эффекта негативная срочность была косвенно связана с несуйцидальным аутоагрессивным поведением через булимию и неудовлетворенностью своим телом. Интересно, что в данном исследовании впервые приняли участие пациенты мужского пола. Вследствие чего анализ данных показал, что негативные аффективные переживания и женский пол напрямую коррелируют с неудовлетворённостью своим телом, а выраженность (тяжесть) симптомов НБ положительно связана с НСАП. Независимо от пола, выраженный недостаток контроля регуляции эмоций влиял на риск развития нерегулируемого поведения (в том числе, сопряжённого с самоповреждением). Как и ожидалось, более низкая толерантность к стрессу и большая импульсивность в условиях негативного эмоционального переживания были связаны с большей вероятностью членовредительства. В 2023 году было проведено исследование A. Lieberman et al. [162] на предмет изучения потенциального влияния ненависти к себе и диссоциации на суйцидальное поведение пациентов с НБ. Эксперты предположили, что суйцидальное поведение в равной степени, а возможно и в большей степени,

связано с ненавистью к себе, чем с диссоциацией. В исследовании приняли участие женщины с НБ ($n = 204$), которые обратились за неотложной помощью, а также 31,9% пациентов соответствовали критериям подпороговой НБ (частота переживания и компенсаторное поведение не соответствовали полным критериям для клинического диагноза). Регрессионный анализ показал значительную взаимосвязь между ненавистью к себе и суицидальным поведением ($p < 0,001$), но не между диссоциацией и суицидальным поведением ($p = 0,165$). Кроме того, при контроле как ненависть к себе ($p < 0,001$), так и способность к самоубийству ($p = 0,004$) были значимо и независимо связаны с суицидальным поведением. Таким образом несмотря на то, что диссоциацию часто воспринимают фактором, способствующим усилению суицидального поведения, анализ не выявил прямой связи с аутоагрессивным поведением у лиц с НБ. Можно предположить, что диссоциация играет роль своеобразной защиты для людей, которые чувствуют себя «не в своем теле», таким образом облегчая хроническое неприятие своего образа.

Следующим этапом был анализ влияния коморбидных состояний на суицидальную активность лиц с НБ. Научные труды, касающиеся суицидальных рисков, идеаций, поведения пациентов с НБ, нередко затрагивают вопросы коморбизма булимией с другими психическими расстройствами, способными оказать значимое влияние на соответствующие риски. Рассмотрим данный вопрос более подробно.

Ещё в 2002 году во Франции M. Corcos et al. [177] оценили частоту попыток самоубийства в течение жизни в большой выборке женщин с нервной булимией (НБ) согласно DSM-IV, а также сравнили демографические и клинические характеристики тех, кто пытался совершить самоубийство, и тех, у кого не было опыта попыток суицида в анамнезе. В исследовании приняли участие 295 женщин (202 с типом очищения НБ, 68 с типом НБ без очищения и 25 с типом переживания при нервной анорексии), респондентки были обследованы с использованием полуструктурированного интервью и анкет с самооценкой. Прежде всего отметим, что распространённость суицидальных попыток в изучаемой группе женщин с НБ была довольно высокой (27,8%), также суицидальные попытки отличались своей

множественностью и серьёзностью. Согласно проведенному анализу, женщины, совершившие попытку самоубийства (25%), значительно отличались от тех, кто этого не делал, по более раннему началу психопатологии (первая суицидальная попытка отмечалась в подростковом возрасте до развития НБ), более высокой выраженности депрессивных симптомов и более импульсивному расстройству поведения, о чём свидетельствуют более высокие баллы по шкалам BDI и SCL-90R, но не по основным симптомам или тяжести НБ. Кроме того, связь между депрессией и попыткой самоубийства у пациенток с булимией подтверждалась временной связью между ними: 74% пациенток с попыткой суицида в анамнезе имели депрессивный эпизод до формирования НБ, однако, и женщины, у которых попытка самоубийства была более поздней, имели также высокие значения шкал депрессии при текущем обследовании. Также было обнаружено, что применение диуретиков или слабительных препаратов чаще наблюдалось у пациенток, предпринявших попытки самоубийства, как и потребление психоактивных веществ вкупе с проявлениями антисоциального поведения.

Спустя 6 лет в Италии А. Favaro et al. [164] изучили коморбидность осей I и II у пациентов с нервной булимией, которые сообщили о самоповреждающем поведении и/или попытках самоубийства. Объектами исследования были 95 пациентов с нервной булимией очистительного типа, которые прошли клиническое обследование с оценкой наличия самоповреждающего поведения и попыток суицида, коморбидности психических расстройств по осям I и II и темпераменту. Согласно результатам исследования, значимыми независимыми предикторами импульсивного самоповреждающего поведения оказались наличие сексуального насилия в детстве, высокие показатели избегания вреда, тогда как непосредственно сексуальное насилие в детстве, наличие расстройства личности группы В и низкий уровень самонаправленности были предикторами попыток самоубийства. Компulsive самоповреждающее поведение было в значительной степени связано с избеганием вреда и расстройствами личности группы С. Таким образом было обнаружено, что импульсивные акты самоповреждения статистически значимо связаны с диагнозом расстройства личности кластера В (65% против 33%;

$p=0,003$), наиболее значимо с пограничным расстройством личности (65% против 30%; $p=0,001$). Анализ шкалы «попытка самоубийства в анамнезе» аналогичным образом продемонстрировал значимую положительную связь с расстройствами личности кластера В (75% против 35%; $p=0,001$), в том числе, с пограничным расстройством личности (75% против 32%; $p=0,001$). Также выявлена связь присутствия суицидальных попыток с социофобией (20% против 1%; $p=0,003$) и с БАР (20% против 4%; $p=0,029$). Попытки самоубийства при НБ напрямую связаны с импульсивными актами самоповреждения ($p=0,004$), выдергиванием волос / кусанием ногтей ($p=0,012$), но не было обнаружено статистически значимой связи с эксфолиациями. Злоупотребление психоактивными веществами / алкоголем продемонстрировало значимую связь, как с попытками самоубийства ($p=0,003$), так и с импульсивным самоповреждением ($p=0,001$).

В 2015 году в США Е. М. Pisetsky et. al. [107] постарались выявить личностные качества и сопутствующие психиатрические заболевания, которые связаны с попытками самоубийства в течение жизни у женщин с нервной булимией. Были исследованы данные двух выборок женщин с НБ ($n = 204$ и $n = 133$). Участники обеих выборок заполнили базовый опросник размерной оценки патологии личности (DAPP-BQ) и сообщили, были ли у них когда-либо в жизни попытки самоубийства. Коморбидная психопатология была основана на анкетных опросах и данных интервью. Анализ данных показал, что имеющийся высокий суицидальный риск обоснован присутствием депрессивной и тревожной симптоматики (без указания её первичного или вторичного происхождения). Результат многомерного анализа показал сильную корреляцию суицидальности с депрессией в обеих выборках. Примечательно, что в данном исследовании в первую группу входили и девушки, имеющие клинически подпороговую булимию, которые имели более высокий уровень суицидальных попыток в течение жизни (27,5%), чем девушки в группе с установленным диагнозом НБ (20,3%). Данная находка подтверждает вышеизложенные результаты исследования L. Forcano et al. [175] о наличии высокого суицидального риска подпороговой НБ, и, аналогичным образом, свидетельствует, что и менее тяжёлая форма проявлений заболевания

имеет крайне высокий риск аутоагрессии. В 2017 году было осуществлено исследование, направленное на изучение распространенности зарегистрированных попыток самоубийства среди членов семей первой и второй степени родства людей с расстройством пищевого поведения [82]. Парные сравнения показали, что распространённость семейных попыток самоубийства была выше у пациентов с НБ, чем при других видах РПП. Эти оценки сопоставимы с аналогичными значениями у лиц с большим депрессивным расстройством, которые умерли в результате самоубийства (10,8%), и у лиц с большим депрессивным расстройством, не склонных к суициду (6,5%). Самая высокая распространённость попыток самоубийства наблюдалась среди родственников женского пола, что говорит в пользу влияния возможной присутствующей психопатологии, аналогичной таковой при НБ (например, расстройств настроения, пограничного расстройства личности).

Н. Himmerich et al. в 2019 году [157] исследовали влияние расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, аффективных расстройств и расстройств личности на смертность от всех причин у людей с НБ с демографическими и социально-экономическими факторами, которые считались искажающими, в течение периода наблюдения с января 2007 года по март 2016 года для 1501 человека с БН, используя анонимные данные медицинских записей из Южного Лондона и Модсли NHS Foundation Trust (SLaM), полученные через его ресурс данных интерактивного поиска клинических записей (CRIS). В ретроспективное когортное исследование были включены люди с диагнозом НБ, имеющие один из дополнительных, подтверждённых диагнозов: употребление психоактивных веществ (F10–F19), аффективные расстройства (F31–33) или расстройства личности (F60). Смертность устанавливалась посредством ежемесячных подключений к общенациональной системе отслеживания, администрируемой Управлением национальной статистики (ONS), связанной с базой данных SLaM (с 1 января 2007 г. по 31 марта 2016 г.). Всего в системе CRIS был выявлен 1501 человек с диагнозом НБ, из них 1431 (94,4%) были женщинами; средний возраст составил 28,5 лет (стандартное отклонение 9,5 лет). За период наблюдения умерли 18 из 1501 пациента, средний возраст умерших в окне

наблюдения составил 34,9 года (из них лишь трое в результате суицида). Четверо погибших умерли в результате летальной интоксикация наркотиками или алкоголем. В рамках одномерного анализа исследуемой когорты обнаружено, что возраст и мужской пол статистически значимо были связаны с повышенной смертностью при НБ. Анализ сопутствующих психиатрических расстройств, кроме патологии личности, не обнаружил их связи с преждевременной (в том числе, суицидальной) смертностью лиц с НБ.

T. Udo et al. в 2019 году [193] изучили распространенность и корреляты попыток самоубийства у пациентов с РПП согласно критериям DSM-5 – нервной анорексии (НА), нервной булимии (НБ) и компульсивным перееданием (КП) – в национальной репрезентативной выборке взрослых в США. В исследовании участвовало 36171 граждан США с 18 лет и старше с различными проявлениями РПП (все респонденты прошли личные интервью в период с апреля 2012 года по июнь 2013 года). AUDADIS-5 позволил диагностировать расстройства настроения (большие депрессивные эпизоды и биполярное расстройство I типа), тревожные расстройства (специфическая фобия, социальная фобия, панические расстройства, агорафобия и генерализованное тревожное расстройство), посттравматическое стрессовое расстройства, расстройства, связанные с употреблением ПАВ, а также расстройства личности (антисоциальные, пограничные и шизотипические). При обработке результатов исследования было выявлено, что распространённость попыток самоубийства при наличии дополнительного диагноза заметно выше, чем у пациентов только с РПП: среди лиц как с НА (24,9% против 5,0%), так и с НБ (31,4% против 5,1%) и компульсивным перееданием (22,9% против 5,0%). Примечательно, что при НБ респонденты с попыткой самоубийства в анамнезе сообщали о более раннем возрасте начала РПП, кроме того, они же отличались заметно более отклоняющимся значением индекса массы тела. Анамнез суицидальных попыток был значимо связан с присутствием любого расстройства настроения, тревожного и панического расстройств, посттравматическим стрессовым расстройством, антисоциальным и пограничным расстройством личности. Почти половина пациентов с НБ (47,6%) сообщили, что началу НБ

предшествовала первая суицидальная попытка, и около трети пациентов с НБ (34,9%) отмечали, что начало НБ и первая попытка суицида произошли у них в одном и том же году.

В 2020 году в Англии С. Cliffe et al. [178] изучили, как конкретный диагноз РПП, так и влияние сопутствующей психиатрической патологии на попытки самоубийства, требующие госпитализации с учетом демографических и социально-экономических переменных в течение 10-летнего периода наблюдения с января 2007 года по март 2017 года (использованы данные Южного Лондона, полученные из Фонда национальной службы здравоохранения Модсли, SLaM). В проведенном ретроспективном когортном исследовании приняли участие в общей сумме 4895 пациентов с РПП. Из них 331 (6,7%) совершили попытку суицида, потребовавшую госпитализации, а 21 (0,04%) завершили самоубийство. Было обнаружено влияние коморбидных психиатрических расстройств на факт присутствия суицидальных попыток у лиц с РПП (НА, НБ и компульсивное переедание), госпитализированных вследствие самоповреждения. В данное исследование были включены исключительно лица, госпитализированные в стационар вследствие акта самоповреждения (n=1420, из них с НБ – 29,0%). Частыми (без конкретных указаний по нозологическим составляющим) сопутствующими диагнозами оказывались расстройства личности и БАР.

В более свежем исследовании 2022 года во Франции А. Lengvenyte et al. [85] определили связь между злоупотреблением слабительными, попыткой самоубийства и суицидальными мыслями у пациентов с НА и НБ, а также – каков объём присутствия сопутствующих психиатрических заболеваний и других очищающих действий. Среди 277 пациентов с РПП 62 (22,88%) сообщили о злоупотреблении слабительными в течение всей жизни (процент пациентов, злоупотреблявших слабительными достоверно, не различался между пациентами с НА (20%) и НБ (28%)). История суицидальных попыток в анамнезе была статистически значимо связана с злоупотреблением слабительными у всех пациентов ($p < 0,001$), как у пациентов с НА ($p = 0,021$), так и у пациентов с НБ ($p < 0,001$) (только у пациентов с НБ выявленная связь оставалась значимой после

коррекции Бонферрони). Злоупотребление слабительными показало значимую связь с суицидальными попытками независимо от сопутствующих психических заболеваний (БАР, тревожное расстройство, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ). Данная особенность, вероятно, связана с тем, что пациенты с более тяжелой формой РПП склонны к использованию слабительных средств для контроля веса. Кроме того, имеются указания о связи между злоупотреблением слабительными и пограничным расстройством личности [133].

Несмотря на весомое количество научных трудов, связывающих суицидальный риск пациентов с НБ с влиянием сопутствующей психической коморбидности и личностной специфики, существуют исследования, подтверждающие прямое влияние нервной булимии на высокую суицидальную активность пациентов посредством тяжести имеющихся симптомов, длительности заболевания и специфики компенсаторного поведения. Приступим к их детальному рассмотрению.

В работе 2009 года американскими экспертами S. J. Crow et al. [133] была изучена связь нервной анорексии, нервной булимии и расстройства пищевого поведения, не уточненного иным образом, с повышенной смертностью, в том числе суицидальной. Используя компьютеризированные записи с Национальным индексом смертности, авторы провели продольную оценку смертности в течение 8–25 лет у 1885 человек с нервной анорексией ($n=177$), нервной булимией ($n=906$) или расстройством пищевого поведения, не указанным иным образом ($n=802$), которые обратились за лечением в специализированную клинику по расстройствам пищевого поведения в академическом медицинском центре. Исследователи предположили, что уровень смертности при НА будет стабильно высоким, в то время как при НБ обнаружится лишь повышенный риск смертности. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, поступили на обследование в амбулаторную клинику расстройств пищевого поведения Университета Миннесоты в период с 1979 по 1997 год. Большую часть (95,1%) выборки составляли женщины. Наиболее часто среди РПП встречалась НБ (48,1%), за ней следовали расстройства пищевого

поведения не уточненные (42,5%) и НА (9,4%). Анализ обнаружил, что уровень смертности от НБ (3,9%) был неожиданно высоким, в то время как уровень смертности (4,0%) и стандартизированный коэффициент смертности (1,70) при НА оказались ниже предполагаемого. Примечательно, что в целом диагнозы «расстройство пищевого поведения», «нервная анорексия» или «нервная булимия» были указаны в качестве причин смерти лишь у 6% умерших.

Позже в США L. P. Bodell et al. [94] попытались определить уникальные связи между РПП и суицидальными наклонностями в зависимости от конкретного вида РПП среди женщин. В общей сложности 220 женщин соответствовали критериям DSM IV для РПП, в том числе 30 женщин – диагнозу НА, 50 – диагнозу НБ и 148 с прижизненным диагнозом РПП не уточнённого. Средний возраст в выборке составлял 35 ± 9 лет. Структурированное клиническое интервью для диагнозов оси I (SCID-I) использовалось для определения прижизненных психиатрических диагнозов и суицидального поведения в течение жизни. Таким образом, присутствие мыслей о собственной смерти, суицидальных мыслей / планов подтверждено у 42,6% респондентов с любым расстройством пищевого поведения, среди которых 61,9% относились к НБ. Суицидальные планы, завершившиеся попыткой самоубийства – у 27,9% пациенток с любым РПП, в том числе у 45,2% с НБ. Что касается вопроса коморбидности, более двух третей участников исследования соответствовали диагностическим критериям как минимум одного дополнительного расстройства (таких как: расстройства настроения, тревожное расстройство, употреблением ПАВ). Однако значение имело лишь обнаружение расстройств настроения, так как анализ продемонстрировал, что данная патология изолированно являлась предиктором суицидальной активности в течение жизни. Модель множественной регрессии, включающая расстройства пищевого поведения и коморбидные расстройства, показала, что нервная булимия в значительной степени связана с суицидальными наклонностями, превышающими риск, прогнозируемый коморбидными расстройствами. Таким образом, среди всех РПП только пациенты с НБ имели статистически значимую ассоциацию с повышенным

суицидальным риском даже после контроля (коррекции) других сопутствующих заболеваний.

В том же году в США A. R. Smith et al., как уже было упомянуто ранее, [118] обнаружили существенную связь между чрезмерными физическими нагрузками при НБ и повышенным суицидальным риском. Исследование проводилось в четыре этапа с участием лиц женского пола. В первом было выяснено, что чрезмерные физические нагрузки значимо связаны с суицидальным поведением, включая суицидальные устремления и попытки самоубийства. Хотя физические упражнения могут оказывать благотворное воздействие на здоровье, упражнения, используемые некоторыми пациентами с симптомами НБ, могут быть запредельной тяжести, сопряженной с переживанием серьёзных болевых ощущений и травматизаций. На втором этапе исследования обнаружено, что чрезмерные физические нагрузки формируют облегченные суицидальные треки за счёт приобретаемой способности терпеть боль и отсутствия страха (бесстрашием). Следующий этап исследования продемонстрировал, что чрезмерные физические нагрузки действительно были связаны с развитием нечувствительности к боли. Целью последнего этапа являлась проверка модели, предполагающей, что приобретённые таким образом способности, объясняют взаимосвязь между чрезмерными физическими упражнениями и попытками самоубийства, обнаруженными на первом этапе исследования, что подтвердилось проведенным исследованием.

Также, E. M. Pisetsky et al. [107] при изучении женщин с изолированной НБ обнаружили, что около 20,3% сообщали хотя бы об одной суицидальной попытке в течение жизни. В 2015 году S. Zerwas et al. [184] охарактеризовали уровень заболеваемости и совокупную заболеваемость нервной анорексией, нервной булимией и расстройством пищевого поведения, не указанным иным образом, а также изучили связь между диагнозами расстройств пищевого поведения, попытками самоубийства и смертностью при амбулаторном и стационарном лечении у лиц, родившихся в Дании в период с 1989 по 2006 год (~ 1 миллион человек). Диагнозы расстройств пищевого поведения (НА, НБ, другие РПП) были взяты из Датского центрального психиатрического исследовательского регистра

(PCRR) и Датского национального реестра пациентов (NPR). Попытки самоубийства и случаи смерти фиксировались в NPR, PCRR и Датской системе регистрации актов гражданского состояния (CRS). Анализ данных показал, что у женщин НА имела пик риска примерно в возрасте 15 лет, НБ - в 22 года, а другие РПП имели расширенный пик, охватывающий период от 18 до 22 лет. Диагнозы расстройства пищевого поведения предсказывали значительно более высокий риск смерти и попытки самоубийства по сравнению с референтными лицами без расстройств пищевого поведения. У мужчин пик риска для диагностики наступал раньше, чем у женщин. Также было обнаружено, что заболеваемость расстройствами пищевого поведения у женщин была значительно выше, чем у мужчин в каждом возрастном периоде. У женщин любое РПП предсказывало значительно более высокий риск смерти (в том числе, от самоубийств). Риск попытки суицида был особенно высок у женщин с НБ (в 13,9 раза) по сравнению с референтными женщинами без РПП. У мужчин же именно НБ и РПП неуточненное ассоциировались с более высоким риском попыток самоубийства.

Наконец, в 2020 году исследователи L. Abdi et al. [155] изучили распространенность нервной анорексии и нервной булимии среди женщин, которые недавно пытались совершить самоубийство, по сравнению с женщинами без опыта суицида в анамнезе. Данные были собраны с использованием опросника EAT-26 и клинического интервью на основе SCID-V на выборках из 30 женщин, госпитализированных в различные отделения больницы Рази. Согласно полученным данным, средний возраст обеих групп составил $26,96 \pm 6,3$ и $27,2 \pm 7,16$ года соответственно. Между двумя группами не было значительной разницы по возрасту, статусу занятости, семейному положению и уровню образования ($p > 0,05$). Распространённость НА и НБ у женщин, предпринявших попытки самоубийства, в три и два раза соответственно превышала таковые показатели по сравнению с значениями контрольной группы, что позволило высказать предположение о присутствии безусловной связи между сопоставляемыми феноменами.

Хотя большинство исследований так или иначе подтверждают связь между суицидальным поведением и расстройствами пищевого поведения (особенно нервной булимией), встречаются отдельные работы, которые в определённой степени эту связь ставят под сомнение. Во Франции в 2011 году S. Guillaume et al. [97] провели исследование, направленное на изучение связи между суицидальными действиями и диагностированными НА или НБ (сравнение с лицами, предпринявшими попытки самоубийства без РПП). Исследование базировалось на следующих предположениях: 1) тяжесть суицидальных попыток у больных нервной анорексией превысит таковую у пациентов с нервной булимией и лиц без расстройств пищевого поведения; 2) характеристики суицидального поведения при нервной булимии будут схожи с общепопуляционными показателями. В рамках работы из 1563 человек, госпитализированных после попыток суицида в специализированные отделения университетской клиники Монпелье, было идентифицировано 139 пациентов (11,2%) с диагностированными по DSM-IV расстройствами пищевого поведения. Из них нервная анорексия была диагностирована у 44 человек (у 27, или 63,6%, расстройство было актуальным на момент попытки), нервная булимия – у 64 (у 52, или 73,2%, – актуальное расстройство), сочетание обоих диагнозов – у 7, неуточненное РПП – у 24 пациентов. Группу сравнения составили 235 суицидентов без РПП, подобранных по возрасту, полу и образовательному уровню. Анализ суицидального поведения выявил, что пациенты с нервной анорексией достоверно чаще совершали серьезные (зачастую множественные) суицидальные попытки и демонстрировали более высокие показатели риска фатального исхода по шкале RRRS в сравнении с контролем. В то же время группа с нервной булимией не имела статистически значимых отличий от контрольной группы ни по одному из исследуемых параметров. Полученные данные свидетельствуют о том, что нервная булимия не во всех случаях является фактором повышенного суицидального риска, что обосновывает необходимость более углубленного изучения взаимосвязи этих явлений.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что проблематика смертности пациентов с нервной булимией, включая случаи суицидального характера, активно обсуждается в мировом научном сообществе. Однако несмотря на огромный объем собранных эмпирических данных, на сегодняшний день затрагиваемый вопрос далек от своего окончательного решения. В имеющихся публикациях представлены ряд противоречивых сведений, касающихся аутоагрессивного поведения при НБ, в частности, касающихся гендерной специфики, частоты трансформации суицидальных идеаций в завершенное суицидальное действие. Однако главным интересующим нас нюансом, создающим существенный пробел в имеющихся знаниях, служит практическое отсутствие соответствующих исследований на базе российской популяции, формирующий слепые пятна, как, прежде всего, в отношении распространенности самой НБ, так и суицидологической характеристики лиц, таковую имеющих, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения имеющейся проблемы.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования

На подготовительном этапе исследования с участниками проводился онлайн-скрининг, направленный на диагностику РПП по типу нервной булимии с использованием краткого нейropsychиатрического опросника M.I.N.I. (раздел нервной булимии) [Приложение Е] [186] и исключения иных психопатологических сопутствующих состояний с помощью симптоматического опросника SLR-90 (Symptom Check List-90-Revised) [Приложение Ж] [74].

После предварительного набора исследуемой группы, женщины и мужчины с НБ приглашались на очное интервью с врачом-исследователем, где посредством критериев МКБ-10 была проведена клиническая верификация обнаруженной НБ, в ходе исследования под руководством врача-исследователя испытуемые отвечали на вопросы адаптированного варианта «Опросника, направленного на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем» [81], а также проходили дополнительное психологическое тестирование, описание которого приводится ниже.

С учетом выявленных особенностей аутоагрессивного профиля и психологических характеристик молодых людей с нервной булимией были сформированы группы повышенного суицидального риска, что создает предпосылки для создания адресных профилактических мероприятий, направленных на минимизацию данного риска.

2.2. Методология и методы исследования

Методология данного исследования включала клинико-анамнестический анализ, психометрическую оценку, математико-статистическую обработку данных и проведение клинического интервью.

Всем участникам, подписавшим информированное добровольное согласие в онлайн-режиме, предлагалось пройти психодиагностическое обследование с применением краткого нейropsychиатрического опросника M.I.N.I. для верификации диагноза нервной булимии в исследуемой группе и исключения расстройств пищевого поведения в группе контроля [186]. Для выявления иных психических расстройств среди респондентов использовался симптоматический опросник SLR-90 (Simptom Check List-90-Revised) [74]. Международный нейropsychиатрический мини-опросник (Mini International Neuropsychiatric Interview – M.I.N.I.) позволяет осуществить быструю оценку 17 распространенных диагнозов по DSM, с помощью отобранных вопросов для дополнительных диагнозов и с более подробными модулями для конкретных расстройств. В нашем случае данный опросник был использован с целью скринингового обнаружения потенциальных респондентов в группу исследования с проявлениями нервной булимии. Также с целью скринингового исключения сопутствующих психопатологических состояний был использован симптоматический опросник SLR-90-R (Simptom Check List-90-Revised). Представленный опросник представляет собой диагностический инструмент, используемый для выявления выраженности психопатологической симптоматики. Методика состоит из 90 утверждений, с помощью которых получают как общий индекс психопатологии, так и детализированные показатели по отдельным симптомокомплексам. Симптомы объединены в следующие шкалы: соматизация – отражает выраженность соматических жалоб и физического дискомфорта; obsессивно-компульсивная симптоматика – отражает наличие навязчивых мыслей и повторяющихся действий; межличностная сензитивность – отражает субъективные ощущения дискомфорта и неполноценности в межличностных отношениях; депрессивные проявления – включает суицидальные мысли и намерения; тревожность – охватывает спектр состояний от внутреннего напряжения и беспокойства до панических атак; враждебность – отражает уровень агрессивности, раздражительности и склонности к гневу; фобическая тревожность – связана со страхами, адресованными конкретным объектам или ситуациям; паранойальность – включает

подозрительность, склонность к бредовым идеям и искажениям мышления; психотизм — охватывает проявления от шизоидных личностных черт до клинических признаков психотического уровня.

В рамках проведенного исследования после первоначального формирования исследуемой и контрольной групп осуществлялся этап очного клинического интервьюирования. Данная процедура была нацелена на валидацию диагноза нервной булимии в соответствии с критериями МКБ-10, а также на выявление и исключение коморбидных психических и наркологических расстройств. Параллельно проводился сбор анамнестических данных, касающихся предшествующих обращений за специализированной психиатрической и/или наркологической помощью, а также фактов пребывания на диспансерном учете у соответствующих специалистов.

Для оценки уровня аутоагрессивных тенденций применялся «Модифицированный опросника, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем» [81]. Инструмент, одобренный секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 г., был предложен для заполнения респондентам в присутствии клинического интервьюера. Опросник предусматривает ретроспективную оценку наличия и отсутствия заявленных аутоагрессивных проявлений по двум временным шкалам: за последние два года и за весь предшествующий период.

С помощью указанного опросника в рамках клинической беседы осуществлялось углубленная диагностика аутоагрессивного компонента, имеющегося у испытуемых. Одновременно проводилась фиксация анамнестических данных о прошлых обращениях к профильным специалистам (психиатр, психотерапевт, нарколог, психолог) и оценка готовности к использованию профессиональной помощи в настоящем.

Опросник включает в себя нескольких блоков [81]:

- традиционная форма аутоагрессии, которая подразумевает мысли о самоубийстве с попытками его совершения;

- намеренная несуицидальная аутоагрессия (действия, направленные на причинение вреда своему телу с отсутствием желания умереть – самопорезы, «селфхарм»);

- поведение, связанное с высоким риском для здоровья (экстремальные виды спорта, хобби, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, наличие систематических несчастных случаев в анамнезе, частые переломы и травмы в анамнезе);

- проявление аутоагрессивного поведения в социальной среде (нарушение правопорядка, агрессия по отношению к окружающим, а также поведение, провоцирующее насилие в адрес самого себя);

- соматические проявления аутоагрессии, которое выражается через хронические заболевания с частыми физическими повреждениями (ожоги, обморожения, к соматическим проявлениям аутоагрессии можно отнести наличие у пациента хронических заболеваний, частых физических травмирований, а также значительное число случаев обострений хронических заболеваний и проведенных операций;

- факторами, предсказывающими склонность к аутоагрессии, являются: депрессивные состояния, наличие случаев суицида в семье, ощущение безысходности и одиночества, потеря жизненных ориентиров, а также стойкое чувство стыда.

Для более точного описания характера суицидальных тенденций у участников обеих групп был дополнительно применен экспресс-опросник суицидального риска (ОСР), адаптированный Т.М. Разуваевой [65]. Этот инструмент, состоящий из 29 утверждений, предполагает оценку по 9 отдельным диагностическим шкалам: демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектива, антисуицидальный фактор, а также расчёта суммарного интегрального показателя.

Для диагностики расстройств, ассоциированных с употреблением алкоголя, применялось русскоязычная версия теста (Alcohol Use Disorders Identification Test –

AUDIT) [Приложение И], полная версия RUS-AUDIT [28]. Процедура заполнения опросника осуществлялась под наблюдением врача-исследователя. Для обеспечения стандартизации ответов участникам предоставлялись наглядные материалы, отображающие информацию о стандартных порциях алкогольных напитков и методику пересчета объема употребленного алкоголя в условной единице измерения. Представленный метод разработан как универсальный скрининговый инструмент, предназначенный для идентификации опасных и вредных паттернов употребления алкоголя, а также для обнаружения индикаторов, предположительно свидетельствующих о развитии алкогольной зависимости. Указанный инструмент в настоящее время активно используется для первичного скрининга в системе первичного звена на международном уровне [110]. RUS-AUDIT в полном объеме состоит из 10 вопросов, разделенным по трём доменам для анализа потребления алкогольных напитков за последние 12 месяцев. Первые три пункта опросника позволяют выявить частоту и объем потребления спиртного на текущий момент. Вопросы 4–6 затрагивают возможное наличие зависимости от алкоголя. Последние четыре вопроса (7-10) фиксируют спектр неблагоприятных последствий вредного (пагубного) употребления алкоголя. Каждый ответ оценивается в диапазоне от 0 до 4 баллов, далее вычисляется общая сумма баллов.

По итогу суммы баллов респондента можно отнести к одной из групп риска, связанной с употреблением алкоголя, вкупе с определением объема оказания последующей медицинской помощи на данном этапе. В отличие от оригинальной англоязычной версии, в российской адаптации введены отдельные пороговые значения для мужчин и женщин. Диагностические категории употребления алкоголя мужчин: низкий уровень риска (0-8 баллов), опасное употребление алкоголя (9-13 баллов), пагубное употребление алкоголя (14-16 баллов), возможный риск наличия алкогольной зависимости (более 17 баллов). Для женщин: низкий риск (0-4 балла), опасное употребление алкоголя (5-9 баллов), пагубное употребление алкоголя (10 баллов), возможный риск наличия алкогольной зависимости (более 11 баллов) [28].

Для оценки психологических и личностных особенностей использовались следующие методики:

Диагностика генетически обусловленных черт темперамента и социально заданных черт характера проводилась посредством диагностического инструмента TCI-125 (The temperament and character inventory) [29]. Теоретическая часть методики базируется на общей биосоциальной концепции личности, разработанный группой американских ученых под руководством Клонинджера (С. Robert Cloninger). Теория общей биосоциальной модели личности формировалась в русле комплексного изучения, с одной стороны, врождённых, биологически детерминированных, а с другой – социально обусловленных личностных черт. Основанием для построения модели послужил синтез данных, полученных в ходе лонгитюдных близнецовых и семейных исследований. Дополнительно учитывались результаты, накопленные нейрофармакологией и нейрофизиологией при изучении процессов научения у животных и людей. Особое значение придавалось также психометрическому анализу близнецовых пар. В первоначальной теоретической модели предполагалось существование трёх базовых биологических факторов в структуре личности, каждый из которых рассматривался как генетически независимый от других. Впоследствии эти факторы получили следующие наименования: поиск новизны, избегание вреда и зависимость от вознаграждения. Степень их выраженности оценивалась с помощью опросника TRQ-100. Позже модель была расширена до семи факторов (Cloninger C. R. et al., 1991) [102] за счёт включения дополнительных шкал: настойчивости, самонаправленности, сотрудничества и самотрансцендентности. При этом настойчивость также рассматривалась как генетически обусловленная характеристика, тогда как три последних фактора были описаны на основе данных о социальном и когнитивном развитии личности, а их психологическое содержание опиралось на идеи гуманистической и трансперсональной психологии. По замыслу создателей, эта семифакторная модель должна превзойти предыдущие теории личности, поскольку она комплексно учитывает как наследственные, так и средовые факторы. Важно, что модель была расширена до семи шкал не только для

описания особенностей личности, но и для решения ключевой клинической задачи – дифференциальной диагностики личностных расстройств. Первые три биологических фактора в целом позволяют разграничивать типы личностных расстройств, однако их недостаточно для чёткого отличия пациентов с личностной патологией или выраженной социальной дезадаптацией от тех, кто в настоящий момент достаточно благополучно функционирует в обществе, но при этом обладает выраженными акцентуациями характера [101]. Кроме того, трёхфакторная модель не охватывала шизотипические варианты личности. В связи с этим биосоциальная теория Клонинджера рассматривает личностные особенности в двух основных плоскостях.

Первые четыре шкалы опросника предполагают врожденные особенности темперамента – поиск новизны, избегание вреда, зависимость от вознаграждения, настойчивость. По мнению авторов теории, все четыре темпераментных параметра не только имеют генетическую природу, но и являются гомогенно независимыми друг от друга. Иными словами, своеобразие каждого из четырёх факторов темперамента генетически детерминировано и не зависит от трёх остальных. Генетическую и нейроанатомическую основу, лежащую в основе изменений этих факторов, Клониджер (по специальности генетик) выявил, изучая сначала на животных, а затем и на людях их реакцию на изменения внешней среды. Он пришёл к выводу, что функциональное взаимодействие данных факторов формирует различные поведенческие паттерны в ответ на внешние воздействия. Применительно к человеку сочетания высоких и низких значений по четырём шкалам соотносятся с описаниями личностных расстройств, тогда как средние показатели характерны для структурных особенностей темперамента психически здоровых людей. Такой подход предполагает, что базовая генетическая основа личностных черт при нормальной адаптации и при болезненной декомпенсации является единой.

Вторым направлением изучения личностных особенностей является анализ социально обусловленных черт характера по трем направлениям – самонаправленность, сотрудничество, трансцендентность. Согласно позиции

авторов, все семь личностных измерений постоянно присутствуют у каждого человека и, взаимодействуя в ходе его развития, формируют уникальный индивидуальный паттерн личности. В опроснике предлагается 125 утверждений, которые подразумевают ответ в форме «верно» или «не верно».

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [36], психометрический инструмент, разработанный в 1983 году британскими исследователями Э. С. Зигмондом и Р. П. Снейтом. HADS используется для диагностики и скрининга тревоги и депрессии у пациентов стационаров, а также в амбулаторной и внебольничной практике для выявления и оценки выраженности симптомов тревоги и депрессии. Изначально шкалу придумали для использования в больницах (госпиталях), но со временем она вышла за пределы стационара и стала применяться повсеместно для скрининга – предварительного выявления эмоциональных проблем. Шкала состоит из 14 утверждений, разделённых на две подшкалы: ADS-A (Anxiety– тревога) – 7 вопросов, оценивающих симптомы тревоги. HADS-D (Depression– депрессия) – 7 вопросов, оценивающих симптомы депрессии. Каждое утверждение оценивается по четырехбалльной шкале (от 0 до 3): 0 баллов – отсутствие симптома или полное благополучие по указанному признаку; 1 балл – лёгкое или редкое проявление симптома; 2 балла – умеренное или частое проявление симптома, но с минимальным влиянием на качество жизни или повседневную активность; 3 балла – значительное или постоянное проявление симптома, существенно влияющее на повседневную деятельность и общее состояние. Данная шкала не включает вопросы о физических (соматических) проявлениях, все пункты сосредоточены на психологических и поведенческих признаках. Результаты HADS подразделяются на несколько диапазонов: 0–7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога или депрессия; 11 и выше – клинически выраженная тревога или депрессия.

В качестве диагностики неблагоприятного детского опыта была использована краткая версия Опросника детских травмирующих переживаний –Childhood Trauma Questionnaire: Short form (CTQ-SF) [66]. Изначально разработанная D.P.

Bernstein et al. в 1997 году [196] полная версия методики (70 пунктов) была сокращена до 28 утверждений с бинарным ответом («Да/нет») и психометрически валидирована для применения в крупных исследовательских проектах. Интерпретация результатов осуществлялась на основе пяти субшкал: физическое, психологическое и сексуальное насилие, физическое и эмоциональное пренебрежение. В научной литературе подчеркивается связь между опытом детского насилия и последующей виктимизацией, склонностью к риску и злоупотреблением психоактивными веществами в период взрослости [36, 158].

В рамках настоящего исследования статистическая обработка полученных данных осуществлялась посредством STATISTICA 12 (StatSoft.Inc) с применением инструментов параметрической и непараметрической статистики. Обработка и структурирование полученных результатов осуществлялись с помощью Microsoft Office Excel 2013.

На начальном этапе числовые переменные оценивались на соответствие нормальному закону распределения посредством графического анализа гистограмм и применения критерия Шапиро-Уилка [66]. При отсутствии нормального распределения количественные параметры описывались медианой (Me) вместе с интерквартильным разбросом (Q1-Q3). Качественные переменные описывались в виде числа случаев (n) и процентным соотношением (%).

С целью анализа различий качественных параметров между независимыми группами задействован критерий Пирсона (χ^2). Для сравнения количественных данных, не подчиняющихся нормальному закону распределения, применялся U-критерий Манна-Уитни [66].

Для определения степени взаимосвязи между изучаемыми переменными были рассчитаны отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (95% ДИ), указанный через его нижние и верхние пределы (НГДИ и ВГДИ). Отсутствие статистически значимой разницы определялось при попадании единицы в границы доверительного интервала. Достоверность результатов определялась при значении $p < 0,05$.

2.3. Материалы исследования

2.3.1. Характеристика участников исследования

Исследовательская работа была реализована на базе ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ, с соблюдением этических норм, подтвержденных одобрением локального этического комитета. От всех респондентов было получено информированное добровольное согласие на участие после разъяснения целей и задач исследования. Методом анкетирования было обследован 301 человек (195 женщин, 106 мужчин). Исследуемая группа представлена 40 женщинами и 30 мужчинами, контрольная группа – 155 женщинами и 76 мужчинами.

Критерии включения в исследуемую группу

- наличие расстройства пищевого поведения по типу нервной булимии согласно критериям МКБ-10;
- отсутствие иных психических расстройств согласно критериям МКБ-10, способных оказывать значимое влияние на оцениваемые переменные;
- возраст от 20 до 27 лет;
- согласие на очное диагностическое интервью.

Группу контроля составили обучающиеся в вузе мужчины и женщины того же возрастного диапазона, с сопоставимыми социально-демографическими характеристиками, не имеющие диагноза НБ, не принимающие психотропные препараты и препараты, влияющие на аппетит.

Критерии исключения из исследования

- наличие психических расстройств на момент проведения исследования (аффективные расстройства, расстройства личности, расстройства шизофренического спектра);
- наличие соматических заболеваний, симптомами которых могли являться вторичные нарушения пищевого поведения;
- отказ от участия в исследовании.

Набор участников исследования проводился на базе кафедры психиатрии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Таким образом, для дальнейшего исследования были сформированы четыре группы:

ЖсНБ – молодые женщины, имеющие клинические признаки нервной булимии ($n=40$, средний возраст в группе $21,9 \pm 0,8$ лет).

ЖбНБ – молодые женщины без нервной булимии ($n=155$, средний возраст в группе $22,1 \pm 1,2$ лет).

МсНБ – молодые мужчины, имеющие признаки нервной булимии ($n=30$, средний возраст в группе $21,3 \pm 2,2$ лет).

МбНБ – молодые мужчины без нервной булимии ($n=76$, средний возраст в группе $22,1 \pm 0,8$ лет).

Факт наличия нервной булимии устанавливался на основании критериев МКБ-10 [48].

При сравнительном анализе группы статистически значимо не отличались между собой по основным социально-демографическим, клиническим и психологическим характеристикам ($p > 0,05$).

ГЛАВА 3. СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ

3.1. Суицидологическая характеристика молодых женщин с нервной булимией

Проанализируем представленность классических аутоагрессивных паттернов в исследуемой и контрольной группах (Таблица 3.1.1).

Таблица 3.1.1 – Суицидологический профиль молодых женщин, страдающих нервной булимией

Признак	ЖсНБ n=40 Абс. (%)	ЖбНБ n=155 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Наличие суицидальных мыслей в последние два года	23 (57,5%)	45 (29,03%)	11,35	0,0008	3,382	[1,650; 6,934]
Наличие суицидальных мыслей ранее последних двух лет	19 (47,5%)	43 (27,74%)	5,72	0,0167	0,364	[1,155; 4,809]
Мысли о самоубийстве с обдумыванием способа совершения суицида	9 (22,5%)	16 (10,32%)	4,22	0,0400	2,552	[1,021; 6,233]

Обнаружена убедительная статистически значимая разница в отношении частоты суицидальных мыслей у женщин с нервной булимией с некоторой тенденцией к учащению их обнаружения в последние два года. Исследуемую группу также характеризуют и суицидальные идеации с обдумыванием конкретного пути осуществления суицида, являющиеся в суицидологической практике наиболее неблагоприятной траекторией. При этом не было обнаружено статистически значимой разницы в отношении предпринятых не фатальных суицидальных попыток, как в последние два года (одна в исследуемой группе и их отсутствие в контрольной), а также и в период, предшествующий последним двум

годам. Подобные пропорции (частота серьезных суицидальных идей при не отличающемся уровне не фатальных суицидальных попыток) всегда настораживает в плане вероятно присутствующей фатальной составляющей, что будет являться предметом дальнейших исследований. Еще более настораживающим является фактическое снижение частоты неудачных попыток в последние два года (2,5% и 0% в последние два года, и 2,5% и 4,52% ранее последних двух лет), что вкупе с превалированием суицидальных мыслей с обдумыванием способа совершения суицида более чем в два раза в последние два года делает данную группу еще более специфической в плане их исчезновения. Напомним также, что последние два года в данном исследовании всегда приходились на время сформированной НБ, однако, следует помнить и данные зарубежных коллег [184], подчеркивающих, что реальное формирование НБ происходит в районе более молодого возраста, долгое время оставаясь клинически субпороговым или тщательным образом скрываемым.

На Рисунке 3.1.1 наглядно представлено соотношение количества суицидальных мыслей у участниц исследований (в последние два года и с обдумыванием конкретных способов осуществления суицида).

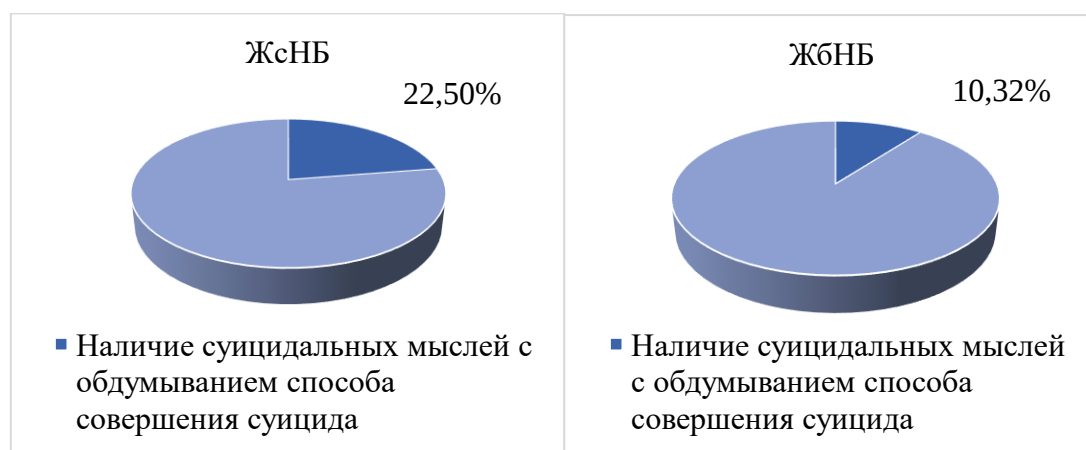


Рисунок 3.1.1 – Распространенность суицидальных мыслей с обдумыванием способа совершения суицида в исследуемой и контрольной группах женщин

Внушительная разница в отношении изучаемых индикаторов позволяет отнести молодых женщин с НБ к категории лиц, имеющих настораживающие характеристики касательно наиболее значимых в суицидологической практике переменных и, соответственно, требующих особого внимания в разрезе возможной

реализации аутоагрессивного потенциала. С большой долей вероятности, обнаруженные особенности связаны с траекторией формирования НБ (учащение выявления суицидальных мыслей в последние два года).

Оценим частоту представленности несуицидальных аутоагрессивных паттернов у женщин с НБ, приведенных в Таблице 3.1.2.

Таблица 3.1.2 – Сравнение распространенности несуицидальных аутоагрессивных паттернов в исследуемой и контрольной группах женщин

Признак	ЖсНБ n=40 Абс. (%)	ЖбНБ n=155 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Несуицидальное самоповреждение в последние два года	2 (5%)	1 (0,65%)	3,98	0,0460	8,105	[0,716; 91,755]
Несуицидальное самоповреждение ранее последних двух лет	4 (10%)	6 (3,87%)	2,45	0,1172	-	-
Субъективное ощущение злоупотребления алкоголем	3 (7,5%)	3 (1,94%)	3,30	0,0692	-	-
Табакокурение	8 (20%)	9 (5,81%)	8,05	0,0046	4,056	[1,453; 11,319]
Увеличение числа выкуриваемых сигарет в последние два года	6 (15%)	4 (2,59%)	10,08	0,0015	6,794	[1,818; 25,397]
Несчастливые случаи в последние два года	6 (15%)	7 (4,52%)	5,62	0,0178	3,731	[1,179; 11,812]
Незащищенный сексуальный контакт с малознакомым партнером в последние два года	2 (5%)	2 (1,94%)	2,18	0,1400	-	-

Анализ полученных результатов, не смотря на небольшое число обнаруженных статистически значимых данных, тем не менее, позволяет высказать ряд суждений, констатирующие ряд примечательных в разрезе суицидологической практики особенностей исследуемой группы. Начнем с имеющихся статистически

значимых отличий, касающихся наркологической составляющей аутоагрессивного поведения [47, 80]. Частота табакокурения (как объекта аддиктологии, и как индикатора актуального стресса) заметно выше в группе лиц с НБ, весьма характерен и ожидаем рост числа выкуриваемых сигарет в последние два года (период формирования НБ). Косвенным указателем негативного (безразличного) отношения к себе является и заметная частота вовлеченности в несчастные случаи (часто возникающие либо «спонтанно», либо благодаря вовлеченности в опасные для жизни хобби). Анализ имеющихся тенденций (пар сравнений, не достигших статистически значимой разницы) формирует весьма примечательную (ожидаемую) картину: отмечается рост опасных модусов поведения (незащищенный секс с малознакомыми/незнакомыми партнерами, преимущественно осуществленный в состоянии алкогольного опьянения), субъективная оценка себя, как человека, злоупотребляющего алкоголем, заметное опережение контрольной группы по числу самоповреждений несуицидального характера. В целом выявленные особенности согласуются с обнаруженным профилем, касающимся классических суицидологических паттернов.

Данные, не достигшие статистически значимой границы, приведены, в том числе, для наглядности последующего анализа гендерных спецификаций у лиц с НБ (Глава 3.3).

Для более детальной оценки наркологической составляющей при НБ, учитывая имеющиеся данные о частоте подобной коморбидности [85, 178], подробнее рассмотрим данные, полученные при обработке опросника AUDIT (Таблица 3.1.3). Сразу отметим, что данные опросника вступают в некоторое (но вполне логичное и ожидаемое) противоречие с субъективной оценкой себя, как лица, злоупотребляющего алкоголем, нашедшего отражение в предыдущей таблице (порядка 7,5% респонденток). Согласно AUDIT 35% женщин с НБ имеют паттерн опасного употребления алкоголя (свидетельствующем о вероятном высоком риске развития расстройств, связанных с употреблением алкоголя). Что в определённой степени должно было бы приблизительно соотноситься с субъективной оценкой себя, как излишне увлекающегося алкоголем. Однако мы наблюдаем существенный

разрыв между двумя оценками (напомним, что вопросы AUDIT, касающиеся возможных алкогольных рисков весьма прямолинейны), что демонстрирует снижение критики к количеству потребляемого алкоголя женщинами с НБ. Подобные значения AUDIT зачастую связаны с высокими рисками суицидального поведения, что было продемонстрировано ранее [61, 62].

Таблица 3.1.3 – Данные опросника AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) у исследуемой и контрольной групп

Признак	ЖсНБ n=40 Абс. (%)	ЖбНБ n=155 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Относительно низкий риск алкогольной зависимости	25 (62,5%)	142 (91,2%)	21,91	0,0000	0,153	[0,065; 0,359]
Опасное употребление алкоголя	14 (35%)	12 (7,7%)	20,44	0,0000	6,417	[2,669; 15,424]

Перейдем к статистической оценке представленности предикторов аутоагрессивного поведения у женщин обеих групп (Таблица 3.1.4).

Данные, представленные в Таблице 3.1.4, позволяют обозначить ряд характерных особенностей женщин с НБ с позиции суицидологической практики. Прежде всего, речь идет о статистически значимом присутствии у них целого комплекса предикторов эмоционального плана. Речь, в первую очередь, идёт о заметном преобладании у страдающих НБ периодов безысходности (одного из самых ярких аффективных маркеров аутоагрессивной настроенности [52], а также иных, достаточно специфичных эмоциональных переживаний (одиночества, склонности долго переживать вину и навязчивый стыд). Переживания одиночества в последние два года (60% против 27,7% группы контроля) может свидетельствовать о своеобразной социальной «изоляции» девушек с НБ, отсутствии опоры и возможности обратиться за помощью к близкому окружению.

Таблица 3.1.4 – Факторы, ассоциированные с проявлением аутоагрессивного поведения у женщин с НБ

Признак	ЖсНБ n=40 Абс. (%)	ЖбНБ n=155 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Желание обратиться к специалисту (психиатру/психотерапевту)	16 (40%)	28 (18,06%)	8,76	0,0031	3,024	[1,423; 6,423]
Наблюдались у психотерапевта/психолога	3 (7,5%)	1 (0,65%)	10,40	0,0013	12,486	[1,263; 123,487]
Долгое переживание чувства вины в последние два года	18 (45%)	26 (16,77%)	14,5	0,0001	4,059	[1,914; 8,611]
Долгое переживание чувства вины ранее последних двух лет	24 (60%)	63 (40,65%)	4,82	0,0281	2,190	[1,078; 4,452]
Острое чувство одиночества в последние два года	24 (60%)	43 (27,74%)	14,67	0,0001	3,907	[1,895; 8,057]
Острое чувство одиночества ранее последних двух лет	27 (67,5%)	61 (39,35%)	10,17	0,0014	3,201	[1,533; 6,681]
Эпизоды безысходности в последние два года	21 (52,5%)	24 (15,48%)	24,54	0,0000	6,033	[2,827; 12,874]
Эпизоды безысходности ранее последних двух лет	22 (55%)	31 (20%)	19,68	0,0000	4,889	[2,340; 10,215]
Эпизоды ощущения отсутствия смысла жизни в последние два года	13 (32,5%)	18 (11,61%)	6,10	0,0135	3,665	[1,607; 8,355]
Эпизоды ощущения отсутствия смысла жизни ранее последних двух лет	15 (37,5%)	26 (16,77%)	8,23	0,0041	2,977	[1,383; 6,406]

Продолжение Таблицы 3.1.4

Беспричинное снижение настроения в последние два года	24 (60%)	29 (18,71)	27,39	0,0000	6,517	[3,077; 13,803]
Беспричинное снижение настроения ранее последних двух лет	16 (40%)	33 (21,29%)	5,92	0,0150	2,465	[1,176; 5,167]
Навязчивое чувство стыда за свое тело в последние два года	37 (92,5%)	63 (40,65%)	34,22	0,0000	18,011	[5,320; 60,973]
Навязчивое чувство стыда за свое тело ранее последних двух лет	36 (90%)	91 (58,71%)	13,71	0,0002	6,330	[2,147; 18,664]
Ощущение присутствия физического недостатка в последние два года	14 (35%)	29 (18,71%)	4,91	0,0267	2,340	[1,089; 5,027]
Ощущение присутствия физического недостатка ранее последних двух лет	30 (12%)	25 (16,13%)	3,98	0,0461	2,229	[1,001; 4,961]
Физическое наказание в детстве	5 (12,5%)	6 (3,87%)	4,45	0,0350	3,548	[1,024; 12,291]
ЧМТ с потерей сознания в последние два года	2 (5%)	0 (0)	7,83	0,0051	Infinit y	[NaN; Infinity]
Эпизоды серьезного физического или сексуального насилия	1 (2,5%)	0 (0)	3,89	0,0484	Infinit y	[NaN; Infinity]

Кроме того, обращает на себя внимание частота моментов утраты смысла существования и переживания по поводу недостатков своей внешности (убежденности в присутствии физического недостатка). Последнее отражает клинические особенности как НБ в целом, так и уровень их дисморфофобических переживаний. При этом, большинство перечисленных предикторов аутоагрессивного поведения присутствуют как в последние два года, так и в период ранее последних двух лет, а в отношении колебаний настроения и ощущения присутствия телесного недостатка мы можем наблюдать рост значений индикатора именно в последние два года (пик клинического состояния РПП), что видится

вполне логичным и закономерным. Существенно большие значения изучаемых переменных в период ранее последних двух лет можно трактовать двояко: во-первых, высока вероятность более раннего начала НБ (ранее последних двух лет), уточнение чего не входило в запланированный дизайн исследования (оценивалось присутствие РПП на момент контакта с врачом-исследователем), что согласуется с данными других исследований [136, 170, 184], во-вторых, вероятно, может быть связано с возможными, широко описываемыми преморбидными личностными особенностями пациенток [116, 150, 152]. Версию коморбизма и полиморбизма [157, 178, 193] (кроме обнаруженных донозологических особенностей респонденток) в силу предусмотренного дизайном исследования исключения иной психической патологии у лиц исследуемой группы, рассматривать в качестве значимой не представляется возможным.

Отдельно остановимся на обнаруженной частоте применения физического насилия в детстве в отношении представительниц исследуемой группы (в три раза чаще), что по мнению ряда авторов, способно формировать психологический трек хронического недовольства собой (в том числе, своей внешностью). Последнее нашло подтверждение в полученных в исследовании результатах.

На Рисунке 3.1.2 наиболее наглядно представлен ряд соотношений описываемых предикторов в период последних двух лет.

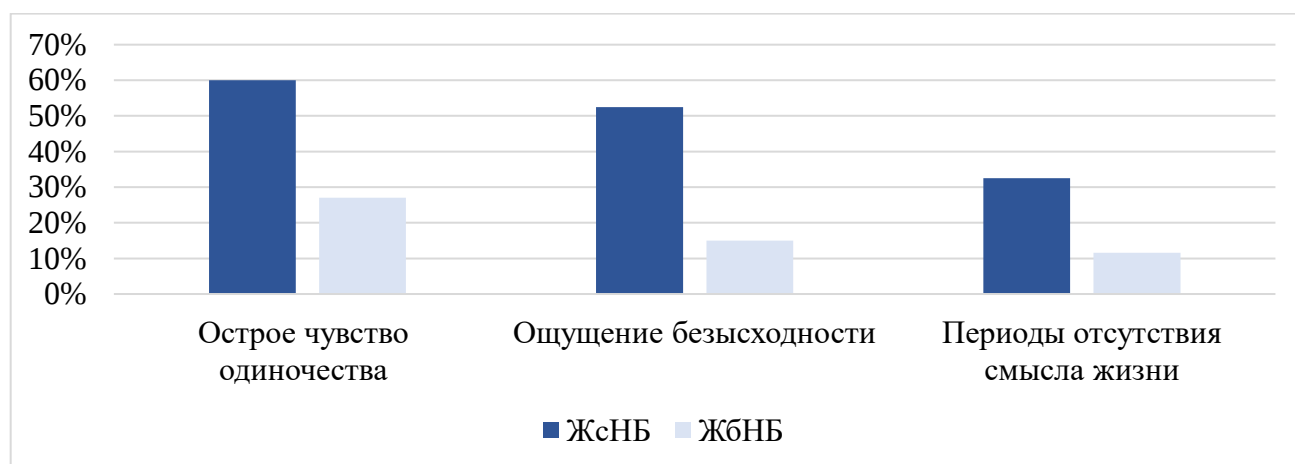


Рисунок 3.1.2 – Представленность ряда предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемой и контрольной группах женщин в последние два года

Дополнительно отметим, что сочетание безысходности с периодами потери смысла является наиболее ассоциируемым с высоким риском осуществления суицида [141]. Отчетливые периоды сниженного настроения, сопровождающиеся отчетливыми идеями негативной оценки настоящего и будущего, также повышают риск перехода пассивных суицидальных идеаций в активные суицидальные действия (60% респонденток с НБ отмечают присутствие периодов беспричинного/маломотивированного снижения настроения, которые диагностически еще не соответствуют критериям депрессивного эпизода согласно МКБ-10). Навязчивый стыд, по сути, является маркером женщин с НБ и отмечается более, чем у 90% девушек из исследуемой группы. Наиболее часто подобные переживания связаны с дисморфическими переживаниями в отношении собственной внешности (веса), на втором месте стоят неудачи контроля пищевого поведения. Эти же причины наиболее часто связаны и с переживанием затяжных периодов виновности, рождаемых перманентным интрапсихическим конфликтом - феномен «не справляющегося с вызовами РПП» (НБ прокрастинация).

Крайне любопытным видится наличие существенного разрыва в отношении числа респонденток, желающих обратиться за специализированной помощью (потенциальное/фактическое осознание присутствия неких проблем в области психики/психологии) и числом, реально обратившихся за таковой. Отдельно подчеркнем и тот факт, что число таковых (желающих обратиться) более, чем в два раза превышает аналогичные значения в контрольной группе. Справедливости ради отметим, что число обратившихся в исследуемой группе (не смотря на малые абсолютные значения) также существенно превышает таковые в контрольной группе.

На Рисунке 3.1.3 наглядно представлены соответствующие пропорции.



Рисунок 3.1.3 – Соотношение женщин с НБ, желающих и фактически обратившихся за специализированной медицинской помощью

Далее перейдем к анализу данных, собранных посредством применения комплекса психодиагностических методик. Результаты, касающиеся опросника суицидального риска (ОСР) в модификации Т.Н. Разуваевой, приведены в Таблице 3.1.5.

Таблица 3.1.5 – Сравнение значений шкал ОСР в исследуемой и контрольной группах женщин

Шкала	ЖсНБ n=40 Me (Q ₁ -Q ₃)	ЖБНБ n=155 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Демонстративность	1,2 (0-2,4)	1,2 (0-1,2)	2297,0	0,0116
Аффективность	3,3 (1,1-4,4)	1,1 (1,1-3,3)	2034,50	0,0008
Уникальность	1,2 (0-2,4)	0 (0-1,2)	2388,50	0,0254
Несостоятельность	3 (1,5-4,5)	1,5 (1,5-3)	1860,50	0,0000
Социальный пессимизм	4 (3-4)	3 (2-4)	2309,50	0,0130
Временная перспектива	1,1 (0-2,2)	0 (0-1,1)	2078,0	0,0013
Интегральный показатель ОСР	14,5 (9,5-10)	10 (7-13)	1772,50	0,0000

Приведенные данные демонстрируют значимую разницу по большинству шкал опросника. Безусловно, в наиболее наглядной степени группу характеризует крайне высокие значения интегрального показателя опросника, существенно превышающие таковой в исследуемой группе. Полученные данные согласуются с приводимыми выше результатами, еще в большей степени подчеркивая необходимость пристального внимания суицидологов к

рассматриваемой группе. Значения показателей в группе значительно превышают и референтные значения, которым в полной мере соответствует диапазон показателя группы контроля. Кроме того, полученные данные позволяют дать расширенное описание представительниц исследуемой группы. Таковых характеризует выраженная демонстративность, обычно выражающаяся в желании привлекать к себе внимание, искать сочувствие и понимание у окружения (в крайних случаях суицидальные попытки интерпретируются субъектом как «крик о помощи»). Статистически значимое превалирование шкалы «Аффективность» говорит в пользу доминирования излишне эмоционального реагирования на психотравмирующие ситуации, неспособности «холодным умом» анализировать сложившиеся обстоятельства. Значение шкалы «Уникальность» подразумевает восприятие себя и своих проблем как уникальных и исключительных, требующих нестандартных и радикальных решений (вплоть до совершения суицида). Данный факт лишний раз подчеркивает присутствие у представительниц исследуемой группы неспособности/нежелания использовать свой и чужой опыт для эффективного и конструктивного разрешения имеющихся проблем. Шкала несостоятельности демонстрирует актуальность переживания собственной неполноценности и несостоятельности, сочетающихся с негативно-обесценивающими убеждениями «я плох и ничего недостойн». Несостоятельность вкупе с социальным пессимизмом поддерживает отрицательную концепцию мира, ощущение его враждебности, «неправильности», что усиливает отчужденность и «выключение» из общества. Значение шкалы «Временная перспектива» говорит в пользу присутствующей у представительниц группы женщин с НБ тенденции нежелания строить планы на будущее, исключительную погруженность в настоящие проблемы и ощущение неразрешимости ситуации в будущем (наиболее ярко клиническая картина у женщин с НБ представлена в Клиническом примере №1). Таким образом, данные ОСР в основном согласуются с ранее приводимыми результатами, касающимися представленности просуицидальных предикторов и значений выявленных аутоагрессивных паттернов, что дает повод констатировать

присутствие в исследуемой группе существенного аутоагрессивного потенциала, требующего пристального внимания и разработки подходов к его коррекции.

Перейдем к анализу данных, полученных с помощью опросника детских травм (Childhood Trauma Questionnaire: CTQ), что представляется весьма любопытным в контексте ранее полученных значимых отличий в отношении частоты использовавшихся физических наказаний в отношении представительниц исследуемой группы. Данные опросника детских травм (CTQ) приведены в Таблице 3.1.6.

Таблица 3.1.6 – Результаты опросника детских травм (Childhood Trauma Questionnaire: CTQ) в исследуемой и контрольной группах женщин

Шкала	ЖсНБ n=40 Me (Q ₁ -Q ₃)	ЖБНБ n=155 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Эмоциональное насилие	7 (5-9,5)	5 (5-7)	2041,50	0,000885
Физическое насилие	5 (5-6,5)	5 (5-6)	2337,50	0,016642
Физическое пренебрежение	6 (5-9,5)	5 (5-6)	2312,50	0,013395
Минимизация/отрицание	6 (4-8)	5 (3-7)	2445,50	0,039865

Оценка исследуемой и контрольной групп женщин с НБ продемонстрировала статистически значимую разницу в отношении таких шкал опросника, как эмоциональное насилие ($p < 0,001$), физическое насилие ($p < 0,05$) и физическое пренебрежение ($p < 0,05$). Представительницы группы женщин с НБ в детстве заметно чаще подвергалась эмоциональному насилию (в виде вербальных актов унижения, обесценивания, оскорбления). Также представительницы исследуемой группы чаще оказывались жертвами физического насилия и физического пренебрежения (чаще в виде некачественного удовлетворения базовых потребностей ребенка). Значения шкалы минимизации/отрицания говорят в пользу большей склонности у женщин с НБ занижать или отрицать пережитый в детстве травматичный опыт.

В свете обнаруженной и описанной выше в Таблице 3.1.4 частоты субъективной склонности испытывать сниженное настроение, информативным

представляются данные, полученные с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Полученные результаты приведены в Таблице 3.1.7.

Таблица 3.1.7 – Данные Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS в исследуемой и контрольной группах женщин

Шкала	ЖсНБ n=40 Me (Q ₁ -Q ₃)	ЖбНБ n=155 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Тревога	6 (4,5-9)	4 (2-6)	1813,50	0,000053
Депрессия	5 (3-8)	3 (2-5)	1613,0	0,000003

Анализ данных госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS обнаруживает отсутствие клинически выраженных симптомов тревоги и депрессии, тем не менее, значения обеих шкал выше в исследуемой группе. Напомним, что из исследования исключались пациенты, клинически демонстрирующие симптоматику депрессивного эпизода (следует оговориться, что нами выявлено минимальное число сочетаний комбинаций депрессивного расстройства и НБ в процессе достаточно обширного этапа скринингового обследования). Большинство респонденток прямо связывали имеющиеся субклинические проявления тревоги и депрессии с имеющимися у них РПП, что позволяет предположить их вторичный характер.

В заключении проанализируем результаты методики оценки структуры характера и темперамента (The temperament and character inventory: TCI-125), что нашло отражение в Таблице 3.1.8.

Таблица 3.1.8 – Данные диагностической методики TCI-125 структуры характера и темперамента (The temperament and character inventory) в исследуемой и контрольной группах женщин

Шкала	ЖсНБ n=40 Me (Q ₁ -Q ₃)	ЖбНБ n=155 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Избегание вреда	13 (9-16)	11 (8-14)	2540,0	0,078715
Самонаправленность	11 (8-20)	19 (14-22)	1881,0	0,000129
Трансцендентность	4 (3-7,5)	3 (2-6)	2256,50	0,008072

Исследуемую группу значимо отличает ряд шкал методики. Совокупность обнаруженных данных формируют весьма специфический портрет респонденток с НБ: невысокая самооценка, потребность находить оправдание собственным неудачам во всем, кроме себя, неясные жизненные ориентиры, превалирование внешнего опредмечивания собственного существования, пассивной роли в отношении собственных возможностей (как получится, на все воля Бога, Вселенной и т.д.). Полученная характерологическая спецификация гармонично сочетается со всеми обнаруженными особенностями группы, лишней раз подчеркивая ряд ее особенностей, важных в контексте суицидологической работы.

Таким образом, группа молодых женщин, страдающих НБ, представляет собой срез популяции, обладающий весьма настораживающими в суицидологическом плане особенностями. Учитывая особенности и сложности диагностики НБ, полученные данные получают особенное звучание, поскольку речь идет о «теневой» для отечественной суицидологии группе, обладающей весьма отчетливым суицидальным потенциалом, способным пока с успехом вносить существенный вклад в суицидальную смертность в РФ. Все это диктует необходимость разработки и создания превентивных схем для первичной профилактики аутоагрессивного поведения у женщин с НБ и более обширной осведомленности населения/специалистов о проявлениях и последствиях нервной булимии.

3.2. Суицидологическая характеристика молодых мужчин с нервной булимией

Рассмотрим представленность паттернов классического аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и попыток у мужчин с нервной булимией (Таблица 3.2.1).

Таблица 3.2.1 – Представленность классических суицидальных паттернов у мужчин в исследуемой и контрольной группах

Признак	МсНБ n=30 Абс. (%)	МбНБ n=76 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Наличие суицидальных попыток в последние два года	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-
Наличие суицидальных попыток ранее последних двух лет	1 (3,33%)	0 (0)	2,56	0,1098	-	-
Наличие суицидальных мыслей в последние два года	4 (13,33%)	5 (6,58%)	1,26	0,26	-	-
Наличие суицидальных мыслей ранее последних двух лет	5 (16,67%)	12 (15,79%)	0,01	0,91	-	-

Анализ данных не обнаружил статистически значимых отличий ни по одному интересующему нас признаку. Заслуживает внимания факт двукратного превышения значений объема суицидальных мыслей в последние два года (13,33% против 6,58% в группе контроля), не достигающего статистически значимой разницы, но, тем не менее, демонстрирующий характерную и тревожную тенденцию (учитывая традиционные мужские установки на сокрытие наличия классических суицидальных паттернов), в силу синхронности формирования и развития НБ.

Рисунок 3.2.1 наглядно демонстрирует обнаруженные отличия в отношении наличия суицидальных мыслей среди мужчин исследуемой и контрольной групп в последние два года.

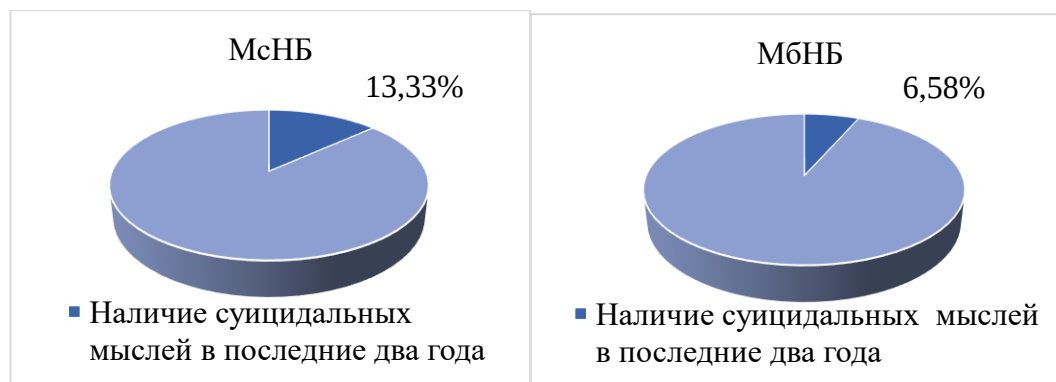


Рисунок 3.2.1 – Наличие суицидальных мыслей в исследуемой и контрольной группах мужчин

Вероятные возможности существенных различий с соответствующими показателями женщин с НБ будут обсуждены в части, посвященной гендерным особенностям суицидологической характеристики лиц с НБ.

Следующий этап посвящён оценке представленности несуицидальных аутоагрессивных паттернов в исследуемой и контрольной группах мужчин с НБ (Таблица 3.2.2).

Таблица 3.2.2 – Представленность несуицидальных аутоагрессивных паттернов у мужчин с нервной булимией

Признак	МсНБ n=30 Абс. (%)	МбНБ n=76 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Несуицидальное самоповреждение в последние два года	3 (10%)	1 (1,32%)	4,47	0,0346	8,333	[0,831; 83,582]
Несуицидальные самоповреждения ранее последних двух лет	2 (6,67%)	3 (3,95%)	0,35	0,5519	-	-
Несчастные случаи в последние два года	7 (23,33%)	7 (9,21%)	3,74	0,0531	-	-
Опасные для жизни хобби, привычки и склонности в последние два года	4 (13,33%)	5 (6,58%)	1,26	0,2611	-	-
Склонность к неоправданному риску в последние два года	6 (20%)	4 (5,26%)	5,47	0,0194	4,500	[1,170; 17,304]
Незащищенные сексуальные контакты с малознакомыми людьми в последние два года	2 (6,67%)	2 (2,63%)	0,96	0,3261	-	-
Несистематический прием наркотических веществ в последние два года	5 (16,67%)	5 (6,58%)	2,56	0,1095	-	-
Несистематический прием наркотических веществ ранее последних двух лет	3 (10%)	5 (6,58%)	0,36	0,5481	-	-

Продолжение Таблицы 3.2.2

Субъективное ощущение чрезмерного употребления алкоголя в последние два года	3 (10%)	4 (5,26%)	0,78	0,3764	-	-
Наличие табакокурения	14 (46,67%)	13 (17,11%)	9,90	0,0017	4,240	[1,668; 10,782]
Увеличение табакокурения в последние два года	12 (40%)	5 (6,58%)	17,84	0,0000	9,467	[2,954; 30,333]

Обнаружена разница между исследуемой и контрольной группами мужчин в отношении таких несуицидальных аутоагрессивных паттернов, как самоповреждение в последние два года (в виде порезов, ожогов кожи сигаретами, битья стен кулаками) без намерения покончить жизнь самоубийством (значение исследуемой группы превалирует практически в восемь раз по отношению к группе контроля) и склонности к неоправданному риску в последние два года (20% против 5,26% группы контроля). Несмотря на отсутствие статистически значимой разницы в отношении несуицидальных самоповреждений (ДИ [НГДИ; ВГДИ] включает в свой диапазон 1), тем не менее, полученные данные имеют важный характер, особенно в сочетании со столь частой склонностью к неоправданному риску. Что логичным образом сочетается с выявляемой тенденцией в последние два года в группе к акцепции несчастных случаев, приобретению опасных для жизни хобби и частотой незащищенных сексуальных контактов.

Нагляднее обнаруженные отличия демонстрируют иллюстрации, приведенные на Рисунке 3.2.2.

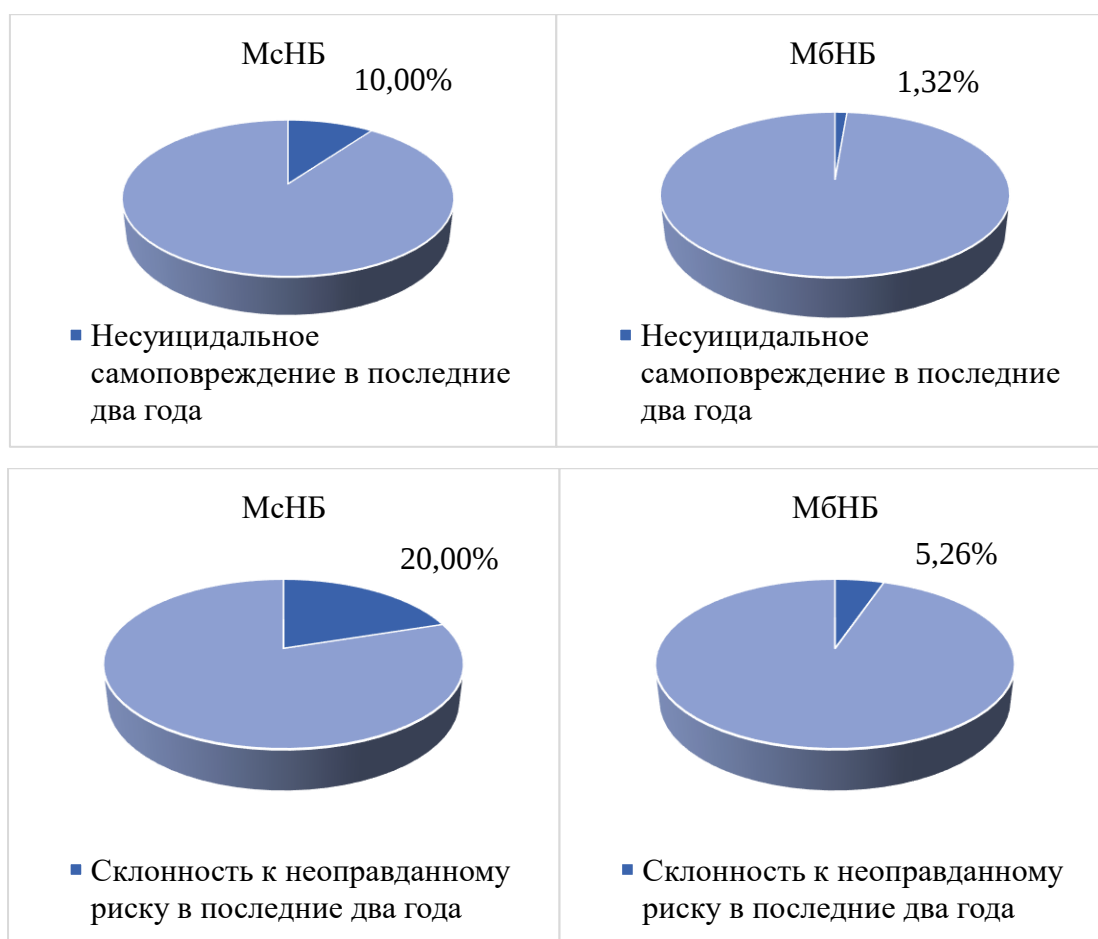


Рисунок 3.2.2 – Представленность ряда несуицидальных аутоагрессивных паттернов в исследуемой и контрольной группах мужчин

Напомним, что паттерны несуицидального аутоагрессивного поведения часто рассматриваются в плоскости своеобразной копинг-стратегии, специфическим способом обеспечивающей эмоциональную регуляцию в моменты ярких, негативно окрашенных переживаний [2, 25, 126, 140, 142]. Такого рода поведение не устраняет (а в ряде случаев лишь усиливает) переживаемый дистресс, фактически затрудняя переработку полученного негативного опыта. Несмотря на временное «улучшение» состояния сразу после акта несуицидального самоповреждения, сила отрицательного аффекта не снижается, продолжая негативно воздействовать на субъект [189]. Этот замкнутый круг и мнимое улучшение вследствие актов самоповреждающего поведения усиливает представление о возможном позитивном опыте и стабилизации состояния с помощью НССП, что мотивирует на более серьезные и опасные в плане последствий действия, вплоть до возможности совершения самоубийства, также являясь предвестником возможного риска

суицида [64]. Как сообщали сами респонденты, акты самоповреждения и рискованное поведение были спутниками чувства безысходности, подавленности и ощущения потери смысла жизни.

Перейдем к характеристике выявленных наркологических составляющих [81] аутоагрессивного поведения. Обнаружена статистическая значимая разница в отношении наличия табакокурения в настоящее время с превалированием значений в группе мужчин с НБ (46,67% против 17,11% группы контроля), а также увеличение числа выкуриваемых сигарет в период последних двух лет у 40% респондентов в исследуемой группе. В подавляющем большинстве мужчины объясняли факт увеличения курения попытками избавиться от внутреннего напряжения и стресса, а также не исключали анорексигенный эффект от выкуриваемых сигарет с целью контроля ощущения голода.

Несмотря на отсутствие статистической разницы в отношении других показателей, наблюдаются тревожные тенденции: увеличение употребления наркотических веществ в группе мужчин с НБ при стабильных показателях в группе контроля на протяжении всего периода анамнеза. Обнаруженный факт увеличения несистематического употребления наркотических веществ согласуется с данными зарубежных исследований о высоком вторичном коморбизме пациентов с НБ со злоупотреблением ПАВ как своеобразном способе совладания с яркими негативными переживаниями в рамках негативной импульсивности (склонность действовать опрометчиво и безрассудно в моменты негативного аффекта) [149, 175]. Данная особенность аналогичным образом нашла отражение в Клиническом примере №2. Также обращает на себя внимание заметная разница исследуемой и контрольной групп, касающаяся субъективного ощущения злоупотребления алкоголем в последние два года (разница с группой контроля составляет 4,74%).

С целью более тщательной оценки наркологической составляющей проанализируем данные опросника AUDIT (Таблица 3.2.3). Статистически значимые отличия в данной серии сравнений отсутствуют (ДИ [НГДИ; ВГДИ] включает в свой диапазон 1), таблица приведена с целью возможности сравнения мужских показателей с таковыми в группе женщин с НБ, продемонстрировавших в

свою очередь значимые отличия (Таблица 3.1.3). Подобное соотношение, на наш взгляд, весьма показательно для понимания формирования аутоагрессивных траекторий при данной разновидности РПП.

Таблица 3.2.3 – Данные опросника AUDIT у мужчин с нервной булимией и без таковой

Признак	МсНБ n=30 Абс. (%)	МбНБ n=76 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Относительно низкий риск	24 (80%)	71 (93,42%)	4,17	0,0413	0,282	[0,079; 1,007]
Опасное употребление алкоголя	2 (6,67%)	3 (3,95%)	4,17	0,0413	3,550	[0,993; 12,690]
Пагубное употребление алкоголя	2 (6,67%)	0	5,16	0,0231	Inf	[NaN; Inf]
Возможный синдром алкогольной зависимости	2 (6,67%)	2 (2,63%)	-	-	-	-

Тем не менее, предположительно до 20% респондентов с НБ имеют вероятные проблемы с употреблением алкоголя, демонстрируя негативные наркологические тенденции в отношении всех разновидностей пагубного потребления спиртного. Как и в женской выборке, мужчины демонстрируют меньшую критичность в отношении оцениваемых проблем (разрыв между данными AUDIT и субъективной оценки себя, как личности, имеющей соответствующие нарушения).

Приступим к анализу предикторов аутоагрессивного поведения у мужчин исследуемой и контрольной групп (Таблица 3.2.4).

Таблица 3.2.4 – Предикторы аутоагрессивного поведения у мужчин с нервной булимией

Признак	МсНБ n=30 Абс. (%)	МбНБ n=76 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Желание обратиться к специалисту (психиатру/психотерапевту)	12 (40%)	11 (14,47%)	8,25	0,0041	3,939	[1,493; 10,397]
Долгое переживание чувства вины в последние два года	8 (26,67%)	8 (10,53%)	4,37	0,0365	3,091	[1,038; 9,208]
Чувство острого одиночества в последние два года	11 (36,67%)	19 (25%)	1,44	0,2297	-	-
Эпизоды безысходности в последние два года	12 (40%)	7 (9,21%)	13,86	0,0002	6,571	[2,261; 19,097]
Эпизоды ощущения отсутствия смысла жизни в последние два года	11 (36,67%)	8 (10,53%)	9,99	0,0016	4,921	[1,734; 13,966]
Периоды снижения настроения в последние два года	9 (30%)	14 (18,42%)	1,70	0,1926	-	-
Навязчивое чувство стыда за свое тело в последние два года	16 (53,33%)	13 (17,11%)	14,21	0,0002	5,538	[2,178; 14,083]
Навязчивое чувство стыда за свое тело в анамнезе ранее последних двух лет	17 (56,67%)	23 (30,26%)	6,38	0,0115	3,013	[1,259; 7,210]
Ощущение присутствия физического недостатка в последние два года	17 (56,67%)	6 (7,89%)	30,11	0,0000	15,256	[5,063; 45,971]
Ощущение присутствия физического недостатка ранее последних двух лет	16 (53,33%)	7 (9,21%)	24,65	0,0000	13,333	[4,439; 40,049]
Ощущение собственной неполноценности в последние два года	11 (36,67%)	5 (6,58%)	15,19	0,0001	8,221	[2,546; 26,544]
Физические наказания в детстве	6 (20%)	3 (3,95%)	7,13	0,0076	6,083	[1,412; 26,212]

Результаты, представленные в Таблице 3.2.4, обнаруживают ряд важных для суицидологической практики особенностей исследуемой группы. Мужчин статистически значимо характеризует целый комплекс предикторов саморазрушающего поведения эмоционального полюса, включающий: навязчивое чувство вины (часто связываемое опрошенными с неудачными попытками придерживаться строгих диет, ассоциированных с последующими пищевыми срывами), эпизоды безысходности (почти половина участников с НБ), периоды утраты смысла жизни (треть мужчин с НБ), моменты затяжного снижения настроения (также нередко связываемые с нюансами динамики РПП). Столь значительные отличия от показателей референтной группы являются важными в отношении формирования наших представлений о суицидологическом профиле изучаемой группы. Полученные данные могут являться опорными моментами для построения эффективных терапевтических программ.

Вторым, крайне любопытным, обнаруженным блоком является комплекс переживаний, связанных с телесностью, оценкой собственной внешности. Их значение в данном случае двояко. С одной стороны, все они без всякого сомнения могут трактоваться в сугубо суицидологическом плане (являясь классическими и хорошо изученными предикторами аутоагрессивного поведения [81]), с другой – служат маркером развития РПП. Речь идет о статистически значимом преобладании в исследуемой группе мужчин таких переменных, как ощущение собственной неполноценности, навязчивое чувство стыда за свой телесный облик, ощущение наличия физического недостатка. Непринятие себя, своего тела, хронический стыд подпитывают булимическую составляющую, провоцируя новые попытки изменить себя и убрать «изъяны», а очередные неудачи начинают выводить на передний план уже совершенно просуицидальные эмоциональные переживания.

Отдельно стоит отметить тот факт, что большинство обнаруженных отличий было выявлено именно в период последних двух лет, в более ранний отрезок жизни таковые не имели значимой разницы (за исключением навязчивого чувства стыда за свое тело и убежденности в наличии физического недостатка). Последние скорее говорят в пользу более раннего (чем последние два года) начала формирования

РПП, более же обширное число отличий (расширение его спектра) в последние два года в большей степени связаны с закономерной динамикой НБ (накоплением неудач в попытках контроля веса и нарастанием интрапсихического конфликта – комплекса несправившегося).

20% мужчин в исследуемой группе, с их слов, имели опыт систематического использования физических наказаний в детстве (3,95% в группе контроля). Подобный опыт укореняет и преумножает ощущение небезопасности и нестабильности окружающего мира, негативного к личности отношения, как не заслуживающей любви и уважения [24, 80], что нередко «звучит» в качестве мотива НБ: стать идеальным, заслуживающим превосходных оценок и уважения. В данном контексте любопытным представляются данные, полученные благодаря опроснику детских травм (СТQ), результаты которого нашли отражение в Таблице 3.2.5.

Таблица 3.2.5 – Результаты опросника детских травм (Childhood Trauma Questionnaire: СТQ) в исследуемой и контрольной группах мужчин

Шкала	МсНБ n=30 Me (Q ₁ -Q ₃)	МбНБ n=76 Me (Q ₁ -Q ₃)	U	p
Эмоциональное насилие	7 (5-12)	6 (5-7)	855,0	0,046008
Физическое пренебрежение	8 (5-10)	6 (5-7)	786,50	0,013296
Минимизация/отрицание	7 (4-10)	6 (4-7,5)	892,0	0,082595

Анализ результатов демонстрирует значимые отличия мужчин с НБ по шкалам эмоционального насилия и физического пренебрежения (но при этом не обнаруживает значимых отличий по шкале физического насилия, что несколько удивительно). Тем не менее, можно констатировать, что мужчины исследуемой группы значительно чаще сталкивались с систематическим эмоциональным насилием (словесные оскорбления, унижения, а также любые формы обесценивания и психологического унижения со стороны значимых взрослых) и физическим пренебрежением (неспособностью/нежеланием родителей обеспечить базовые потребности ребёнка). Подобное сочетание способно формировать

«стартовую» почву, как для последующей аутоагрессивной траектории, так и формирования РПП.

Приступим к интерпретации данных опросника суицидального риска (ОСР) среди исследуемой и контрольной групп мужчин. Полученные результаты отражены в таблице 3.2.6.

Таблица 3.2.6 – Сравнение значений шкал ОСР в исследуемой и контрольной группах мужчин

Шкала	МсНБ n=30 Me (Q ₁ -Q ₃)	МбНБ n=76 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Аффективность	1,1 (0,0-3,3)	1,1 (0-1,1)	822,00	0,02596
Уникальность	1,2 (0-1,2)	0 (0-0,6)	790,50	0,01438
Несостоятельность	3 (1,5-3)	1,5 (1,5-1,5)	709,50	0,00256
Интегральный показатель ОСР	9,5 (6-17)	7 (5-11)	843,50	0,03789

Прежде всего обращает на себя внимание интегральный показатель ОСР: в исследуемой группе он оказался статистически значимо выше, чем в группе сравнения. То есть в целом, по суммарному результату опросника, участники исследуемой группы демонстрируют более значительный суицидальный риск. Аналогичная направленность различий отмечается и в отношении ряда шкал опросника: аффективности, уникальности и несостоятельности.

Высокие значения шкалы «аффективность» указывают на то, что в стрессовых или субъективно сложных ситуациях у испытуемых чаще доминируют эмоции, а не рациональная оценка и интеллектуальный самоконтроль. Иными словами, эмоциональная реакция оказывается сильнее способности «остановиться и обдумать», что логично согласуется с более высокой выраженностью рискованных поведенческих проявлений у мужчин с НБ: импульсивные или небезопасные действия нередко становятся способом справиться с интенсивным переживанием, а не результатом взвешенного решения. В свою очередь, высокие показатели по шкале «уникальность» свидетельствуют о завышенных и жёстких стандартах по отношению к себе. Это формирует чрезмерно высокие ожидания от

собственной эффективности, внешности или поведения (и соответствующую негативную реакцию при невозможности их реализовать). Когда реальность не позволяет этим ожиданиям соответствовать, возникают сильные разочарования, чувство несоответствия, внутреннее напряжение. В контексте НБ это поддерживает интрапсихический конфликт: человек компульсивно стремится контролировать массу тела и питание, но эти попытки не дают стабильного результата, что усиливает внутреннюю неудовлетворённость и конфликтность переживаний. Наконец, выраженность шкалы «несостоятельность» связана с устойчиво негативным восприятием себя: ощущением собственной «неполноценности», неверием в способность добиваться желаемого и переживанием повторяющихся неудач.

У лиц с НБ такие установки дополнительно закрепляются и подпитываются постоянной чередой попыток придерживаться «правильного питания» и последующих срывов. Каждая неудача становится подтверждением идеи «я не справляюсь», что удерживает проблему и способствует её хронизации.

Теперь проанализируем результаты госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), учитывая обнаруженную частоту субъективных отчетов о частоте эпизодов беспричинного снижения настроения (Таблица 3.2.4).

Таблица 3.2.7 – Данные опроса «госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) в исследуемой и контрольной группах мужчин

Шкала	МсНБ n=30 Me (Q ₁ -Q ₃)	МбНБ n=76 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Тревога	5 (3-9)	3 (1-5)	692,0	0,001698
Депрессия	6 (3-8)	3 (2-4,5)	593,50	0,000129

Мы наблюдаем статистически значимую разницу по обоим шкалам опросника HADS. Мужчины с НБ статистически значимо чаще сталкиваются с субклиническими проявлениями тревоги и депрессии. При отсутствии клинически выраженной, но субъективно ощущаемой симптоматики, данный контингент

сталкивается со значимым влиянием НБ непосредственно на личностное восприятие мира и уровень жизни в связи с проявлениями ангедонии, навязчивого негативного идеаторного и моторного компонентов, фонового напряжения и других не менее серьезных эмоциональных переживаний.

Перейдем к оценке данных диагностической методики TCI-125 (Таблица 3.2.8) у исследуемой и контрольной групп мужчин.

Таблица 3.2.8 – Данные диагностической методики TCI-125 структуры характера и темперамента (The temperament and character inventory) в исследуемой и контрольной группах мужчин

Шкала	МсНБ n=30 Me (Q ₁ -Q ₃)	МбНБ n=76 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Поиск новизны	9,5 (7-13)	8 (5-10)	859,50	0,049558
Зависимость от вознаграждения	6 (4-7)	7 (5-9)	755,50	0,007078
Самонаправленность	10,5 (5-14)	20 (17-21,5)	141,0	0,000000
Сотрудничество	12 (10-14)	19 (17-21)	134,0	0,000000
Трансцендентность	4 (2-8)	2 (1-4)	822,0	0,025963

Обнаружена статистически значимая разница в отношении параметров поиска новизны ($p < 0,05$) и трансцендентность ($p < 0,05$) в пользу исследуемой группы мужчин, а также зависимости от вознаграждения ($p < 0,001$), самонаправленности ($p < 0,0001$) и сотрудничества ($p < 0,0001$) с превалированием показателей у мужчин без НБ.

Поиск новизны говорит о нетерпимости к рутине и монотонности, о желании начать что-то новое. Подобная активность не отождествляется с порядком и четко расставленными целями, что часто приводит к необдуманным поступкам, склонности драматизировать проблемы, рискованному и экстравагантному поведению. С другой стороны, низкие значения шкалы зависимости от вознаграждения свидетельствует о присутствии своеобразной социальной отгороженности, склонности отдаляться от проблемной ситуации. Низкие показатели самонаправленности и сотрудничества часто ассоциированы с неуважением к себе, несостоятельностью, эгоцентрической позицией,

агрессивностью и враждебностью. Трансцендентность демонстрирует степень веры человека в высшие силы, опору на таковые. Совокупность результатов опросника TSI-125 демонстрирует позицию отгороженности от мира с ощущением его враждебности, небезопасности, вместе со стремлением к удовлетворению сиюминутных, нередко опасных и необдуманных потребностей, при высокой степени эксплозивности и возбудимости. Подобная картина указывает на нестабильную эмоциональную реактивность респондентов в сочетании с отсутствием значимой рациональной составляющей для анализа возможных последствий совершаемых поступков.

Таким образом, хотя по частоте классических проявлений суицидального поведения (суицидальных попыток и мыслей) статистически значимых различий между группами не выявлено, группа молодых мужчин с НБ весьма примечательная и настораживающая с суицидологической точки зрения. О выраженном просуицидальном потенциале у таких мужчин свидетельствуют повышенные показатели по шкалам ОСР, а также значительная представленность предикторов аутоагрессивного поведения вкупе с рискованно-виктимным и наркологическим векторами реализации аутоагрессивных устремлений. Примечательно, что большинство индикаторов, значимых для практической суицидологической оценки, у участников исследуемой группы выделяются именно в период (последние два года жизни), который в наибольшей степени совпадает с пиком клинического развития НБ. Мужчины с НБ с суицидологических позиций требуют пристального внимания и разработки подходов для купирования возможных антивитаальных импульсов. Также (учитывая достаточно впечатляющую распространённость расстройства) представляется логичным создание скрининг-листов для выявления НБ у пациентов, которые обращаются к врачам смежных специальностей.

3.3. Гендерные особенности суицидологической характеристики молодых людей с нервной булимией

На сегодняшний день вопрос роли гендера при нервной булимии до конца не изучен. Обычно, при работе с пациентами с НБ исследователи сталкивались с малым количеством респондентов мужского пола, что делало выборку недостаточно репрезентативной и пациенты исключались из дальнейшего исследования [124]. Тем не менее, в имеющихся научных публикациях встречаются данные, указывающие на предпочтения в компенсаторном поведении у мужчин с НБ, неблагоприятную статистику в отношении завершенных суицидальных актов (что, безусловно, должно подразумевать и наличие у таковых и прижизненных суицидологических особенностей), связь несуицидального аутоагрессивного поведения с вариантами компенсаторного поведения [133, 144, 157, 184, 193], но, к сожалению, ни в зарубежных работах, ни тем более в отечественных, нет систематизированных представлений о влиянии пола пациентов с НБ на их аутоагрессивный профиль и суицидальные риски [21].

В нашем случае представилась возможность оценить профили суицидологических характеристик, связанные с полом респондента. Приступим к анализу представленности классических суицидальных паттернов в женской и мужской группах (Таблица 3.3.1).

Таблица 3.3.1 – Представленность классических суицидальных паттернов женщин и мужчин с нервной булимией

Признак	ЖсНБ n=40 Абс. (%)	МсНБ n=30 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Наличие суицидальных попыток в последние два года	1 (2,5%)	0 (0)	0,76	0,3831	-	-
Наличие суицидальных попыток ранее последних двух лет	1 (2,5%)	1 (3,33%)	0,04	0,8359	-	-

Продолжение Таблицы 3.3.1

Наличие суицидальных мыслей в последние два года	23 (57,5%)	4 (13,33%)	14,11	0,0002	8,794	[2,583; 29,943]
Наличие суицидальных мыслей ранее последних двух лет	19 (47,5%)	5 (16,67%)	7,23	0,0072	4,524	[1,442; 14,191]
Обдумывание плана совершения самоубийства	9 (22,5%)	1 (3,33%)	5,14	0,0233	8,419	[1,003; 70,647]

Не смотря на объективное отсутствие статистически значимой разницы в отношении суицидальных попыток между изучаемыми группами (как в последние два года, так и ранее таковых), тем не менее, обнаруживается существенная разница в отношении представленности суицидальных мыслей как в последние два года, так и ранее. Как, впрочем, и в отношении суицидальных устремлений с конкретизацией способа их осуществления. Таким образом, молодые женщины с НБ в данном отношении серьезным образом опережают мужчин с НБ, что, кстати, невозможно связать только с полом респондентов, поскольку женщины с НБ аналогичным образом опережают и контрольную группу одного с собой пола, что позволяет предположить гендерно-булимическую природу обнаруживаемых особенностей (Таблица 3.1.1). Следовательно, суицидальные устремления являются маркером именно женской когорты с НБ [22]. Еще раз обратим внимание на учащение выявления оцениваемой переменной именно в последние два года жизни, совпадающие с разгаром булимических переживаний. Попутно напомним, что в отношении данных переменных нами не обнаружено статистически значимых отличий в сравнении мужских групп (исследуемой и контрольной), выявлялось лишь не значимое (но почти двукратное) превышение по суицидальным мыслям в последние два года жизни мужчин. Какова природа подобной «мужской асуицидальности» еще предстоит выяснить (особенности ли это именно мужской клинической траектории при НБ, либо присутствуют иные гендерные драйверы), особенно в свете имеющихся зарубежных публикаций о частоте суицидальных исходов у мужчин при НБ [21].

Соответствующие пропорции наглядно представлены на Рисунке 3.3.1.

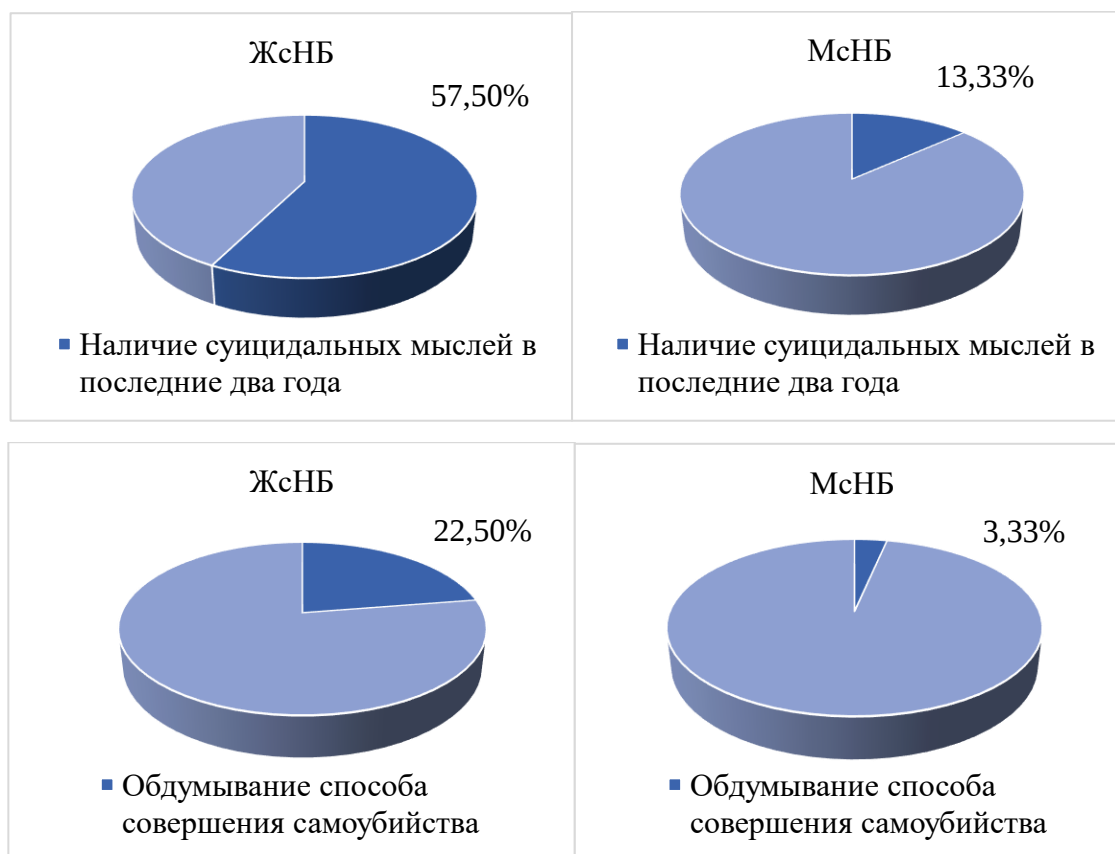


Рисунок 3.3.1 – Частота выявления классические суицидальных паттернов в исследуемых группах

Приступим к рассмотрению проявлений несуйцидальных аутоагрессивных паттернов среди мужчин и женщин с НБ, что отражено в Таблице 3.3.2.

Таблица 3.3.2 – Сравнение частоты выявления несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в исследуемых группах женщин и мужчин

Признак	ЖсНБ n=40 Абс. (%)	МсНБ n=30 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Склонность к неоправданному риску в последние два года	1 (2,5%)	6 (20%)	5,83	0,0157	0,103	[0,012; 0,905]
Склонность к неоправданному риску ранее последних двух лет	1 (2,5%)	6 (20%)	5,83	0,0157	0,103	[0,012; 0,905]

Продолжение Таблицы 3.3.2

Опасные для жизни хобби, привычки и склонности в последние два года	2 (5%)	4 (13,33%)	1,52	0,2178	-	-
Несистематический прием наркотических веществ в последние два года	1 (2,5%)	6 (20%)	5,83	0,0157	0,103	[0,012; 0,905]
Несистематический прием наркотических веществ ранее последних двух лет	1 (2,5%)	3 (10%)	1,79	0,1810	-	-
Наличие табакокурения	8 (20%)	14 (46,67%)	5,66	0,0174	0,286	[0,099; 0,821]
Увеличение табакокурения в последние два года	6 (15%)	12 (40%)	5,61	0,0179	0,265	[0,085; 0,823]

Несмотря на относительно небольшое количество статистически значимых различий, полученные данные всё же позволяют сформулировать ряд важных предположений. Прежде всего, обращает на себя внимание склонность к неоправданно рискованному поведению мужчин с НБ (20% против 2,5% в группе женщин с НБ). Эта особенность характерна для них как в последние два года жизни (период уже сформированной НБ), так и ранее. Попутно напомним, что показатели склонности к риску в мужской группе с НБ более чем в три раза превышают аналогичные значения в группе здорового контроля [20], что позволяет соотнести их присутствие с НБ, либо личностными особенностями респондентов, таковую приобретших, что в целом согласуется с ранее высказываемыми предположениями в зарубежных публикациях [116, 117, 188]. Хотя статистически значимых различий в распространённости опасных хобби за последние два года выявлено не было, их абсолютное количество в мужской подгруппе более чем в два раза превышает соответствующий показатель у женщин с НБ. Наиболее интересной представляется динамика употребления психоактивных (наркотических) веществ. В последние два года мужчины с НБ употребляют ПАВ почти в восемь раз чаще, чем женщины (16,67% против 2,5% в группе женщин). Данное различие может быть связано как

с попытками купировать выраженный психоэмоциональный дискомфорт, так и с распространёнными представлениями об анорексигенном эффекте некоторых психоактивных веществ. Кроме того, у мужчин за последние два года частота употребления ПАВ выросла в два раза, тогда как в женской группе подобного роста не наблюдается. Схожая картина отмечается и в отношении никотиновой зависимости. Следует напомнить, что исходный уровень курения в обеих подгруппах пациентов с НБ существенно выше, чем в соответствующих группах здорового контроля [22, 23], при этом особенно высокие показатели продемонстрировали именно мужчины. Совокупность перечисленных особенностей позволяет предположить, что для мужчин с НБ более характерны рискованно-виктимная и наркологическая направленность реализации аутоагрессивных тенденций. Хотя по отдельным, широко известным паттернам несуицидальной аутоагрессии (склонность к незащищённым половым контактам, несуицидальным самоповреждениям, частым несчастным случаям и т.д.), статистически значимых различий обнаружено не было, все эти формы поведения также заметно чаще встречаются именно у лиц мужского пола. Обнаруженные особенности, таким образом, говорят в пользу присутствия связанных с полом проявлений аутоагрессивного поведения, что, в целом, совпадает с ранее описанными трендами мужской аутоагрессивности при других расстройствах и состояниях [4, 5, 17, 62, 73].

Анализ предикторов аутоагрессивного поведения исследуемых групп обнаружил следующие их характерные особенности (Таблица 3.3.3).

Таблица 3.3.3 – Данные предикторов аутоагрессивного поведения у женщин и мужчин с НБ

Признак	ЖсНБ n=40 Абс. (%)	МсНБ n=30 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Беспричинное снижение настроения в последние два года	24 (60%)	9 (30%)	6,19	0,0128	3,500	[1,281; 9,561]

Продолжение Таблицы 3.3.3

Навязчивое чувство стыда за свое тело в последние два года	37 (92,5%)	16 (53,33%)	14,30	0,0002	10,792	[2,720; 42,810]
Ощущение присутствия физического недостатка в последние два года	14 (35%)	17 (56,67%)	3,26	0,0709	-	-
Частые угрызения совести в последние два года	18 (45%)	7 (23,33%)	3,51	0,0612	-	-
Острое чувство одиночества в последние два года	24 (60%)	11 (36,67%)	3,73	0,0533	-	-
Долгое переживание чувства вины в последние два года	18 (45%)	8 (26,67%)	2,47	0,1162	-	-
Навязчивое чувство стыда в последние два года	14 (35%)	6 (20%)	1,89	0,1692	-	-
Ощущение собственной неполноценности в последние два года	19 (47,7%)	11 (36,67%)	0,82	0,3647	-	-
Желание обратиться к специалисту (психиатру/психотерапевту)	16 (40%)	12 (40%)	0,00	1,0000	-	-
Наблюдались у психолога/психотерапевта в последние 2 года	1 (2,5%)	1 (3,33%)	0,04	0,8359	-	-

Несмотря на отсутствие большого числа статистически значимых различий между мужчинами и женщинами, страдающими нервной булимией, полученные данные всё же позволяют выделить ряд заметных и достаточно характерных тенденций. Прежде всего, у женщин отчётливо преобладает классический эмоциональный просуицидальный «симптомокомплекс», хорошо знакомый всем специалистам, а именно: склонность длительно переживать чувство вины (45% против 26,67% в группе мужчин с НБ), навязчивое чувство стыда (35% против

20%), склонность к угрызениям совести (45% против 23,33%), частота переживаемого чувства одиночества (60% против 36,67%), чувство собственной неполноценности (47,5% против 36,67%). Подчеркнём, что высокие значения по этим показателям регистрируются именно в последние два года – то есть, период уже сформированной НБ. Аналогичных тенденций в предшествующий период (ранее последних двух лет) выявлено не было. Данный факт во многом определяется как гендерной специфичностью, так и связанной с гендером, клинической динамикой формирования самой НБ, что подтверждают серии сравнений в главе, посвященной изолированной суицидологической характеристике женщин с НБ [22]. Хотя указанные различия не всегда достигают уровня статистической значимой разницы, наблюдаемая тенденция носит чётко выраженный характер и, на наш взгляд, требует пристального внимания со стороны специалистов, работающих с данной категорией пациентов.

Отдельного упоминания заслуживают и переменные, как раз совершенно сходные в обеих группах, касающиеся одинаково высокого (паритетного) числа респондентов обоего пола, имеющих намерение обратиться за специализированной медицинской помощью, и реальное количество обращений в последние два года. Подобный высокий потенциал говорит о наличии нереализованных потребностей, что заставляет задуматься о причинах и барьерах абсолютно идентичный вне зависимости от пола, заставляет серьёзно задуматься не только о причинах и барьерах, препятствующих реализации этих намерений, но и о значительном нереализованном потенциале, готовом для использования при создании соответствующих профилактических и психотерапевтических программ. Грамотная «активация» имеющейся, но дремлющей внутренней мотивации, может стать основой для создания эффективных моделей как терапии самой нервной булимии, так и коррекции аутоагрессивных устремлений.

Перейдем к интерпретации данных, полученных с помощью использованных в исследовании тестов и опросников. Результаты опросника суицидального риска (ОСР) в модификации Т.Н. Разуваевой отражены в Таблице 3.3.4.

Таблица 3.3.4 – Статистические значимые отличия шкал опросника суицидального риска (ОСР) у женщин и мужчин с НБ

Критерий/шкала	ЖсНБ Me (Q ₁ -Q ₃)	МсНБ Me (Q ₁ -Q ₃)	U	p
Аффективность	3,3 (1,1-4,4)	1,1 (0-3,3)	410,50	0,024896
Максимализм	3,2 (0-3,2)	0 (0-3,2)	421,50	0,034647
Интегральный показатель ОСР	14,5 (9,5-19,0)	9,5 (6,0-17,0)	440,50	0,059164

Прежде всего, обращают на себя внимание значительные различия, касающиеся значений интегрального показателя суицидального риска – он оказался существенно выше в женской группе (незначительно не достигая статистически значимого порога). Напомним, что соответствующие значения в женской и мужской группах с НБ имели статистически значимые отличия от соответствующих значений лиц без НБ, вошедших в группы контроля. Все использованные в исследовании группы можно было расположить в следующем континууме: ЖсНБ-МсНБ-ЖбНБ-МбНБ (в порядке уменьшения значения), что с одной стороны отражает гендерное влияние НБ, так и гендерные тренды суицидальных рисков вообще (разница между контрольными группами).

В произведенной серии сравнений женщин, страдающих НБ, также значимо характеризуют высокие значения шкал «аффективность» и «максимализм». Высокий уровень аффективности указывает на склонность респонденток к бурному и интенсивному реагированию на стрессовые ситуации и эмоциональной импульсивности. Выраженная склонность к максимализму характеризует срез участниц как наделенный инфантильными жизненными установками, склонностью к крайностям в суждениях, фиксации на неудачах и проекции негативного опыта отдельного конфликта на все сферы жизни. Подобные стратегии способствуют поддержанию внутреннего конфликта, а также гиперэргической реакции на постоянные неудачи в бесконечных циклах строгих диет и последующих пищевых срывах. Любопытно, что те же шкалы отличали женщин с НБ в том числе и от представительниц группы контроля (широта отличий была при этом существенно

значительнее). Указанные шкалы, вероятно, могут служить характерными индикаторами именно женской группы.

Анализ результатов опросника детских травм (Childhood Trauma Questionnaire: CTQ-SF) в исследуемых группах мужчин и женщин не показал статистически значимых результатов (Таблица 3.3.5), то есть, профили групп в данном случае фактически совпадают.

Таблица 3.3.5 – Результаты опросника детских травм (Childhood Trauma Questionnaire: CTQ- SF) в исследуемых группах женщин и мужчин

Шкала	ЖсНБ n=40 Me (Q ₁ -Q ₃)	МсНБ n=30 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Эмоциональное насилие	7 (5-9,5)	7 (5-12)	561,0	0,647735
Физическое насилие	5 (5-6,5)	8 (5-10)	527,0	0,389560
Сексуальное насилие	5 (5-5)	5 (5-5)	552,0	0,572944
Эмоциональное пренебрежение	8 (5-10)	7,5 (5-14)	536,50	0,454658
Физическое пренебрежение	6 (5-9,5)	8 (5-10)	470,50	0,125783
Минимизация/отрицание	6 (4-8)	7 (4-10)	499,0	0,232982

Тем не менее, уделим внимание анализу значений отдельных шкал опросника, демонстрирующих присутствующие тенденции. Обращает на себя внимание превалирование показателей физического насилия и пренебрежения в группе мужчин с НБ в сочетании с заметно более высокими значениями, касающимися минимизации/отрицания пережитого негативного опыта (соответствующая шкала). Подобное сочетание может говорить о задействованных механизмах отрицания/вытеснения значимости имеющихся травм, направленных на сокращение вероятного урона, наносимого таковыми психике в детском возрасте (косвенно способного указывать и на рационализацию ранее случившегося уже во взрослом возрасте).

Результаты HADS (госпитальной шкалы тревоги и депрессии) также не демонстрируют значимых отличий между двумя исследуемыми группами. Напомним, что обе исследуемые группы по данным индикаторам имели

статистически значимые отличия от контрольных групп. Характерно и совпадение результатов теста с данными субъективной оценки собственной личности, как склонной к депрессивным реакциям, обнаруженным при сравнении с соответствующими контрольными группами (Таблица 3.1.7 и Таблица 3.1.8).

Обсудим теперь результаты, полученные при сравнении данных диагностической методики TCI-125 (Таблица 3.3.6).

Таблица 3.3.6 – Данные диагностической методики TCI-125 структуры характера и темперамента (The temperament and character inventory) в группах женщин и мужчин с нервной булимией

Шкала	ЖсНБ n=40 Me (Q ₁ -Q ₃)	МсНБ n=30 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Избегание вреда	13 (9-16)	9 (7-10)	282,5000	0,000169
Зависимость от вознаграждения	9,5 (7-11)	6 (4-7)	193,0000	0,000001
Самонаправленность	11 (8-20)	10,5 (5-14)	387,0000	0,011672
Сотрудничество	18 (14-21)	12 (10-14)	179,5000	0,000001

Был выявлен ряд статистически значимых отличий, позволяющих предполагать ряд гендерно характерных особенностей у мужчин и женщин с НБ. Так в группе женщин с НБ наблюдается высокие значения таких шкал, как «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения», «самонаправленность». Высокий показатель избегания вреда говорит о наличии значимого беспокойства и стремление избежать стрессовых ситуаций в связи с необоснованными опасениями даже в самых обыденных обстоятельствах, что, вероятно, является косвенным подтверждением имеющегося интрапсихического конфликта, который девушки склонны переживать в более выраженной степени (ведь речь идет об их идеальной внешности, которая остается недостижимой). Высокий показатель зависимости от вознаграждения обуславливает социальную уязвимость, зависимость от чужого одобрения, острое переживание отсутствия положительной внешней стимуляции (коя, по их мнению, невозможна, поскольку они для этого недостаточно хороши – неспособны управлять своим питанием и весом). Показатель самонаправленности,

являясь отражением внутреннего локус контроля, создает уязвимость в результате формирования представлений о сугубо личной ответственности за происходящее в жизни индивида (в том числе и негативные вещи), что, в ряде случаев, способно формировать фобические установки на получение сторонней помощи. Касаясь последней шкалы, «сотрудничество», целесообразнее говорить не о ее значении в женской группе, а о, скорее, весьма низких показателях таковой в группе мужчин с НБ. Шкала сотрудничества отвечает за открытость для взаимодействий, социальную терпимость, эмпатию и желание быть полезным другим, чего как раз в недостаточной степени демонстрируют представители мужской группы. Описанные особенности могут быть использованы при подготовке персонифицированных (в том числе, с учетом пола пациентов) лечебных и профилактических мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках настоящего исследования впервые в российской практике проанализированы аутоагрессивные характеристики и психологические особенности пациентов мужского и женского пола с нервной булимией, включая изучение влияния пола на формирование суицидологического профиля изучаемых лиц.

Обзор научной литературы обнаружил высокую актуальность и критическую значимость изучения суицидальных характеристик у молодых людей с нервной булимией, что обусловлено прежде всего тревожными данными, касающимися широкой распространённости РПП, и достаточно впечатляющей представленностью в группе антивитаальных устремлений (данные зарубежных исследований, отечественные публикации, к сожалению, отсутствуют). Осуществленный систематический обзор позволил обнаружить ряд существующих ограничений. Во-первых, критически малое число осуществленных работ касались мужчин с НБ (при увеличивающемся их объёме). Во-вторых, несмотря на разноплановость подходов к изучению аутоагрессивных паттернов в клинике НБ, имеется малое количество исследований, затрагивающих их динамические характеристики. В-третьих, практически отсутствуют публикации, затрагивающие терапию «суицидальной» НБ, как и не создана концепция соответствующей профилактики. В-четвёртых, представлены данные преимущественно зарубежных исследований, что создаёт заметный пробел соответствующих представлений, касающихся российской популяции больных с НБ, что лишний раз подчёркивает актуальность осуществленного исследования.

Проблема расстройства пищевого поведения (в частности, НБ) затрагивает не только женщин, как привычно считается, но и молодых мужчин: они в равной степени испытывают давление из-за критики внешности, недовольство собственным телом и необоснованное стремление соответствовать навязанным «стандартам красоты». Феномен аутоагрессии, связанный с РПП, оказывается значительно шире, чем предполагалось ранее: до сих пор он ассоциировался

преимущественно с аутоагрессивным поведением пациентов, страдающих нервной анорексией.

Все вышеперечисленное определяет несомненную актуальность предпринятого исследования, целью которого являлось определение суицидологических характеристик молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией. Согласно цели исследования были сформулированы следующие его задачи: изучение суицидологических характеристик молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией; конкретизация суицидологических характеристик молодых женщин и мужчин с нервной булимией в зависимости от их пола; обоснование целесообразности разработки мероприятий, направленных на коррекцию аутоагрессивного поведения у молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией.

Научная новизна диссертационного исследования заключалась прежде всего в том, что впервые на примере отечественной популяции была изучена суицидологическая характеристика молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией, способная существенно расширить имевшиеся представления об аутоагрессивной составляющей НБ, способных формировать адекватную суицидологическую настороженность при данном расстройстве. Впервые осуществлена комплексная оценка гендерных особенностей суицидологической спецификации молодых женщин и мужчин, страдающих нервной булимией, значимые для организации превентивных и терапевтических мероприятий. Уточнены психологические особенности женщин и мужчин, страдающих нервной булимией, значимые для суицидологической практики. Полученные данные способны обосновать целесообразность разработки мероприятий по коррекции аутоагрессивного поведения у молодых людей, страдающих нервной булимией, с целью максимальной персонификации и фокусности соответствующих мероприятий.

Методология и методы исследования: в исследовании приняли участие 195 молодых женщин, из них в исследуемую группу вошли 40 с НБ, а также 106 мужчин, из которых 30 отмечали признаки НБ.

Критериями включения установленный диагноз НБ согласно критериям МКБ-10; отсутствие иных психических расстройств согласно критериям МКБ-10, способных оказывать значимое влияние на оцениваемые переменные; возраст от 20 до 27 лет, факт обучения в ВУЗе на момент проведения исследования, согласие на очное диагностическое интервью. В исследование не были включены лица: отказавшиеся от участия в исследовании; с наличием иными видами РПП по критериям МКБ-10; имеющие иные психические расстройства на момент проведения исследования, способные оказать значимое влияние на изучение суицидологических характеристик; страдающие соматическими заболеваниями, симптомами которых могли являться вторичные нарушения пищевого поведения; принимающие психотропные препараты, препараты, влияющие на аппетит. После осуществления клинического интервью с исследуемыми, ими был пройден модифицированный «Опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем» для конкретизации аутоагрессивных характеристик, опросник суицидального риска, госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS), опросник детских травмирующих переживаний – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ); диагностическая методика TCI-125 структуры характера и темперамента.

Проведенное исследование предоставило в наше распоряжение следующие результаты, позволившие сделать выводы, согласно поставленным в исследовании задачам.

Молодые женщины с НБ в большей степени характеризуются наличием классических суицидальных паттернов – суицидальных мыслей и переживаний, имеют ярко выраженный просуицидальный эмоциональный комплекс, а также существенно более высокие показатели по большинству шкал ОСР, включая его интегративный показатель общего суицидального риска. Мужчин с НБ в большей степени, в свою очередь, характеризуют рискованно-виктимный и наркологический векторы реализации аутоагрессивных устремлений. Важно отметить, что как женская, так и мужская группы пациентов с НБ имели значительное число статистически значимых различий по множеству суицидологических индикаторов,

использованных в исследовании, в сравнении с контрольными группами (лица без НБ) [22, 23]. Следует подчеркнуть и значимый рост частоты обнаружения ряда переменных именно в последние два года, что совпадает с периодом клинической активности нервной булимии у пациентов обеих групп.

Следует оговориться, что не обнаруженные значимые отличия с представителями контрольных групп именно в отношении предпринятых суицидальных попыток, возможно служит крайне настораживающим феноменом (при условии обнаружения частоты суицидальных намерений в исследуемых группах) в отношении вероятной частоты фатальных суицидальных попыток. Что, учитывая скрытность течения расстройства, представляется весьма вероятным (особенно учитывая частоту завершенных суицидов у лиц с НБ по данным ряда зарубежных исследований) [94, 133, 155]. Окончательное решение данного вопроса будет являться заделом для последующих перспективных исследований проблемы суицидологии НБ.

Выявленные высокие значения ряда предикторов, характеризующие исследуемые группы в период ранее последних двух лет, с большой долей вероятности указывают на заметно более раннее формирование изучаемого РПП (что совпадает с мировыми трендами и данными многочисленных исследований [7, 57, 184]), кроме того, следует помнить и о варианте субклинического течения НБ с его заметным аутоагрессивным потенциалом, описываемым в ряде авторитетных научных исследований [107, 162, 175], что также формирует перспективы исследовательской работы в данном направлении.

Таким образом, суммируя полученные результаты, стоит отметить, что при высокой социальной адаптивности женщин с НБ, мы наблюдаем более выраженные активные суицидальные идеации (мысли с обдумыванием способа совершения самоубийства со стабильными значениями суицидальных попыток на протяжении всего анамнеза жизни) и превалирование предикторов аутоагрессивного поведения (долго переживаемое чувство вины, одиночества, стыда и безысходности). Повышенный суицидальный потенциал изучаемой группы молодых женщин с НБ

также подтверждается высокими показателями по многим пунктам шкалы оценки суицидального риска.

При явном превалировании классических суицидальных паттернов поведения (суицидальные мысли и попытки) у женщин с НБ, обнаружено значительное преобладание несуйцидальных аутоагрессивных моделей у мужчин в исследуемой группе (употребление ПАВ, табакокурение с увеличением числа выкуриваемых сигарет, склонность к неоправданному риску). О высоком суицидальном потенциале также свидетельствуют высокие показатели шкал оценки суицидального риска, а также широкое распространение факторов, способствующих аутоагрессивному поведению.

Полученные результаты в некоторой степени противоречат данным зарубежных исследований, которые неоднократно указывали на более высокую суицидальную смертность именно среди мужчин с нервной булимией [184]. Причины более «благополучного» профиля мужчин по классическим суицидальным паттернам пока остаются неясными – это могут быть как национально-культурные особенности, так и проблемы диагностики и низкого самораскрытия. Кроме того, в упомянутой работе анализировались исключительно завершённые суициды, что открывает широкие перспективы для дальнейших исследований с иным методологическим дизайном.

Полученные данные определяют необходимость своевременного выявления подобных лиц на начальных стадиях заболевания, а также проведения активной профилактики НБ (и тем самым, сопряженные с РПП аутоагрессивных моделей поведения), начиная с подросткового периода.

В целом, полученные результаты позволяют существенно персонализировать диагностические, профилактические и терапевтические подходы. Особый интерес вызывает тот факт, что в обеих группах наблюдается очень высокий процент пациентов, которые выражают желание получить специализированную помощь, при крайне низком количестве тех, кто реально за ней обратился. Этот разрыв между потенциальной потребностью и фактическим поведением требует разработки эффективных стратегий для его преодоления.

Дальнейшие исследования в рамках диссертационной работы могут быть сосредоточены на разработке индивидуализированных эффективных моделей, направленных на снижение риска суицида и профилактику формирования НБ.

Таким образом, полученные результаты конкретизировали суицидологическую составляющую НБ, обосновав необходимость разработки превентивных методов профилактики, обозначили траекторию вероятной работы с рассматриваемой группой пациентов. Осуществленное исследование создает возможности для определения точек приложения терапевтической активности, формирует суицидологическую настороженность у всех непрофильных в разрезе суицидологии специалистов (терапевты, гастроэнтерологи, дерматологи, стоматологи и пр.). Выявленные характеристики помогут сформировать гендер-специфичный подход при планировании краткосрочных вмешательств для молодых людей с нервной булимией.

Практическая значимость исследования обусловлена возможностью непосредственного использования его результатов в системе психиатрической, психотерапевтической и суицидологической помощи молодым взрослым с нервной булимией. Выявленная структура аутоагрессивного поведения и профиль предикторов суицидального поведения у молодых пациентов с нервной булимией могут являться основой скрининговых инструментов для оценки суицидального риска. На основе выявленных факторов риска (негативные переживания, эпизоды несуицидального самоповреждения, употребление ПАВ, выраженная неудовлетворенность телом, импульсивность, опыт насилия и др.) возможно создание или адаптация кратких опросников и алгоритмов первичной оценки, пригодных для использования врачами-психиатрами, психотерапевтами, клиническими психологами, а также специалистами терапевтической практики при подозрении на РПП. Включение целенаправленных вопросов о пищевом поведении и булимических симптомах в стандартные суицидологические интервью позволит своевременно выявлять пациентов из группы «скрытого» высокого риска.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Клинический пример № 1

Ж., 22 года, студентка 4-го курса радиотехнического университета, выявлены симптомы НБ.

На момент осмотра предъявляет жалобы на неукротимый аппетит, эпизоды переедания, «не могу себя контролировать в еде», страх полноты, ощущение «тяжести» тела, «ненависть и отвращение к себе», желание похудеть и скинуть вес, низкую самооценку, ощущение враждебности мира и окружающих, «чувство, что у всех всё получается кроме меня».

Анамнез жизни: наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом отца. Младший ребенком из 2-х детей (есть старший брат). Воспитывалась в основном матерью и бабушкой, так как отец много времени проводил на работе, а дома пребывал в состоянии алкогольного опьянения, в воспитании участвовал редко. Отношения с родителями формальные, часто подвергалась физическим и психологическим наказаниям (в виде избиений ремнем, шнуром, обувью, а также длительного игнорирования) за любые провинности, унижениям, оскорблениям: «ничего из тебя не выйдет, ты здесь никто, твоего ничего нет», критике в сторону внешности и фигуры. В школе училась хорошо, в младших и средних классах часто подвергалась буллингу со стороны сверстников по поводу повышенной массы тела (обзывали «жирной», кидали мусор в вещи, рюкзак, могли украсть что-то личное и дразнить, не отдавая). Пыталась обратиться за помощью к матери, но не нашла поддержки, «похудеешь и будут к тебе нормально относиться». Обращалась к психологу школы, но консультация эффекта не возымела, однако эпизоды буллинга несколько сократились. Окончила 11 классов общеобразовательной школы, после поступила в радиотехнический университет, учится на 4-ом курсе без академических задолженностей. Ранее в поле зрения психиатров и наркологов не попадала.

Анамнез заболевания (РПП): с раннего детства подвергалась критике фигуры и внешности со стороны мамы и бабушки (критиковали живот, ноги, руки, вес в целом, дразнили толстушкой), из-за чего спустя время (в 12-13 лет) стала стесняться открытой одежды, испытывала стыд за тело и лишний вес, появилось перманентное чувство вины, ощущение физического недостатка, периодически замечала острое чувство одиночества, которое старалась нивелировать общением в интернете, где не показывала свою внешность. С 15 лет начала придерживаться многочисленных диет по советам матери и по информации на тематических сайтах по похудению. Диеты подразумевали разнообразный характер в виде интервальных голоданий, жестких ограничений определенных продуктов, а также «питьевых диет» вплоть до полного отказа от еды на длительное количество времени с целью быстрого похудения. Ограничения в питании в первое время давали непродолжительный эффект в виде снижения веса, но затем стали заканчиваться пищевыми неконтролируемыми срывами, «я как одержимая набирала сладостей, чипсов и ела до отказа в желудке, иногда казалось, что он разорвется, так было плохо». Из-за сильного страха набрать вес, стала компенсировать набранные после пищевых срывов калории с помощью очередной жесткой диеты, с 17 лет стала использовать слабительные («Фортранс», «Гуталлак») и «таблетки для контроля аппетита» с маркетплейсов по совету «подруг по несчастью» из интернета. Практически сразу после начала циклов неконтролируемого переедания стала вызывать рвоту для очищения, «так было легче, вроде и объелась, но всё вышло». Постепенно эпизоды переедания и самоиндуцированной рвоты стали повторяться чаще, до 1-2-х раз в неделю. На фоне срывов и отсутствия прогресса в похудении усиливались чувства стыда и вины в совокупности с паническим страхом потолстеть, что вызывало ощутимую тревогу, периодические эпизоды снижения настроения, отменяла встречи с друзьями, социально изолировалась. Также появилось чувство безысходности из-за неудачных попыток похудеть, чувствовала себя «беспомощной, загнанной в тупик». На данный момент на фоне дисморфофобических переживаний и сильной тревоги по поводу веса (триггером выступают критика матери, сравнение себя с другими девушками, субъективно

ощутимая прибавка веса или объемов тела), эпизоды переедания наблюдаются каждый/через день, что ощущается как «пищевой запой, не могу остановиться, могу съесть всё, что есть в холодильнике, однажды грызла сырую картошку и не сваренные макароны» с последующей самоиндуцированной рвотой даже после небольшого перекуса (до 4-5 раз в день). Принимает слабительные препараты каждый день, «чтобы кишечник хорошо работал и всё убирал», периодически заказывает на маркетплейсах препараты для контроля аппетита, но «они не дают сильного эффекта».

Аутоагрессивный анамнез: впервые пассивные суицидальные мысли появились в возрасте 15 лет на фоне перманентных чувств вины, стыда, ощущения неполноценности и физического недостатка. Неудачи ограничений в еде переживала, как «фатальные», «чувствовала себя неудачницей, ни на что не способной, никчемной». Конкретных суицидальных планов не строила, но систематически отмечала мысли: «вот бы я исчезла и всё стало спокойно, сбила бы машина насмерть или какая-нибудь катастрофа случилась», «уснуть бы и не проснуться». Переживаниями ни с кем не делилась, так как «понимала, что никто не поймет, никому не могла такое доверить, мама бы вообще убила». На фоне сильных психоэмоциональных переживаний стала искать помощь в интернет-ресурсах, где советовали «сделать себе больно, нанести порез или удариться обо что-то твердое, тогда станет легче», попробовала порезать область левого предплечья, из-за чего испытала некоторое облечение, но чувство боли не понравилось. Постепенно частота суицидальных мыслей усилилась, стала обдумывать способы самоубийства, размышляла, «как безболезненней это сделать, чтобы ничего не чувствовать», искала информацию в интернете. В 19 лет на фоне сильных психоэмоциональных переживаний (расставание с молодым человеком, конфликты в семье, экзамены в университете), эпизодами переедания с последующим компенсаторным поведением решила покончить жизнь самоубийством, прыгнув с высоты (15 этаж): нашла высотку со свободным доступом к балконам, выбрала день, но передумала, «побоялась боли, а вдруг инвалидом бы осталась, не хочу этого». После этого старалась найти поддержку и

помощь в сети, но легче не становилось. Осенью прошлого года, находясь одна в комнате общежития университета, в связи с очередным булимическим приступом, сложными взаимоотношениями с родителями, ощущением вины, стыда и безысходности, отсутствием поддержки попыталась покончить жизнь самоубийством, нанеся ножом порезы на левое предплечье, «ничего не хотела чувствовать, ощущение тупика и безысходности, во всем я плохая и никчемная», но в процессе, на фоне боли и страха смерти, прекратила, оказала себе первую помощь, о произошедшем никому не рассказала.

Клинический пример № 2

М., 21 год, студент 4-го курса политехнического университета, выявлены симптомы НБ.

На момент осмотра жалобы на неконтролируемое переедания с последующими эпизодами рвоты, навязчивые мысли о весе, постоянные вину и стыд за невозможность похудеть.

Анамнез жизни: наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом отца и бабушки. Воспитывался единственным ребенком в полной семье. Раннее развитие без особенностей. Отношения в семье нестабильные, формальные. Отец М. – частный предприниматель, эмоционально холодный, критикующий. Мама – учительница начальных классов, властная, эмоционально отстраненная. У родителей акцент на достигаторстве и успехе, при плохих оценках в школе или замечаниях наказывался длительным игнорированием, насмешками и унижением со стороны родителей, «это они так мотивировали меня». Закончил 11 классов общеобразовательной школы, учился «хорошо», нравились гуманитарные науки. В школе друзей не завел, была пара «приятелей» вне места жительства (общался с ребятами с помощью социальных сетей). С 16 лет стал активно заниматься спортом – ходил в спортивный зал, самостоятельно выстраивал программу занятий и схему питания, «чтобы подтянуть тело, накачаться». Других увлечений не имел. После школы поступил в университет, на данный момент

учиться на 3-ем курсе с некоторыми академическими задолженностями, что тщательно скрывает от родителей для избегания дополнительной критики со стороны родителей. Продолжает активно заниматься спортом, большую часть свободного времени проводит в зале. На данный момент проживает в общежитии, романтических отношений избегает из-за стыда своего тела.

Анамнез заболевания (РПП): В 17 лет после длительного ограничивающего диетического питания, систематических конфликтов в семье, подготовки к экзаменам стал отмечать первые эпизоды переедания, так как «переживал, что плохо сдам предметы, и родители будут сильно ругать, и поддержки не было, сложно было самостоятельно справляться». Периодически по вечерам после ужина объедался купленными заранее сладостями, чипсами, печеньем, после чего чувствовал внутреннее опустошение, ощущение неполноценности из-за «отсутствия силы воли». После эпизодов переедания старался жестче ограничивать себя в питании, запрещал себе употреблять определенные продукты, пил много воды, употреблял никотин (ингаляционно, сублингвально), «чтобы сбивать аппетит». С 19 лет эпизоды переедания стали учащаться до 1-2х раз в две недели, контролировать эпизоды переедания не мог, «было чувство, что я отключаюсь от всего, перестал выдерживать диеты». На фоне субъективного ощущения набора веса после эпизодов переедания стал самостоятельно вызывать рвоту, «чтобы не поправиться», стал усерднее заниматься в зале, подключил бег по вечерам. Постепенно (через полгода) эпизоды переедания участились до 1-3х раз в неделю, появилось регулярное «компенсаторное» поведение: самоиндуцированная рвота, жёсткие диеты на следующий день, чрезмерные физические нагрузки по два раза в день (тренировки в зале до выраженной боли в мышцах, бег на улице). За последние год-полгода года отмечается нарастание частоты приступов до ежедневных, иногда по 2 раза в день. Перед приступом – напряжение, тревога, навязчивые мысли о еде и весе, ощущение «надо сорваться». Во время приступа – утрата контроля, может съесть большое количество высококалорийной пищи (хлеб, сладости, фастфуд), после – выраженный стыд, чувство вины, самоуничижение, отвращение к себе. Масса тела в пределах нормы (ИМТ 21–22), однако пациент убеждён, что

«толстый» и «никчемный». На протяжении года: сниженное настроение, ангедония, быстрая утомляемость, чувство собственной никчёмности, социальная изоляция (ограничил общение с окружающими людьми), нарушение сна (сон с частыми ночными пробуждениями, дневная сонливость). Накануне сессии и после конфликтов с матерью и отцом (которые по телефону критикуют его образ жизни и любые достижения) симптомы усиливаются.

Аутоагрессивный анамнез: с 18 лет стал отмечать пассивные суицидальные мысли – «лучше бы меня не было, зачем я родился, всё равно смысла в жизни нет». На фоне неудач в похудении, после эпизодов переедания отмечал эпизоды ощущения отсутствия смысла в жизни и безысходность. В последний год отмечает увеличение табакокурения до двух пачке в день, по совету из интернета и снижении анорексигенного и анксиолитического эффектов от сигарет стал периодически употреблять сибутрамин, марихуану по заказу из интернета «с целью расслабления и снижения аппетита». Около 2-3х месяцев назад усилились мысли о нежелании жить, появилось ощущение «тупика» и безысходности. За несколько дней до суицидальной попытки – неудача на важном экзамене, из-за чего получает от отца жёсткую критику («опозорил семью, ничего не добьёшься»). В день суицидальной попытки утром происходит очередной эпизод неконтролируемого переедания, после которого М. самостоятельно вызывает рвоту. Вечером, находясь в состоянии отчаяния и самоненависти, пишет в заметках телефона прощальное письмо, выражает убеждённость, что не может «остановить это» (приступы булимии и плохие отношения в семье). Принял большое количество таблеток, которые купил заранее (несколько блистеров парацетамола, точно дозу не помнит), запил большой дозой алкоголя. Утром следующего дня был разбужен соседом по комнате. О произошедшем ни с кем не поделился, объяснил себе случившееся «помутнением, минутной слабостью», наличие в комнате алкоголя и пустых блистеров от таблеток объяснил желанием «расслабиться» после тяжелого дня накануне.

ВЫВОДЫ

1. Молодые люди, страдающие нервной булимией, относятся к группе повышенного суицидального риска. Женщин с булимией характеризует сочетание суицидальных идеаций (суицидальных мыслей, часто с продумыванием конкретного способа осуществления суицида) и просуицидального эмоционального комплекса.

2. Молодых мужчины с булимией, наряду со значительными отличиями в отношении целого ряда значимых для суицидологической практики анамнестических и актуальных предикторов, преимущественно характеризует рискованно-виктимный вектор реализации аутоагрессивных тенденций.

3. Суицидологический профиль молодых пациентов с нервной булимией демонстрирует выраженные гендерные различия: у женщин с данным диагнозом спектр выявляемых суицидальных паттернов значительно шире и разнообразнее, чем у мужчин с аналогичным расстройством. Их более высокий антивита́льный потенциал подтверждается данными опросника суицидального риска (ОСР).

4. Помимо специфического аутоагрессивного профиля молодые люди, страдающие нервной булимией, имеют соответствующий психологический портрет, который следует использовать при разработке профилактических и лечебных программ в сфере наркологии и суицидологии для этой категории пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

1. Целесообразно создание диагностических комплексов (скринингового и фокусного характера), направленных на выявления начальных признаков НБ у лиц молодого возраста. Что является крайне актуальной задачей, учитывая фактическое распространение данной разновидности РПП, скрытность его течения и имеющийся высокий аутоагрессивный потенциал.

2. При выявлении НБ необходимо углублено изучить представленность индикаторов, способных дать представление о риске аутоагрессивного (в то числе, суицидального) поведения. Этому способствует формирование суицидальной настороженности у специалистов различных профилей, сталкивающихся в своей работе с НБ (НБ может «дебютировать» именно аутоагрессивными паттернами).

3. При обращении молодых людей к психиатрам/психотерапевтам/психологам с суицидальными паттернами, либо склонностью к самоповреждению, важно проанализировать их пищевые привычки, поскольку именно таковые способны играть ключевое значение в индивидуальном суицидогенезе. Наличие расстройства пищевого поведения способно значительно снизить результативность мер, направленных на коррекцию аутоагрессивного поведения.

4. Полученные данные диктуют необходимость разработки комплексных, полипрофессиональных моделей эффективной превенции/коррекции аутоагрессивных проявлений у лиц с НБ как среди женщин, так и среди мужчин, обязательным образом учитывая гендерный аспект проявления заболевания.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВГДИ	– верхняя граница доверительного интервала
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ДИ	– доверительный интервал
ЖБНБ	– женщины без нервной булимии
ЖсНБ	– женщины с нервной булимией
МБНБ	– мужчины без нервной булимии
МКБ	– международная классификация болезней
МсНБ	– мужчины с нервной булимией
НА	– нервная анорексии
НБ	– нервная булимия
НГДИ	– нижняя граница доверительного интервала
НССП	– несуицидальное самоповреждение
ОШ	– отношение шансов
РПП	– расстройство пищевого поведения
AUDIT	– The Alcohol Use Disorders Identification Test
DSM-5	– Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition
Infinity	– отсутствие верхнего доверительного интервала
Me	– медиана
NaN	– Not-a-number (не число)
p	– статистическая значимость
Q1	– нижний квартиль
Q3	– верхний квартиль
U эксп.	– статистический критерий Манна-Уитни
χ^2	– статистический критерий Пирсона (хи-квадрат)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абраменков, А. И. Синдромы нервной булимии и нервной анорексии у мужчин с позиции биопсихосоциального подхода / А. И. Абраменков, Е. А. Бурина. – Текст : непосредственный // Интерактивная наука. – 2016. – № 6. – С. 49–53.
2. Аутоагрессивное несуйцидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями / А. А. Абрамова, С. Н. Ениколопов, А. Г. Ефремов, С. О. Кузнецова. – Текст : электронный // Клиническая и специальная психология. – 2018. – № 2 (7). – С. 21–40.
3. Афанасьев, С. О. Особенности терапии социальной тревоги и коморбидных расстройств пищевого поведения у студентов-медиков / С. О. Афанасьев, О. Ю. Ширяев. – Текст : непосредственный // Психическое здоровье. – 2023. – №6 (18). – С. 71-72.
4. Байкова, М. А. Взрослые дети злоупотреблявших алкоголем: суицидологические аспекты. Обзор литературы / М. А. Байкова. – Текст : непосредственный // Девиантология. – 2018. – № 2 (2). – С. 3–12.
5. Байкова, М. А. Влияние алкоголизма родителей на суицидологические и личностно-психологические характеристики потомства / М. А. Байкова, А. В. Меринов. – Текст : непосредственный // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2018. – Т. 26, № 4. – С. 547–558.
6. Банников, Г. С. Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук : специальность 3.1.17. «Психиатрия и наркология»/ Банников Геннадий Сергеевич ; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2024. – 367 с. – Текст : непосредственный.
7. Барыльник, Ю.Б. Нервная анорексия и нервная булимия: от истории к современности / Ю.Б. Барыльник, Н.В. Филиппова, М.А. Деева. – Текст :

непосредственный // Российский психиатрический журнал. – 2016. – №3. – С. 36–45.

8. Бисалиев, Р. В. Аутоагрессивное поведение при опийной наркомании / Р. В. Бисалиев, Л. П. Великанова ; Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования "Астраханская гос. мед. акад. Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию". – Астрахань : Изд-во Астраханской гос. мед. акад., 2007. – 117 с. – Текст : непосредственный.

9. Бисалиев, Р. В. Несуицидальное аутоагрессивное поведение у больных опийной наркоманией (клинико-психопатологический аспект) / Р. В. Бисалиев, Л. П. Великанова. – Текст : непосредственный // Наркология. – 2005. – № 12. – С. 44 - 48.

10. Бобров, А. Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии / А. Е. Бобров. – Текст : непосредственный // Альманах клинической медицины. – 2015. – № 1. – С. 13–23.

11. Брюхин, А. Е. Длительное течение тяжелой нервной анорексии со стойкой утратой трудоспособности / А. Е. Брюхин, А. И. Кузнецов, Г. Ф. Музыченко. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 2 (113). – С. 66–70.

12. Васильев, В. В. Проявления суицидального поведения у больных органическими психическими расстройствами / В. В. Васильев, Е. А. Сергеева. – Текст : непосредственный // Сибирский вестник психиатрии и наркологии №1. – 2018. – № 1 (98). – С. 62–67.

13. Васильев, В. В. Суицидальное поведение при пограничном расстройстве личности: современное состояние проблемы / В. В. Васильев, Р. Э. Искандерова. – Текст : непосредственный // Российский психиатрический журнал. – 2021. – №3. – С. 45–55.

14. Васильев, В. В. Эпидемиология завершенных суицидов при органических психических расстройствах / В. В. Васильев, Е. А. Сергеева. – Текст : непосредственный // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 3. – С. 4–9.

15. Вейцман, И. А. Нервная анорексия у молодой пациентки с летальным исходом. Клинический случай / И. А. Вейцман, Д. С. Свиридова. – Текст : непосредственный // Психическое здоровье (психиатрия). Клинический разбор. – 2022. – № 2. – С. 58–61.
16. Всемирная организация здравоохранения : сайт. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 20.02.2026). – Текст: электронный.
17. Гендерный аспект суицидологического профиля лиц с опасным потреблением алкоголя / К. В. Полкова, А. В. Меринов, Е. В. Комаров [и др.]. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2023. – № 2 (14). – С. 59–72.
18. Гранкина. А. Д. Расстройство пищевого поведения как проявление несуйцидального самоповреждающего поведения / А. Д. Гранкина, К. С. Ершова, А. Д. Лобанов. – Текст : непосредственный // Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая наука 2021». – 2021. – № 4. – С. 691.
19. Грачев В. В. Нервная булимия и расстройства пищевого поведения булимического спектра у девушек подросткового возраста: учебное пособие / В. В. Грачев, Ю. С. Шевченко; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. – Москва : ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2020. – 91 с. – ISBN 978-5-7249-3154-0. – Текст : непосредственный.
20. Гречаный, С. В. Несуйцидальные самоповреждения и расстройства пищевого поведения: клинко-динамические закономерности в подростковом, молодом и среднем возрасте / С. В. Гречаный, Ю. В. Хуторянская, В. В. Суворова. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2024. – № 11-2 (124) (Спецвыпуск). – С. 43–50.
21. Гурулёва, Е. Р. Суицидологическая характеристика молодых женщин и мужчин с нервной булимией: систематический обзор / Е. Р. Гурулёва, А. В. Меринов. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2025. – № 4 (16). – С. 122–139.

22. Гурулёва, Е. Р. Суицидологическая характеристика молодых женщин с нервной булимией / Е. Р. Гурулёва, А. В. Меринов. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2024. – № 3 (15). – С. 123–135.

23. Гурулёва, Е. Р. Суицидологическая характеристика молодых мужчин с нервной булимией / Е. Р. Гурулёва, А. В. Меринов, В. А. Гурулёв. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2025. – № 3 (16). – С. 120–129.

24. Даренских, С. С. Психологические последствия пережитого насилия / С. С. Даренских, А. А. Трунова. – Текст : непосредственный // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2020. – № 2 (18). – С. 227–233.

25. Дарьин, Е. В. Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор) / Е. В. Дарьин. О. Г. Зайцева. – Текст : непосредственный // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2023. – № 2 (57). – С. 8–19.

26. Дорофеева, Л. В. Неврологические аспекты расстройств пищевого поведения у студентов медицинских вузов / Л. В. Дорофеева, О. Ю. Ширяев, О. В. Ульянова // Иценковские чтения-2023 : сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции к 134-летию со дня рождения профессора Иценко Николая Михайловича, Воронеж, 24 мая 2023 года. – Воронеж: Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, 2023. – С. 108-112. – EDN SVQOBZ. – Текст : непосредственный.

27. Дурнева, М. Ю. Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований / М. Ю. Дурнева. – Текст : электронный // Клиническая и специальная психология. – 2015. – № 3 (4). – С. 1-19.

28. Европейское региональное бюро ВОЗ. Отчет о реализации проекта RUS-AUDIT: Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя в Российской Федерации – Всемирная организация здравоохранения, 2021. – Текст : электронный. – URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350879/9789289056571-rus.pdf?sequence=1>.

29. Ениколопов С. Н. Апробация биосоциальной методики Клонинджера «Структура характера и темперамента» / С. Н. Ениколопов, А. Г. Ефремов. – Текст : непосредственный // Материалы 1-й международной конференции, посвящённой памяти Б. В. Зейгарник. – Москва : МГУ, 2001. – С. 104-105.

30. Завалова, Е. Р. Расстройства пищевого поведения в суицидологической практике / Е. Р. Завалова, А. В. Меринов. – Текст : непосредственный // Научный форум. Сибирь. – 2023. – № 2 (9). – С. 29-30.

31. Заливин, А. А. Реабилитация суицидентов с пограничными психическими расстройствами в зависимости от варианта постсуицидального периода / А. А. Заливин, Ю. В. Дроздовский. – Текст : непосредственный // Омский научный вестник. – 2012. – № 1 (108). – С. 85–88.

32. Захарова, Л. И. Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор) / Л. И. Захарова. – Текст : непосредственный // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2019. – № 1 (5). – С. 108-121.

33. Зотов, П. Б. Суицидальная активность больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя / П. Б. Зотов, М. С. Уманский. – Текст : непосредственный // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 31–32.

34. Иванов, О. В. Сравнительные характеристики основных социально-демографических показателей у психически больных-суицидентов / О. В. Иванов. – Текст : непосредственный // Евразийский союз ученых. – 2015. – № 10-1 (19). – С. 27–32. – EDN VBGWTZ.

35. Илич, М. Научный обзор исследований нервной анорексии в психологии здоровья / М. Илич. – Текст : электронный // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2019. – № 7. – С. 48–54. – URL: <http://e-koncept.ru/2019/192025.htm>.

36. Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), рекомендованной для врачей общесоматической практики, на выборке пациентов с нарушением двигательных функций / А. А.

Кукшина, А. В. Котельникова, М.А. Рассулова, В. С. Дайлидович. – Текст : непосредственный // Клиническая и специальная психология. – 2023. – № 2 (12). – Р. 1–24.

37. Катан, Е.А. Опыт жестокого обращения в детстве у наркологических больных и методы его ретроспективной оценки / Е. А. Катан, В. В. Карпец. – Текст : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2018. – № 9. – С. 60–79.

38. Кибитов, А. О. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики / А. О. Кибитов, Г. Э. Мазо. – Текст : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – № 4 (26). – С. 63–70.

39. Клиническая суицидология : монография / Л. Н. Юрьева. – Дніпропетровськ : Пороги, 2006. – 470 с. – ISBN 966-525-740-4. – Текст : непосредственный.

40. Коммерсантъ. Здоровье + : сайт. – URL : <https://www.kommersant.ru/doc/7793293> (дата обращения: 20.02.2026). – Текст: электронный.

41. Конышко, Н. А. Клинические последствия длительного применения строгой диеты у женщины репродуктивного возраста / Н. А. Конышко. – Текст : непосредственный // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Т. 2. – С. 105-198.

42. Коркина, М.В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов. - Москва : Медицина, 1986. - 171 с. – Текст : непосредственный.

43. Лаврова, О. В. Статистика и некоторые медикосоциальные аспекты самоубийств / О. В. Лаврова. – Текст : электронный // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2015. – №2. – С. 50–65. – URL: <https://rucont.ru/efd/529815>. (дата обращения: 20.02.2026)

44. Любов, Е. Б. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска / Е. Б. Любов, В. Е. Цупрун. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2013. – №1. – С. 15–18.

45. Мазаева, Н.А. Нервная булимия: проблемы клинической дифференциации / Н.А. Мазаева, В.В. Грачев. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 3 (114). – С. 103–113.

46. Максим, О. В. Психологические предпосылки формирования нарушений пищевого поведения и возможности их коррекции (обзор литературы) / О. В. Максим, Д. А. Тарумов, А. С. Богдановская. – Текст : электронный // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2023. – № 1. – С. 154-167.

47. Меннингер, К. Война с самим собой / К. Меннингер. – Москва: Эксмо-пресс, 2001. – 480 с. – Текст : непосредственный.

48. Меринов, А. В. Клинико-суицидологические характеристики лиц, госпитализированных в результате суицидальных попыток или суицидальных намерений / А. В. Меринов, Е. А. Стенина, А. С. Рогачева. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2025. – № 1 (16). – С. 177–192.

49. Методическое пособие «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины» / под ред. Е. П. Какорина, М. В. Максимова, О. Д. Мишнев [и др.]. – Москва, 2012. – Текст: непосредственный.

50. Московский Городской Психоэндокринологический центр : официальный сайт. – URL: <https://arbat25.ru/myi-lechim/rasstrojstva-pishhevogo-povedeniya/istoricheskie-faktyi-i-lechenie-nervnoj-bulimii?ysclid=mlv9vsarhh555616538> (дата обращения: 20.02.2026). – Текст: электронный.

51. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. – Москва : Смысл, 2005. – 310 с. – ISBN 5-89357-171-1. – Текст : непосредственный.

52. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. – Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. – 600 с. – ISBN 978-5-9986-0392-1. – Текст : непосредственный.

53. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. – 2-е изд., стереотип. – Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2024. – 600 с. – ISBN: 978-5-9986-0533-8. – Текст : непосредственный.

54. Несуицидальные самоповреждения и суицидальный риск у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения: связи с контролем веса, индексом массы тела и межличностной чувствительностью / Н. А. Польская, А. Я. Басова, А. Ю. Разваляева [и др.]. – Текст : непосредственный // Consortium Psychiatricum. – 2023. – № 2 (4). – С. 65–77.

55. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах пищевого поведения / М. С. Зинчук, А. П. Лаврищева, А. А. Меньшикова [и др.]. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – № 9 (122). – С. 70–78.

56. Нечипоренко, В. В. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики / В. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей. – Санкт Петербург : ВМедА, 2007. – 528 с. – Текст : непосредственный.

57. Николаева, Н. О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) / Н. О. Николаева. – Текст : электронный // Клиническая и специальная психология. – 2012. – №1 (1). – URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2012_n1/49969. – Дата публикации: 02.04.2012.

58. Носова, Е. С. Психические расстройства и суицидальное поведение: результаты анализа медицинской документации / Е. С. Носова, И. В. Жуков, С. П. Радулов. – Текст : непосредственный // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2021. – № 2 (111). – С. 54–63.

59. Особенности суицидального поведения при психических расстройствах юношеского возраста / В. Г. Каледа, А. А. Бебуришвили, Е. С. Крылова, А. А. Кулешов. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 12 (120). – С. 30–36.

60. Пичиков, А. А. Нервная анорексия у девушек-подростков: варианты течения, факторы рецидива и суицидальный риск на ранних этапах терапии / А. А. Пичиков, Ю. В. Попов. – Текст : непосредственный // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – № 4. – С. 41–50.
61. Полкова, К. В. Суицидологическая оценка женщин, страдающих алкогольной зависимостью / К. В. Полкова, Н. Л. Меринов, А. С. Новичкова. – Текст : непосредственный // Девиантология. – 2019. – № 2 (3). – С. 20–26.
62. Полкова, К. В. Суицидологическая характеристика молодых мужчин с опасным потреблением алкоголя / К. В. Полкова, А. В. Меринов, А. Е. Старостенко. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2022. – № 3 (13). – С. 88–102.
63. Положий, Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б. С. Положий. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2015. – №18 (1). – С. 3–7.
64. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуйцидальной целью в клинической практике / Е. Г. Скрябин, П. Б. Зотов, М. А. Аксельров [и др.] – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2020. – № 3 (11). – С. 130–147.
65. Разуваева, Т.Н. Диагностика личности / Т.Н. Разуваева. – Шадринск: Исеть, 1993. – 26 с. – Текст : непосредственный.
66. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – Москва: Медиа Сфера, 2006. – 312 с. – Текст : непосредственный.
67. Сиволап, Ю. П. Нервная анорексия и нервная булимия: неужели болезни-антиподы? / Ю. П. Сиволап, А. А. Портнова. – Текст : непосредственный // Неврологический вестник. – 2023. – № 2 (55). – С. 71–80.
68. Суботич, М. И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований / М. И. Суботич. – Текст : непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – №1 (31). – С. 9–30.
69. Суицидальность в позднем возрасте: социокультуральные и клинические факторы риска / М. С. Зинчук, А. С. Аведисова, М. О. Жабин [и др.].

– Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2018. – №7 (118). – С. 104–111.

70. Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения у подростков : коллективная монография / М. А. Аксельров, Н. А. Бохан, А. Г. Бухна [и др.]. ; под редакцией проф. П. Б. Зотова. – Тюмень : Вектор Бук, 2021. – 472 с. – ISBN 978-5-91409-537-3. – Текст : непосредственный.

71. Суицидальные попытки отравления: учебное пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский [и др.] ; М-во здравоохранения Российской Федерации, ГБОУ ВПО "Северо-Западный гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова", Каф. психиатрии и наркологии, ГБУ "Санкт-Петербургский науч.-исслед. ин-т скорой помощи им. И. И. Джанелидзе", Отд. неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации. – Санкт-Петербург : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. – 50 с. – Текст : непосредственный.

72. Суицидальные проявления у девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения / Н. Б. Семенова, Е. Р. Слободская, Е. В. Резун [и др.]. – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2021. – № 12 (24). – С. 72–78.

73. Суицидологическая характеристика молодых женщин с опасным потреблением алкоголя / К. В. Полкова, А. В. Меринов, Е. В. Комаров [и др.]. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2022. – № 4 (49). – С. 38–57.

74. Тарабарина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабарина. – Санкт-Петербург: Piter, 2001. – 268 с.– Текст : непосредственный.

75. Тхостов, А. Ш. Жалобы на тревогу и депрессию у пациентов с расстройствами пищевого поведения / А. Ш. Тхвостов, Е. П. Лачинаина, Е.И. Рассказова. – Текст : непосредственный // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». – 2025. – № 2. – С. 84–105.

76. Факторы формирования суицидального поведения у пациентов психиатрического стационара / Н. С. Рутковская, Д. Ф. Хритинин, В. К. Шамрей, Е.

С. Курасов. – Текст : непосредственный // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2022. – № 2. – С. 120–129.

77. ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора : официальный сайт. – URL: <https://cgon.rospotrebnadzor.ru/naseleniyu/zdorovoe-pitanie/ratsiony-pitaniya/rasstroistva-pishhevogo-povedeniya/> (дата обращения: 20.02.2026). – Текст: электронный.

78. Федоров, С. И. Показатели суицидальной активности лиц с органическим поражением ЦНС в Тюменской области в 1991-2018 гг. / С. И. Федоров, О. С. Демина, А. Т. Мухаметзянова. – Текст : непосредственный // Университетская медицина Урала. – 2020. – № 3. – С. 38–41.

79. Чистопольская, К. А. Вопросы диагностики суицидального риска: где, когда и как проводить оценку? / К. А. Чистопольская, Н. И. Колачев, С. Н. Ениколопов. – Текст : непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – № 2 (31). – С. 9–32.

80. Шустов, Д. И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия / Д. И. Шустов. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. – 207 с. – Текст : непосредственный.

81. Шустов, Д. И. Аутоагрессия, суицидальный алкоголизм / Д. И. Шустов. – Москва : Когито-Центр, 2005. – 214 с. – ISBN 5-89353-154-X. – EDN RAYBTD. – Текст : непосредственный.

82. A comparison of the frequency of familial suicide attempts across eating disorder diagnoses/ E. M. Pisetsky, C. B. Peterson, J. E. Mitchell [et al.]. – Text : visual // International Journal of Eating Disorders. – 2017. – № 6 (50). – P. 707–710.

83. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders / A. Preti, M. B. Rocchi, D. Sisti [et al.]. – Text : visual // Acta psychiatrica Scandinavica. – 2011. – № 1 (124). – P. 6–17.

84. A Perspective on Chronic and Long-Lasting Anorexia Nervosa / M. Speciani, Y. Barak, H. Damanhuri [et al.]. – Text : visual // Frontiers in psychiatry. – 2021. – Vol. 12. – P. 756669.

85. A specific association between laxative misuse and suicidal behaviours in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa / A. Lengvenyte, R. Strumila, L. Maimoun [et al.]. – Text : visual // *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. – 2022. – № 1 (27). – P. 307–315.
86. A systematic review and meta-analysis of the association of dietary diversity with undernutrition in school-aged children / M. Zeinalabedini, B. Zamani, E. Nasli-Esfahani [et al.]. – Text : visual // *BMC pediatrics*. – 2023. – № 1 (23). – P. 269.
87. Achalasia as a complication of bulimia nervosa: A case report / M. O. Kutuk, G. Guler, A. E. Tufan [et al.]. – Text : visual // *The South African journal of psychiatry : SAJP : the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*. – 2017. – Vol. 23. – P. 996.
88. Adolescents with anorexia nervosa with or without non-suicidal self-injury: clinical and psychopathological features / A. Riva, M. Pigni, M. Bomba, R. Nacinovich. – Text : visual // *Eating and weight disorders : EWD*. – 2022. – № 5 (27). – P. 1729–1737.
89. All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Individuals With Major Depression: A Nationwide Danish Matched-Cohort Study / M. Osler, T. W. Rosenqvist, M. P. Bjørn-Rozing [et al.]. – Text : visual // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 2025. – № 1 (152). – P. 60–68.
90. Amiri, S. Prevalence of non-suicidal self-injury, suicidal ideation, suicide attempts, suicide mortality in eating disorders: a systematic review and meta-analysis / S. Amiri, M. A. Khan. – Text : visual // *Eating disorders*. – 2023. – № 5 (31). – P. 487–525.
91. Anorexia Nervosa, Major Depression, and Suicide Attempts: Shared Genetic Factors / L. M. Thornton, E. Welch, M. A. Munn-Chernoff [et al.]. – Text : visual // *Suicide & life-threatening behavior*. – 2016. – № 5 (46). – P. 525–534.
92. Arcelus, J. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies / J. Arcelus, A. J. Mitchell, J. Wales. – Text : visual // *Archives of general psychiatry*. – 2011. – № 7 (68). – P. 724-731.
93. Arsenault-Lapierre, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis / G. Arsenault-Lapierre, C. Kim, G. Turecki. – Text : visual // *BMC Psychiatry*. – 2004. – № 4 (4). – P. 37.

94. Bodell, L. P. Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa / L. P. Bodell, T. E. Joiner, P. K. Keel. – Text : visual // Journal of Psychiatric Research. – 2013. – № 5 (47). – P. 617–621.
95. Brådvik, L. Suicide Risk and Mental Disorders / L. Brådvik. – Text : visual // International journal of environmental research and public health. – 2018. – № 9 (15). – P. 2028.
96. Bulimic eating disorders in primary care: hidden morbidity still? / J. M. Mond, T. C. Myers, R. D. Crosby, P. J. Hay [et al.]. – Text : visual // Journal of clinical psychology in medical settings. – 2010. – № 1 (17). – P. 56–63.
97. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case–control study / S. Guillaume, I. Jaussent, E. Olié [et al.]. – Text : visual // PloS One. – 2011. – № 8 (6). – P. e23578.
98. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders / Val. V. Arija, M.J. Santi Cano, Ruiz. J.P. Novalbos [et al.]. – Text : visual // Nutricion hospitalaria. – 2022. – № 2 (39). – P. 8–15.
99. Chesney, E. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review / E. Chesney, G. M. Goodwin, S. Fazel. – Text : visual // World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA). – 2014. – № 2 (13). – P. 153–160.
100. Chidiac, C. W. An update on the medical consequences of anorexia nervosa / C. W. Chidiac. – Text : visual // Current opinion in pediatrics. – 2019. – № 4 (31). – P. 448–453.
101. Cloninger, C. R. Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults / C. R. Cloninger, S. Sigvardsson, M. Bohman. – Text : visual // Alcoholism, clinical and experimental research. – 1988. – № 4 (12). – P. 494–505.
102. Cloninger, C. R. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data / C. R. Cloninger, T. R. Przybeck, D. M. Svrakic. – Text : visual // Psychological Reports. – 1991. – Vol. 69. – P. 1047–1057.

103. Comparison of Suicide Risk by Mental Illness: a Retrospective Review of 14-Year Electronic Medical Records / Y. Song, S. J. Rhee, H. Lee [et al.]. – Text : visual // Journal of Korean Medical Science. – 2020. – № 47 (35). – P. e402.

104. Cuadrado-Ríos, S. Anorexia and bulimia nervosa in the practice of the paediatric dentist / S. Cuadrado-Ríos, F. Huamán-Garaicoa, K. Cruz-Moreira. – Text : visual // European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. – 2023. – № 1 (31). – P. 9–23.

105. Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment / J. M. Smyth, S. A. Wonderlich, K. E. Heron [et al.]. – Text : visual // Journal of consulting and clinical psychology. – 2007. – № 4 (75). – P. 629-638.

106. Davico, C. Clinical and personality characteristics of adolescents with anorexia nervosa with or without non-suicidal self-injurious behavior / C. Davico, F. Amianto, F. Gaiotti [et al.]. – Text : visual // Comprehensive Psychiatry. – 2019. – Vol. 94. – P. 152115.

107. Depression and personality traits associated with emotion dysregulation: correlates of suicide attempts in women with bulimia nervosa / E. M. Pisetsky, S. A. Wonderlich [et al.]. – Text : visual // European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. – 2015. – № 6 (23). – P. 537–544.

108. Detection, treatment, and course of eating disorders in Finland: A population-based study of adolescent and young adult females and males / Y. Silén, P. N. Sipilä, A. Raevuori [et al.]. – Text : visual // European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. – 2021. – № 5 (29). – P. 720–732.

109. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire / D.P. Bernstein, J.A. Stein, M.D. Newcomb [et al.]. – Text : visual // Child Abuse and Neglect. – 2003. – Vol. 27. – P. 169–190.

110. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II / J. B. Saunders, O. G. Aasland, T. F. Babor [et al.]. – Text : visual // Addiction. – 1993. – № 6 (88). – P. 791–804.

111. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Arlington, VA : American Psychiatric Association ; Washington, 2013. – ISBN 978-0-89042-576-3. – Текст : непосредственный.

112. Eating Disorder Statistics | ANAD - National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. – URL: <https://anad.org/learning-library/eating-disorder-statistic/> (датаобращения: 20.02.2026). – Текст: электронный.

113. Eating Disorders and Gastrointestinal Diseases / A. Santonicola, M. Gagliardi, M. P. L. Guarino [et al.]. – Text : visual // Nutrients. – 2019. – № 12 (11). – P. 3038.

114. Eating Disorders in Men / G. Halbeisen, N. Laskowski, G. Brandt [et al.]. – Text : visual // Deutsches Arzteblatt international. – 2024. – № 3 (121). – P. 86–91.

115. Effect of dietary diversity on depression and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies / A. Nazarian, F. Shidfar, A. Dehnad [et al.]. – Text : visual // BMC Public Health. – 2025. – Vol. 25. – P. 2203.

116. Emotional reactivity in a clinical sample of patients with eating disorders and nonsuicidal self-injury / K. E. Smith, N. A. Hayes, D. M. Styer [et al.]. – Text : visual // Psychiatry Research. – 2017. – Vol. 257. – P. 519–525.

117. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients / J. J. Muehlenkamp, S. G. Engel, A. Wadeson [et al.]. – Text : visual // Behaviour Research and Therapy. – 2009. – № 1 (47). – P. 83-87.

118. Exercise caution: Over exercise is associated with suicidality among individuals with disordered eating / A. R. Smith, E. L. Fink, M. D. Anestis [et al.]. – Text : visual // Psychiatry Research. – 2013. – № 2–3 (206). – P. 246-255.

119. Factors associated with suicide method among psychiatric patients in a general hospital in Korea / S. Park, M. H. Ahn, R. Na [et al.]. – Text : visual // Psychiatry research. – 2013. – № 3 (210). – P. 945–950.

120. Fichter, M. M. Six-year course of bulimia nervosa / M. M. Fichter, N. Quadflieg. – Text : visual // The International journal of eating disorders. – 1997. – № 4 (22). – P. 361–384.

121. Food addiction in anorexia nervosa: Implications for the understanding of crossover diagnosis / I. Sanchez, I. Lucas, L. Munguía [et al.]. – Text : visual // European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. – 2022. – № 3 (30). – P. 278–288.

122. Franko, D. L. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications / D. L. Franko, P. K. Keel. – Text : visual // Clinical psychology review. – 2006. – № 6 (26). – P. 769–782.

123. Frequency and clinical features of suicide attempts in elderly patients in Japan / K. Kato, F. Akama, K. Yamada [et al.]. – Text : visual // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2013. – № 2 (67). – P. 119–122.

124. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms / R. H. Striegel-Moore, F. Rosselli, N. Perrin [et al.]. – Text : visual // The International journal of eating disorders. – 2009. – № 5 (42). – P. 471–474.

125. Genetics of Anorexia Nervosa: Translation to Future Personalized Therapies / J. Xu, D. Igudesman, L. M. Huckins, C. M. Bulik. – Text : visual // Psychiatric Clinics of North America. – 2025. – № 2 (48). – P. 293–309.

126. Gratz, K. L. Risk factors for deliberate self-harm among college students / K. L. Gratz, S. D. Conrad, L. Roemer. – Text : visual // American Journal of Orthopsychiatry. – 2002. – № 72. – P. 128–140.

127. Habitual starvation and provocative behaviors: two potential routes to extreme suicidal behavior in anorexia nervosa / E. A. Selby, A. R. Smith, C. M. Bulik [et al.]. – Text : visual // Behaviour Research and Therapy. – 2010. – № 7 (48). – P. 634–645.

128. Harris, E. C. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis / E. C. Harris, B. Barraclough. – Text : visual // The British journal of psychiatry : the journal of mental science. – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228.

129. Hoang, U. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999–2006 / U. Hoang, R. Stewart, M. J. Goldacre. – Text : visual // BMJ. British medical journal. – 2011. – Vol. 343. – P. d5422.

130. Hor, K. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors / K. Hor, M. Taylor. – Text : visual // *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England). – 2010. – № 4 (24). – P. 81–90.
131. Hosseini, S. A. Body Image Distortion (Archived) / S. A. Hosseini, R. K. Padhy. – Текст : электронный // In StatPearls. – 2023. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31536191/> Дата публикации: 04.09.2023.
132. Incidence of Anorexia Nervosa in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis / L. Martínez-González, T. Fernández-Villa, A. J. Molina [et. al.]. – Text : visual // *International journal of environmental research and public health*. – 2020. – № 11 (17). – P. 3824.
133. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders / S. J. Crow, C. B. Peterson, S. A. Swanson [et al.]. – Text : visual // *The American journal of psychiatry*. – 2009. – № 12 (166). – P. 1342–1346.
134. Is eating a mixed diet better for health and survival?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies / H. Mozaffari, Z. Hosseini, J. Lafrenière [et al.]. – Text : visual // *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. – 2022. – № 29 (62). – P. 8120–8136.
135. Jagielska, G. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa / G. Jagielska, I. Kacperska. – Text : visual // *Psychiatria polska*. – 2017. – № 2 (51). – P. 205–218.
136. Klump, K. L. Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies / K. L. Klump. – Text : visual // *Hormones and behavior*. – 2013. – № 2 (64). – P. 399–410.
137. Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management / J. L. Roerig, K. J. Steffen, J. E. Mitchell, C. Zunker. – Text : visual // *Drugs*. – 2010. – № 12 (70). – P. 1487–1503.
138. Long-term outcome of bulimia nervosa / P. K. Keel, J. E. Mitchell, K. B. Miller [et al.]. – Text : visual // *Archives of general psychiatry*. – 1999. – № 1 (56). – P. 63–69.

139. Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients / C. Huas, N. Godart, A. Caille [et al.]. – Text : visual // *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Associatio.* – 2013. – № 1 (21). – P. 15–19.
140. Muehlenkamp, J. J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome / J. J. Muehlenkamp. – Text : visual // *American Journal of Orthopsychiatry.* – 2005. – № 75. – P. 324–333.
141. Neeleman, J. Suicidal tendencies, a disorder that crosses boundaries between disciplines / J. Neeleman, M. H. De Groot. – Text : visual // *Tijdschrift voor Psychiatri.* – 2006. – № 7 (48). – P. 533–546
142. Nock, M. K. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior / M. K. Nock, M. J. Prinstein. – Text : visual // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 2004. – № 72. – P. 885–890.
143. Non-suicidal self-injury and anorexia nervosa: A systematic scoping review / S. Sesboüé, S. Grandclerc, M. R. Moro [et al.]. – Text : visual // *L'Encephale.* – 2025. – № 3 (51). – P. 318–331.
144. Non-suicidal self-injury and bulimia: The role of emotion dysregulation and body dissatisfaction / L. Hovrud, R. Simons, J. Simons, J. Korkow – Text : visual // *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* – 2020. – № 4 (25). – P. 1089–1097.
145. Nordentoft, M. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder / M. Nordentoft, P. B. Mortensen, C. B. Pedersen. – Text : visual // *Archives of general psychiatry.* – 2011. – № 10 (68). – P. 1058–1064.
146. Orofacial manifestations in outpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa focusing on the vomiting behavior / M. Lourenço, Á. Azevedo, I. Brandão [et al.]. – Text : visual // *Clinical oral investigations.* – 2018. – № 5 (22). – P. 1915-1922.
147. Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic / Y. V. Haripersad, M. Kannegiesser-Bailey, K. Morton [et al.]. – Text : visual // *Archives of disease in childhood.* – 2021. – № 3 (106). – P. e15.

148. Palmer, B. A. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination / B. A. Palmer, V. S. Pankratz, J. M. Bostwick. – Text : visual // Archives of general psychiatry. – 2005. – № 3 (62). – P. 247–253.

149. Personality psychopathology differentiates risky behaviors among women with bulimia nervosa / C. M. Pearson, E. M. Pisetsky, A. B. Goldschmidt [et al.]. – Text : visual // International Journal of Eating Disorders. – 2016. – № 7 (49). – P. 681–688.

150. Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders / G. Youssef, B. Plancherel, J. Laget [et al.]. – Text : visual // European Psychiatry. – 2004. – № 3 (19). – P. 131–139.

151. Personalized models of eating disorder symptoms and suicide risk in anorexia nervosa spectrum disorders: protocol for a longitudinal, passive-sensing study / L. M. Harris, R. Torres, E. D. Cash [et al.]. – Text : visual // BMC Psychology. – 2025. – № 1 (13). – P. 1312.

152. Peterson, C. M. A prospective study of the influence of the UPPS model of impulsivity on the co-occurrence of bulimic symptoms and non-suicidal self-injury / C. M. Peterson, S. Fischer. – Text : visual // Eating Behaviors. – 2012. – № 4 (13). – P. 335–341.

153. Predicting nonsuicidal self-injury episodes over a discrete period of time in a sample of women diagnosed with bulimia nervosa: an analysis of self-reported trait and ecological momentary assessment based affective lability and previous suicide attempts / M. D. Anestis, C. Silva, J. M. Lavender [et al.]. – Text : visual // The International journal of eating disorders. – 2012. – № 6 (45). – P. 808–811.

154. Premature Mortality in Patients With Anorexia Nervosa: A Matched Cohort Study of Cause of Death / N. Auger, M. Israël, H. Steiger [et al.]. – Text : visual // The International journal of eating disorders. – 2025. – № 7 (58). – P. 1256–1264.

155. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among women who recently attempted suicide compared with suicide non-attempting women / L. Abdi, A. Rahmani, R. Shojaei [et al.]. – Text : visual // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. – 2020. – № 3 (22). – P. 54–60.

156. Preventing Early Child Maltreatment: Implications from a Longitudinal Study of Maternal Abuse History, Substance Use Problems, and Offspring Victimization / K. Appleyard, L. J. Berlin, K. D. Rosanbalm [et al.]. – Text : visual // *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*. – 2011. – № 2 (12). – P. 139–149.

157. Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa / H. Himmerich, M. Hotopf, H. Shetty [et al.]. – Text : visual // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2019. – № 7 (54). – P. 813–821.

158. Reas, D. L. Time trends in healthcare-detected incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Norwegian National Patient Register (2010-2016) / D. L. Reas, Ø. Rø – Text : visual // *The International journal of eating disorders*. – 2018. – № 10 (51). – P. 1144–1152.

159. Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up / K. T. Eddy, N. Tabri, J. J. Thomas [et al.]. – Text : visual // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2017. – № 2 (78). – P. 184–189.

160. Riehl, M. E. Understanding disordered eating risks in patients with gastrointestinal conditions / M. E. Riehl, K. Scarlata. – Text : visual // *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. – 2022. – № 3 (122). – P. 491–499.

161. Saha, S. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? / S. Saha, D. Chant, J. McGrath. – Text : visual // *Archives of general psychiatry*. – 2007. – № 64. – P. 1123–31.

162. Self-hate, dissociation, and suicidal behavior in bulimia nervosa / A. Lieberman, M. Robison, S. A. Wonderlich [et al.]. – Text : visual // *Journal of Affective Disorders*. – 2023. – Vol. 335. – P. 44–48.

163. Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register / C. D. Runfola, L. M. Thornton, E. M. Pisetsky [et al.]. – Text : visual // *Comprehensive Psychiatry*. – 2014. – № 3 (55). – P. 439–449.

164. Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: associations with psychiatric comorbidity / A. Favaro, P. Santonastaso, P. Monteleone [et al.]. – Text : visual // *Journal of affective disorders*. – 2008. – № 1-3 (105). – P. 285–289.

165. Silén, Y. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people / Y. Silén, A. Keski-Rahkonen. – Text : visual // Current opinion in psychiatry. – 2022. – № 6 (35). – P. 362–371.
166. Smink, F. R. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders / F. R. Smink, D. van Hoeken, H. W. Hoek. – Text : visual // Current opinion in psychiatry. – 2013. – № 6 (26). – P. 543-548.
167. SNORD3C, a blood biomarker associated to suicide attempts in patients with anorexia nervosa / C. Verebi, N. Lebrun, P. Duriez [et al.]. – Text : visual // Journal of Psychiatric Research. – 2025. – Vol. 182. – P. 358–367.
168. Stice, E. Interactive and Mediation Models of Eating Disorder Onset: Evidence from Prospective Studies / E. Stice. – Text : visual // Annual review of clinical psychology. – 2016. – Vol.12. – P. 359-381.
169. Stice, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review / E. Stice. – Text : visual // Psychological bulletin. – 2002. – № 5 (128). – P. 825-848.
170. Stice, E. Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study / E. Stice, C. N. Marti, S. Durant. – Text : visual // Behaviour research and therapy. – 2011. – № 10 (49). – P. 622–627.
171. Suicidal attempt and psychiatric disorders in Iran / M. R. Mohammadi, A. Ghanizadeh, M. Rahgozart [et al.]. – Text : visual // Suicide & life-threatening behavior. – 2005. – № 3 (35). – P. 309–316.
172. Suicidal urges and attempted suicide at multiple time scales in borderline personality disorder / A. Kaurin, A. Y. Dombrovski, M. N. Hallquist, A. G. C. Wright. – Text : visual // Journal of affective disorders. – 2023. – Vol. 329. – P. 581–588.
173. Suicide // Wikipedia : site. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Suicide> (дата обращения: 20.02.2026). – Текст: электронный.
174. Suicide attempts in anorexia nervosa / C. M. Bulik, L. Thornton, A.P. Pinheiro [et al.]. – Text : visual // Psychosomatic medicine. – 2008. – № 3 (70). – P. 378-383.

175. Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates / L. Forcano, F. Fernández-Aranda, E. Álvarez-Moya [et al.]. – Text : visual // *European Psychiatry*. – 2009. – № 2 (24). – P. 91-97.

176. Suicide attempts in eating disorder subtypes: a meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria / L. Mandelli, A. Arminio, A. R. Atti [et al.]. – Text : visual // *Psychological medicine*. – 2019. – № 8 (49). – P. 1237–1249.

177. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: Frequency and characteristics / M. Corcos, O. Taïeb, S. Benoit-Lamy [et al.]. – Text : visual // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 2002. – № 5 (106). – P. 381–386.

178. Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: A retrospective cohort study / C. Cliffe, H. Shetty, H. Himmerich [et al.]. – Text : visual // *International Journal of Eating Disorders*. – 2020. – № 5 (53). – P. 728–735.

179. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis / M. Pompili, I. Mancinelli, P. Girardi [et al.]. – Text : visual // *The International journal of eating disorders*. – 2004. – № 1 (36). – P. 99-103.

180. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey / J. Meehan, N. Kapur, I. M. Hunt, [et al.]. – Text : visual // *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. – 2006. – Vol. 188. – P. 129–134.

181. Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis / X. L. Fu, Y. Qian, X. H. Jin [et al.]. – Text : visual // *Psychological Medicine*. – 2023. – № 2 (53). – P. 351–361.

182. Swan, S. The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment / S. Swan, B. Andrews. – Text : visual // *The British journal of clinical psychology*. – 2003. – № 4 (42). – P. 367–378.

183. The global prevalence of anemia in patients with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis / N. Salari, S. Razavizadeh, A. Abdolmaleki [et al.]. – Text : visual // *BMC Psychology*. – 2025. – № 1 (13). – P. 343.

184. The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality / S. Zerwas, J. T. Larsen, L. Petersen [et al.]. – Text : visual // *Journal of Psychiatric Research*. – 2015. – Vol. 65. – P. 16–22.

185. The Italian registry for patients with Prader-Willi syndrome / M. Salvatore, P. Torreri, G. Grugni [et al.]. – Text : visual // *Orphanet journal of rare diseases*. – 2023. – № 1 (18). – P. 28.

186. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 / D. V. Sheehan, Y. Lecrubier, K. H. Sheehan [et al.]. – Text : visual // *The Journal of clinical psychiatry*. – 1998. – № 20 (59). – P. 22–57.

187. The prevalence of suicide ideation, suicide attempt and suicide in borderline personality disorder patients: A systematic review and meta-analysis / M. Lak, S. Shakiba, B. Dolatshahi [et al.]. – Text : visual // *General Hospital Psychiatry*. – 2025. – Vol. 95. – P. 52–61.

188. The Relationship between Non-Suicidal Self-Injury and the UPPS-P Impulsivity Facets in Eating Disorders and Healthy Controls / L. Claes, M. A. Islam, A. B. Fagundo [et al.]. – Text : visual // *PloS One*. – 2015. – № 5 (10). – P. e0126083.

189. Tondo, L. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention / L. Tondo, G. Isacson, R. Baldessarini. – Text : visual // *Drugs of the Central Nervous System*. – 2003. – № 7 (17). – P. 491–511.

190. Toward an understanding of the distinctiveness of body-image constructs in persons categorized with overweight/obesity, bulimia nervosa, and binge-eating disorder / C. M. Grilo, V. Ivezaj, J. A. Lydecker [et al.]. – Text : visual // *Journal of psychosomatic research*. – 2019. – Vol. 126. – P. 109757.

191. Trapani, S. Medical Complications of Anorexia Nervosa / S. Trapani, C. Rubino. – Text : visual // *Pediatrics*. – 2025. – № 2 (156). – P. e2024070304.

192. Udo, T. Epidemiology of eating disorders among US adults / T. Udo, C.M. Grilo. – Text : visual // *Current opinion in psychiatry*. – 2022. – № 6 (35). – P. 372–378.

193. Udo, T. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders / T. Udo, S. Bitley, C. M. Grilo. – Text : visual // BMC Medicine. – 2019. – № 1 (17). – P. 120.
194. Uniacke, B. Eating Disorders / B. Uniacke, B.T. Walsh. – Text : visual // Annals of internal medicine. – 2022. – № 8 (175). – P. 113–128.
195. Unintended consequences of dieting: How restrictive eating habits can harm your health / H. Ashna, A. Tooba, N. Zainab [et al.]. – Текст : непосредственный // International Journal of Surgery Open. – 2023. – Vol. 60. – P. 100703.
196. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population / D. P. Bernstein, T. Ahluvalia, D. Pogge [et al.]. – Text : visual // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1997. – Vol. 36. – P. 340–348.
197. van Eeden, A.E. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa / A.E. van Eeden, D. van Hoeken, H.W. Hoek. – Text : visual // Current opinion in psychiatry. – 2021. – № 6 (34). – P. 515–524.
198. van Hoeken, D. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden / D. van Hoeken, H. W. Hoek. – Text : visual // Current opinion in psychiatry. – 2020. – № 6 (33). –P. 521–527.
199. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. – Geneva, Switzerland : World Health Organization, 2021. – ISBN 978-92-4-002665-0 – Text : electronic. – URL : suicide-worldwide-2019-who.pdf.
200. World Health Statistics / World Health Organization : site. – URL: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide?ysclid=mlv53327u959409560> (датаобращения: 20.02.2026). – Text : electronic.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Таблица 3.1.1 – Суицидологический профиль молодых женщин, страдающих нервной булимией.....	58
Рисунок 3.1.1 – Распространенность суицидальных мыслей с обдумыванием способа совершения суицида в исследуемой и контрольной группах женщин.....	59
Таблица 3.1.2 – Сравнение распространенности несуицидальных аутоагрессивных паттернов в исследуемой и контрольной группах.....	60
Таблица 3.1.3 – Данные опросника AUDIT у исследуемой и контрольной групп.....	62
Таблица 3.1.4 – Факторы, ассоциированные с проявлением аутоагрессивного поведения у женщин исследуемой и контрольной групп.....	63
Рисунок 3.1.2 – Представленность ряда предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемой и контрольной группах женщин в последние два года..	65
Рисунок 3.1.3 – Соотношение женщин с НБ, желающих и фактически обратившихся за специализированной медицинской помощью.....	67
Таблица 3.1.5 – Сравнение значений шкал ОСР в исследуемой и контрольной группах женщин.....	67
Таблица 3.1.6 – Результаты опросника детских травм СТQ в исследуемой и контрольной группах женщин.....	69
Таблица 3.1.7 – Данные HADS в исследуемой и контрольной группах женщин...	70
Таблица 3.1.8 – Данные диагностической методики TCI-125 структуры характера и темперамента в исследуемой и контрольной группах женщин.....	70
Таблица 3.2.1 – Представленность классических суицидальных паттернов у мужчин в исследуемой и контрольной группах.....	72
Рисунок 3.2.1 – Наличие суицидальных мыслей в последние два года в исследуемой и контрольной группах мужчин.....	72
Таблица 3.2.2 – Представленность несуицидальных аутоагрессивных паттернов у мужчин с нервной булимией.....	73

Рисунок 3.2.2 – Представленность ряда несуицидальных аутоагрессивных паттернов в исследуемой и контрольной группах мужчин.....	75
Таблица 3.2.3 – Данные опросника AUDIT у мужчин с нервной булимией и без таковой.....	77
Таблица 3.2.4 – Предикторы аутоагрессивного поведения у мужчин с нервной булимией.....	78
Таблица 3.2.5 – Результаты опросника детских травм CTQ в исследуемой и контрольной группах мужчин.....	80
Таблица 3.2.6 – Сравнение значений шкал ОСР в исследуемой и контрольной группах мужчин.....	81
Таблица 3.2.7 – Данные опроса HADS в исследуемой и контрольной группах мужчин.....	82
Таблица 3.2.8 – Данные диагностической методики TCI-125 структуры характера и темперамента в исследуемой и контрольной группах мужчин.....	83
Таблица 3.3.1 – Представленность классических суицидальных паттернов женщин и мужчин с нервной булимией.....	85
Рисунок 3.3.1 – Частота выявления классических суицидальных паттернов в исследуемых группах.....	87
Таблица 3.3.2 – Сравнение частоты выявления несуицидальных паттернов в исследуемых группах женщин и мужчин.....	87
Таблица 3.3.3 – Данные предикторов аутоагрессивного поведения у женщин и мужчин с НБ.....	89
Таблица 3.3.4 - Статистические значимые отличия шкал ОСР у женщин и мужчин с НБ.....	92
Таблица 3.3.5 – Результаты опросника детских травм CTQ в исследуемых группах женщин и мужчин.....	93
Таблица 3.3.6 – Данные диагностической методики TCI-125 структуры характера и темперамента в группах женщин и мужчин с нервной булимией.....	94

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем

1. Наблюдаетесь ли Вы у психиатра последние два года? Диагноз? Ранее двух лет?
2. Наблюдаются ли родственники у психиатра? Диагноз?
3. Пытался кто-либо из родственников совершить суицид? Степень родства?
4. Пытались ли Вы сами в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? Ранее двух лет?
5. Думали ли Вы всерьёз в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? Ранее двух лет?
6. Имели Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей в течение последних двух лет? Ранее двух лет?
7. Бойтесь ли Вы темноты в течение последних двух лет? Ранее двух лет?
8. Характерно ли Вам последние два года долго переживаемое чувство вины? Ранее двух лет?
9. Вы можете долго терпеть боль?
10. Свойственно ли Вам порой в последние два года навязчивое чувство стыда? Ранее двух лет?
11. Чувствуете ли Вы себя последние два года одиноким? Ранее двух лет?
12. Бывают ли у Вас в последние два года беспричинные приступы депрессии? Ранее двух лет?
13. Бойтесь ли Вы смерти?
14. Имеются ли у Вас в последние 2 года соматические заболевания?
15. Были ли у Вас в последние два года переломы костей? Ранее двух лет?
16. Были ли у Вас в последние два года ампутации органов? Ранее двух лет??
17. Вам известно в последние два года чувство безысходности? Ранее двух лет?
18. У Вас были в последние два года одна и более мелкая операция? Ранее двух лет? Какие?
19. У Вас были в последние два года одна и более серьёзная операция? Ранее двух лет? Какие?
20. Были ли у Вас в последние два года черепно-мозговые травмы с потерей сознания? Ранее двух лет?
21. Были ли у Вас в последние два года несчастные случаи? Ранее двух лет? Сколько? Какие?
22. Злоупотребляете ли Вы в последние два года алкоголем? Ранее двух лет?
23. Вы стали больше курить в последние два года? Ранее двух лет? Курите вообще?

24. Можно ли сказать, что чувства вины и стыда Вам особенно присущи в последние два года? Ранее двух лет?

25. Склоны ли Вы в последние два года к перееданию или иногда к отказу от пищи? Ранее двух лет?

26. Приобрели ли Вы в последние два года опасные хобби, привычки, склонности? Ранее двух лет?

27. Подвергались ли Вы в последние два года серьёзному физическому насилию? Ранее двух лет?

28. Били ли Вас в детстве родители?

29. Наносили ли Вы себе в последние два года повреждения (братания, порезы)? Ранее двух лет?

30. Употребляете ли Вы в последние два года наркотики, другие дурманные вещества? Ранее двух лет?

31. Склонны ли Вы к неоправданному риску в последние два года? Ранее двух лет?

32. В вашей семье было много долгожителей?

33. В вашей семье были трагические смерти? Сколько? Какие?

34. Стыдились ли Вы своего тела последние два года? Ранее двух лет?

35. Имеете ли Вы сейчас физический недостаток?

36. Есть ли у Вас комплекс неполноценности в последние два года? Ранее двух лет?

37. Верите ли Вы в Бога?

38. Могли бы Вы сейчас представить собственную смерть, похороны?

39. Верите ли Вы, что души грешников попадают в ад?

40. Сильно ли в Вас последние два года чувство, что ваше время умирать не скоро? Ранее двух лет?

41. Вы имеете чёткие представления о смысле жизни?

42. Были ли у вас в последние два года обморожения? Ранее двух лет?

43. Сделали ли Вы в жизни что-то, за что Вас будут долго помнить после смерти?

44. Вы не видите в последние два года в этой жизни никакого смысла? Ранее двух лет?

45. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?

46. Мучаетесь ли Вы в последние два года частыми угрызениями совести? Ранее двух лет?

47. Ваша семейная жизнь по большому счёту удалась?

48. Вас полностью устраивает ваша специальность и работа?

49. Вы потеряли работу в последние два года? Ранее двух лет?

50. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?

51. Часто ли Вас обворовывали в последние два года? Ранее двух лет?

52. Были ли у Вас в последние два года случаи ожогов во сне о батарею, сигарету? Ранее двух лет?

53. Были ли у Вас серьёзные бытовые ожоги в последние два года? Ранее двух лет?

54. Судимы ли Вы в последние два года? Ранее двух лет?
55. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности в последние два года? Ранее двух лет?
56. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру в последние два года? Ранее двух лет?
57. Агрессивны ли Вы в последние два года? Ранее двух лет?
58. Вы легко делитесь своими проблемами с окружающими, не боясь их осуждения?
59. Вы предпочитаете свои неудачи «держат в себе»?
60. В случившихся неудачах Вы склонны винить больше себя?
61. В случившихся неудачах Вы склонны винить обстоятельства и других людей?
62. Я верю, что длительное терпение обязательно будет вознаграждено.
63. Алкогольный семейный анамнез – наличие алкогольной зависимости у ближайших родственников.

Приложение Б

Текст опросника суицидального риска (ОСР) в модификации Т.Н. Разуваевой

1. Вы всё чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определённо не везёт в жизни.
6. Работать (учиться) Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем вы ожидали.
12. Вы считаете себя обречённым человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который водит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что всё кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваше решение и даже изменить его.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во чтобы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже очень плохое.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путём.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьёзные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинаясь первому порыву.

Приложение В

«Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS)

Тревога	Депрессия
Я испытываю напряженность, мне не по себе	Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю	3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет
То, что приносило мне большое удовольствие и сейчас вызывает у меня такое же чувство	Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
0 - определенно это так 1 - наверно это так 2 - лишь в очень малой степени это так 3 - это совсем не так	0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто
Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться	Я не слежу за своей внешностью
3 - определенно это так, и страх очень сильный 2 - да, это так, но страх не очень сильный 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю	3 - определенно это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому внимания 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться
0 - определенно это так 1 - наверно это так 2 - лишь в очень малой степени это так 3 - совсем не способен	3 - определенно это так 2 - наверно это так 1 - лишь в очень малой степени это так 0 - совсем не испытываю

Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда	0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю
Я испытываю бодрость	У меня бывает внезапное чувство паники
3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время	3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает
Я легко могу сесть и расслабиться	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы
0 - определенно это так 1 - наверно это так 2 - лишь изредка это так 3 - совсем не могу	0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко

Приложение Г

Текст опросника детских травмирующих переживаний (краткая версия) –
ChildhoodTraumaQuestionnaire: Shortform (CTQ -SF)

Когда я рос ...	Такого никогда не было	Иногда это было так	Периодически это было так	Часто это было так	Очень часто это было так
1. Мне не хватало еды.					
2. Я знал, что обо мне есть кому позаботиться, что меня кто-то защищает.					
3. Кто-то из членов моей семьи называл меня глупым, ленивым, уродливым или другими подобными словами.					
4. Мои родители не могли заботиться о семье из-за того, что были слишком пьяны или в состоянии наркотического опьянения.					
5. В семье был человек, благодаря которому я чувствовал, что я нужен и я особенный.					
6. Мне приходилось ходить в грязной одежде.					
7. Я чувствовал, что меня любят.					
8. Мне казалось, что мои родители жалеют, что я появился на свет.					
9. Кто-то из членов семьи так сильно бил меня, что мне приходилось из-за этого обращаться к врачу или меня госпитализировали.					
10. Мне ничего не хотелось поменять в своей семье.					
11. В семье меня били так сильно, что это оставляло синяки и следы.					
12. В качестве наказания меня били ремнем, палкой, шнуром или другими травмирующими предметами.					

13. Члены моей семьи заботились друг о друге.					
14. Члены моей семьи говорили мне обидные или оскорбительные вещи.					
15. Я думаю, что подвергался физическому насилию.					
16. У меня было идеальное детство.					
17. Меня били сильно, что это кто-то замечал, например, учитель, сосед или врач.					
18. Я чувствовал, что кто-то из членов моей семьи меня ненавидит.					
19. Люди в моей семье чувствовали близость друг к другу.					
20. Кто-нибудь пытался прикасаться ко мне с сексуальными намерениями, или другие люди пытались вынудить меня трогать таким образом их.					
21. Кто-то угрожал мне физической расправой или клеветой, если я откажусь совершать с ним действия сексуального характера					
22. У меня была лучшая в мире семья.					
23. Кто-то пытался заставить меня смотреть или принимать участие в действиях сексуального характера.					
24. Я вынужден терпеть домогательства.					
25. Я думаю, что подвергался психологическому насилию.					
26. В случае необходимости меня было кому сводить к врачу.					
27. Я думаю, что подвергся сексуальному насилию.					
28. Для меня семья была опорой и поддержкой.					

Приложение Д

Диагностическая методика TCI-125 структура характера и темперамента (The temperament and character inventory)

1. Часто я затеваю что-нибудь новое ради забавы или новых впечатлений, даже если большинство других людей полагают, что это бесполезное занятие.
2. Обычно я уверен в том, что все будет хорошо, даже если подобная ситуация вызывает беспокойство у большинства других людей.
3. У меня часто возникает ощущение, что я – жертва обстоятельств.
4. Обычно я принимаю людей такими, какие они есть, даже в том случае, если они сильно отличаются от меня.
5. Мне нравится делать что-либо в отместку людям, которые причинили мне вред.
6. Часто я чувствую, что в моей жизни недостает цели и смысла.
7. Мне нравится находить решение проблем сообща, когда каждый имеет возможность что-либо предложить.
8. Я, возможно, мог бы достичь большего, но моя требовательность к себе не позволяет легко относиться к делу.
9. В незнакомой обстановке я часто чувствую напряженность и беспокойство даже тогда, когда по мнению других людей причин для этого нет.
10. Я часто делаю вещи под влиянием чувств, которые испытываю в данный момент, и не задумываюсь о том опыте, который имею.
11. Обычно, я поступаю так, как сам считаю нужным, и не склонен уступать другим людям.
12. Обычно я не симпатизирую людям, мнение которых отличается от моего.
13. Я бы предпринял все возможное в рамках закона для того, чтобы стать богатым и известным, даже если бы мне при этом пришлось потерять доверие многих старых друзей.
14. Я значительно более сдержан и способен лучше контролировать себя, чем большинство других людей.
15. Я предпочитаю открыто рассказывать о своих переживаниях и чувствах вместо того, чтобы держать их в себе.
16. У меня меньше энергии и я легче устаю, чем большинство других людей.
17. Я нечасто ощущаю себя вправе делать то, что мне хотелось бы.
18. Я часто отношусь к чувствам других людей также, как к собственными.
19. Часто я избегаю встречи с незнакомыми людьми, поскольку в таких ситуациях мне не хватает уверенности в себе.
20. Мне нравится доставлять как можно больше удовольствия другим людям.
21. Мне часто хочется быть самым умным.
22. Обычно я отличаюсь таким упорством, что продолжаю работать даже тогда, когда другие люди уже давно отказались.

23. В трудных ситуациях я часто ожидаю, что кто-нибудь решит все за меня.
24. Часто я трачу деньги до тех пор, пока у меня ничего не остается или не возникнут слишком большие долги.
25. Часто, когда я в покое, у меня неожиданно возникают моменты «озарения» или нового понимания каких-то обстоятельств, людей или жизни вообще.
26. Меня не особенно трогает, нравлюсь ли я другим людям, и нравится ли им то, как я поступаю.
27. Обычно я стараюсь учитывать только свои интересы, поскольку в любом случае удовлетворить всех невозможно.
28. Мне не хватает выдержки с людьми, которые не разделяют моих взглядов.
29. Иногда я ощущаю такую связь с природой, что все мне кажется частью единого живого организма.
30. Когда мне приходится встречаться с группой незнакомых лиц, я держусь более застенчиво, чем большинство других людей.
31. Я более сентиментален, чем большинство других людей.
32. У меня кажется есть «шестое чувство», которое иногда позволяет мне предугадывать, что должно произойти.
33. Если кто-то делает мне больно, то обычно я стараюсь свести с ним счеты
34. Обычно я исхожу из соображений «высшего» порядка
35. Мне часто хотелось бы быть сильнее всех.
36. Я люблю все как следует обдумать, прежде чем принимать решение.
37. Я работаю более напряженно, чем большинство других людей.
38. Обычно я остаюсь спокойным и безмятежным в ситуациях, которые большинству других людей могли бы показаться опасными.
39. Я не думаю, что разумно оказывать помощь слабым людям, которые не могут помочь себе сами.
40. Я не в состоянии сохранять спокойствие, когда мне приходится поступать несправедливо с людьми, даже тогда, когда они несправедливы в отношении меня.
41. Обычно люди рассказывают мне о своих переживаниях.
42. Иногда у меня возникало такое чувство, как будто я являюсь частью чего-то без границ во времени и пространстве.
43. Иногда я чувствую духовную связь с другими людьми, которую не могу объяснить словами.
44. Мне нравится, когда люди могут делать то, что им захочется, не придерживаясь строгих правил и предписаний.
45. При встрече с группой незнакомых людей я скорее всего буду оставаться спокойным, даже если мне сообщат, что они настроены недружелюбно.
46. Обычно я беспокоюсь сильнее, чем большинство других людей из-за того, что в будущем может случиться что-то плохое.

47. Обычно, прежде чем принять какое-либо решение, я рассматриваю в деталях все факты.
48. Мне часто хотелось бы иметь особые способности, подобно супермену.
49. Я нахожусь под слишком сильным контролем со стороны других людей.
50. Мне нравится делиться с другими людьми тем, что я узнал.
51. Обычно я способен убедить людей поверить мне, даже когда знаю что то, о чем я говорю, является преувеличением или неправдой.
52. Иногда у меня возникало ощущение, что моя жизнь направляется некой духовной силой, превосходящей человеческие возможности.
53. У меня репутация очень практичного человека, не поддающегося эмоциям.
54. Меня сильно трогают сентиментальные просьбы (например, когда просят помочь детям-калекам).
55. Обычно я прикладываю больше усилий, чем многие другие, поскольку хочу все сделать настолько хорошо, насколько могу.
56. У меня так много недостатков, что я очень не нравлюсь себе.
57. У меня не хватает времени на то, чтобы искать пути для долговременного решения своих проблем.
58. Часто я не могу разобраться со своими проблемами, потому что просто не знаю, что делать.
59. Я предпочитаю тратить деньги, а не копить их.
60. Обычно я могу здорово преувеличить реальные события, если надо рассказать забавную историю или разыграть кого-либо.
61. Если я смущен или чувствую себя униженным, то легко могу преодолеть это.
62. Мне очень трудно привыкать к изменениям в моей жизни, поскольку при этом я становлюсь напряженным, устаю или начинаю беспокоиться.
63. Обычно необходимы весьма серьезные практические причины для того, чтобы я пожелал изменить привычный образ действий.
64. Я почти всегда остаюсь расслабленным и спокойным, даже когда почти все остальные испытывают страх.
65. Я нахожу печальные песни и фильмы весьма скучными.
66. Обстоятельства часто заставляют меня совершать поступки против моей воли.
67. Я скорее проявлю снисхождение, чем буду мстить тому, кто обижает меня.
68. Я часто настолько погружаюсь в свои занятия, что на какой-то момент теряю ориентировку во времени и пространстве.
69. Я не думаю, что у меня есть в жизни настоящая цель.
70. Я часто ощущаю напряженность и беспокойство в незнакомых ситуациях, даже когда другие совсем не чувствуют опасности.
71. Я часто подчиняюсь внутренним побуждениям, предчувствиям, интуиции и не задумываюсь о деталях.

72. Другие люди часто думают, что я излишне независим, потому что я не намерен делать то, что им хочется.

73. Я часто ощущаю сильную духовную или эмоциональную связь со всеми людьми, окружающими меня.

74. Для того, чтобы лучше понимать других людей, я обычно стараюсь поставить себя на их место.

75. Такие качества, как порядочность и честность, порой играют в моей жизни незначительную роль.

76. Я экономнее, чем большинство людей.

77. Даже когда большинство людей считают это неважным, я все равно обычно настаиваю на том, чтобы все было сделано точно и аккуратно.

78. Я чувствую себя очень уверенным и полагаюсь на себя почти во всех жизненных ситуациях.

79. Мои друзья считают, что узнать о моих чувствах нелегко, поскольку я редко посвящаю их в то, о чем думаю.

80. Мне нравится представлять себе, как могли бы страдать мои враги.

81. Я более энергичен и меньше утомляюсь, чем большинство людей.

82. Из-за неуверенности я часто прекращаю то, над чем работаю, даже тогда, когда мои друзья говорят, что все получится хорошо.

83. Я часто хочу быть сильнее всех.

84. Если работаешь вместе с другими людьми, то редко можно надеяться на справедливую оценку своего вклада.

85. Я не поступаю своими интересами, чтобы сделать приятно другим людям.

86. Я совсем не смущаюсь в присутствии незнакомых людей.

87. Большую часть времени я затрачиваю на выполнение дел вроде бы необходимых, но не очень важных для меня.

88. Я не думаю, что этические или религиозные представления о том, что такое хорошо и что такое плохо, должны оказывать большое влияние на принятие деловых решений.

89. Я часто стараюсь воздерживаться от субъективных оценок для того, чтобы лучше понять чувства других людей.

90. Мои привычки нередко мешают мне в достижении важных целей.

91. Я прикладывал конкретные усилия для того, чтобы сделать мир лучше - например, участвовал в борьбе против войны, бедности и несправедливости.

92. Если надо что-либо сделать, обычно я предпочитаю подождать, пока кто-нибудь другой первым не возьмется за дело.

93. Я обычно с уважением отношусь к мнению других людей.

94. Мое поведение в большой мере подчинено тем целями, которые я поставил перед собой в жизни.

95. Обычно неразумно способствовать успеху других людей.

96. Как правило я предпочитаю оставаться невозмутимым и соблюдать дистанцию в отношениях с другими людьми.

97. Я более склонен плакать над грустными фильмами, чем большинство других людей.

98. Я быстрее, чем остальные, прихожу в себя после легких заболеваний или стрессов.

99. Я часто нарушаю различные правила и предписания, когда считаю, что могу обойтись и без них.

100. Я нуждаюсь в приобретении положительного опыта, чтобы уметь справляться с искушением.

101. Мне бы хотелось, чтобы другие люди не болтали друг с другом так много, как они обычно это делают.

102. Каждый заслуживает, чтобы с ним обращались достойно и с уважением, даже если он производит впечатление незначительного или плохого человека.

103. Я предпочитаю принимать быстрые решения, чтобы справиться со всем необходимым.

104. Обычно я уверен, что с легкостью могу справиться с тем, что большинство людей посчитало бы небезопасным (например, быстрое вождение автомобиля по мокрой или скользкой дороге).

105. Мне нравится делать вещи по-новому, пробуя непроторенные пути.

106. Мне больше нравится копить деньги, чем тратить их на развлечения и увеселения.

107. У меня были ощущения, когда я чувствовал себя в контакте с божественными или духовными силами.

108. У меня бывают моменты огромной радости, когда вдруг появляется светлое, глубокое чувство единения со всем окружающим.

109. Большинство людей мне кажутся более находчивыми, чем я.

110. Временами я ощущаю себя частью духовной силы, от которой зависит вся жизнь.

111. Даже когда я нахожусь с друзьями, я предпочитаю не быть особенно откровенным.

112. Я думаю, что обычно мои непосредственные реакции согласуются с принятыми мною принципами и долговременными целями.

113. Я верю, что наша жизнь подчинена некоей духовной власти или силе, которая не может быть до конца объяснена.

114. Часто, когда я смотрю на обычные вещи, происходит что-то удивительное, - у меня возникает чувство, будто я вижу их по-новому, как в первый раз.

115. Обычно я чувствую напряжение и беспокойство, когда должен сделать что-то новое и непривычное.

116. Я часто довожу себя до истощения или пытаюсь сделать больше, чем действительно в силах.

117. Моя сила воли слишком слаба, чтобы противостоять сильному соблазну, даже если я знаю, что буду из-за этого впоследствии страдать.

118. Я не выношу вида чьих-либо страданий.

119. Если я расстроен, то обычно я чувствую себя лучше среди друзей, чем в одиночестве.

120. Мне всегда хочется выглядеть лучше всех.

121. Когда весной распускаются цветы, я этому бываю также рад, как встрече со старыми друзьями.

122. Обычно я расцениваю сложную ситуацию, как возможность проверить себя или как удобный случай.

123. Люди, находящиеся со мной в тесных отношениях, должны научиться все делать по-моему.

124. Обычно я чувствую себя намного более уверенным и энергичным, чем большинство людей, даже после незначительной болезни или стресса.

125. Когда не происходит ничего нового, я обычно начинаю искать что-то волнующее или возбуждающее.

Приложение Е

Краткий международный нейропсихиатрический опросник M.I.N.I.
N. Нервная булимия

N1	За последние три месяца отмечались ли у Вас периоды, когда вы переедали или случаи употребления очень большого количества пищи в течение 2 часов?	НЕТ→	ДА
N2	За последние три месяца отмечались ли у Вас периоды, когда Вы переедали два или больше раз в неделю?	НЕТ→	ДА
При ответах «нет» на N1, N2 – опрос окончен			
N3	Во время такого переедания было ли у Вас ощущение, что потребление пищи находится вне Вашего контроля?	НЕТ→	ДА
При ответе «нет» на N3 – опрос окончен			
N4	Предпринимали ли Вы какие-либо действия, чтобы компенсировать или предотвратить набор веса, который произошел в результате такого переедания? Примерами являются вызов рвоты, периоды голодания, физические упражнения, клизмы, прием слабительных, диуретиков (мочегонных) или каких-либо других медикаментов?	НЕТ→	ДА
При ответе «нет» на N4 – опрос окончен			
N5	Влияет ли Ваш вес или форма Вашего тела на Ваше мнение о самом себе?	НЕТ→	ДА
При ответе «нет» на N5 – опрос окончен			

Приложение Ж

Текст симптоматического опросника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised)

Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Поставьте галочку в ячейке того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Варианты ответов: совсем нет, немного, умеренно, сильно, очень сильно.

НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:

1. Головные боли?
2. Нервозность или внутренняя дрожь?
3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли?
4. Слабость или головокружения?
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия?
6. Чувство недовольства другими?
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями?
8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие?
9. Проблемы с памятью?
10. Ваша небрежность или неряшливость?
11. Легко возникающая досада или раздражение?
12. Боли в сердце или в грудной клетке?
13. Чувство страха в открытых местах или на улице?
14. Упадок сил или заторможенность?
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой?
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие?
17. Дрожь?
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять?
19. Плохой аппетит?
20. Слезливость?
21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола?
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы?
23. Неожиданный и беспричинный страх?
24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать?
25. Боязнь выйти из дома одному?
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты?
27. Боли в пояснице?
28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо?
29. Чувство одиночества?
30. Подавленное настроение, «хандра»?
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам?
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было?

33. Чувство страха?
34. То, что Ваши чувства легко задеть?
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли?
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам?
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь?
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки?
39. Сильное или учащенное сердцебиение?
40. Тошнота или расстройство желудка?
41. Ощущение, что Вы хуже других?
42. Боли в мышцах?
43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас?
44. То, что Вам трудно заснуть?
45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете?
46. Трудности в принятии решения?
47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах?
48. Затруднённое дыхание?
49. Приступы жара или озноба?
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают?
51. То, что Вы легко теряете мысль?
52. Онемение или покалывание в различных частях тела?
53. Комок в горле?
54. Ощущение, что будущее безнадежно?
55. То, что Вам трудно сосредоточиться?
56. Ощущение слабости в различных частях тела?
57. Ощущение напряжённости или взвинченности?
58. Тяжесть в конечностях?
59. Мысли о смерти?
60. Переедание?
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас?
62. То, что у Вас в голове чужие мысли?
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо?
64. Бессонница по утрам?
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.д.?
66. Беспокойный и тревожный сон?
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь?
68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие?
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими?
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)?
71. Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий?
72. Приступы ужаса или паники?
73. Чувство неловкости, когда Вы едите и пьёте на людях?
74. То, что Вы часто вступаете в спор?

75. Нервозность, когда Вы остались одни?
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения?
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми?
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте?
79. Ощущение собственной никчемности?
80. Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое?
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами?
82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях?
83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите?
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли?
85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи?
86. Кошмарные мысли или видения?
87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке?
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому?
89. Чувство вины?
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное?

Приложение И

Текст теста RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
Никогда	Раз в месяц или реже	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4 раза в неделю и чаще
2. Сколько алкогольных напитков (стандартных порций) Вы употребляете в типичный день, когда выпиваете?				
1-2 СП	3-4 СП	5-6 СП	7-9 СП	10 и более СП
3. Как часто Вы употребляете как минимум 1,5 л пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24-х часов?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
4. Как часто за последние 12 месяцев Вы не могли остановиться, начав употреблять алкогольные напитки?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
5. Как часто за последние 12 месяцев из-за выпивки Вы не сделали то, чего от Вас обычно ожидалось?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
6. Как часто за последние 12 месяцев Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после выпивки (опохмелиться)?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
7. Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
8. Как часто за последние 12 месяцев Вы были не способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?				

Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
9. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?				
Никогда	Да, более 12 месяцев назад	Да, в течение последних 12 месяцев		
10. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?				
Никогда	Да, более 12 месяцев назад	Да, в течение последних 12 месяцев		