

Факторы, ассоциированные с расстройством пищевого поведения в течение жизни у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальной идеацией

Factors associated with lifetime history of eating disorder in non-psychotic patients with suicidal ideation

doi: 10.17816/CP6555

Оригинальное исследование

George Kustov¹, Mikhail Zinchuk¹,
Sofya Popova¹, Ilya Mishin¹, Nadezhda Voinova¹,
Alexander Yakovlev^{1,2}, Renat Akzhigitov¹

¹ Moscow Research and Clinical Center for Neuropsychiatry
of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

² Department of Functional Biochemistry of Nervous System,
Institute of Higher Nervous Activity and Neurophysiology,
Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Георгий Кустов¹, Михаил Зинчук¹, Софья Попова¹,
Илья Мишин¹, Надежда Войнова¹,
Александр Яковлев^{1,2}, Ренат Акжигитов¹

¹ ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр
им. З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения
Москвы, Москва, Россия

² ФГБУН «Институт высшей нервной деятельности
и нейрофизиологии» РАН, Москва, Россия

ABSTRACT

BACKGROUND: Data on the sociodemographic, biographical, and clinical factors associated with a lifetime diagnosis of eating disorders (ED) in patients with non-psychotic mental disorders (NPMD) and suicidal ideation (SI) are scarce.

METHODS: A cohort study was conducted at the Moscow Research and Clinical Center for Neuropsychiatry. The sample consisted of consecutive patients with non-psychotic mental disorders and SI, aged 18–45 years. Participants with a lifetime diagnosis of anorexia and/or bulimia (then in remission or recovery) were compared with those without ED in terms of their sociodemographic profile, clinical characteristics, lifetime traumatic events, and some behavioral patterns. All participants underwent the Russian version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview and completed the Brief Reasons for Living Inventory, the State and Trait Anxiety Inventory, and the Beck Depression Inventory.

RESULTS: A total of 892 patients with non-psychotic mental disorders and SI were included in the study. The mean age was 25.7 years, and 84% were assigned female at birth. Same-sex experience was more common in the ED group. Patients with an ED were more likely to have a history of physical and sexual abuse and to have witnessed domestic violence. The proportion of participants with piercings, tattoos, or severe body modifications was significantly higher in the ED group. Patients with a lifetime ED were more likely to engage in nonsuicidal self-injurious behaviors and to have a history of suicide attempts.

CONCLUSION: Lifetime ED in NPMD patients with SI is associated with younger age, being assigned female at birth, having an alternative gender identity, having same-sex experience, having more than one psychiatric diagnosis, having been diagnosed with bipolar disorder, experiencing severe depression and anxiety, being exposed to multiple traumatic experiences, having various body modifications, practicing NSSI, and having a lifetime story of suicide attempts.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: На сегодняшний день имеется недостаточно данных о социально-демографических, биографических и клинических факторах, связанных с наличием диагноза расстройство пищевого поведения (РПП) у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальными мыслями.

МЕТОДЫ: Когортное исследование проведено на базе ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени Э.П. Соловьева» ДЗМ. Выборка состояла из последовательно отобранных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальными мыслями в возрасте 18–45 лет. Участников с диагностированной в течение жизни анорексией и/или булимией (и находящихся сейчас в стадии ремиссии или выздоровления) сравнивали с участниками без РПП по социально-демографическому профилю, клиническим характеристикам, наличию психотравмирующих событий в течение жизни, а также по некоторым поведенческим паттернам. Все участники прошли русскоязычную версию интервью об аутоагрессивных мыслях и поведении (SITBI), а также заполнили краткий опросник причин жизни (bRFL), опросник ситуативной и личностной тревожности (STAI) и опросник депрессии Бека (BDI).

РЕЗУЛЬТАТЫ: В исследование было включено 892 пациента с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальными мыслями. Средний возраст составлял 25,7 года, и у 84% участников при рождении был определен женский пол. Однополый опыт был более распространен в группе РПП. Пациенты с РПП чаще имели историю физического или сексуального насилия и были свидетелями домашнего насилия. Доля участников с пирсингом, татуировками или серьезными модификациями тела была значительно выше в группе РПП. Пациенты в группе РПП были более склонны к несуицидальному самоповреждающему поведению (НССП) и совершению суицидальных попыток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: РПП в истории жизни у пациентов, проходящих стационарное лечение по поводу непсихотического психического расстройства с суицидальной идеацией, ассоциировано со следующими параметрами: более молодой возраст; женский пол при рождении; альтернативная гендерная идентичность, опыт сексуальных отношений с лицами своего биологического пола, два и более психиатрических диагноза, диагноз биполярное расстройство, большая тяжесть депрессии и тревоги; множественные психотравмирующие события в анамнезе; различные модификации тела; нанесение НССП и попытки суицида.

Keywords: *suicide; nonsuicidal self-injury; anorexia; bulimia; resilience*

Ключевые слова: *суицид; несуицидальное самоповреждение; анорексия; булимия; устойчивость*

ВВЕДЕНИЕ

Психические расстройства сопровождаются не только снижением качества жизни [1], но и сокращением ее продолжительности. В метаанализе, проведенном Walker и соавт. (2015), было показано, что смертность лиц с психическими расстройствами более чем в два раза превышает этот показатель в общей популяции [2]. Одной из причин высокой смертности является

суицид [3]. По данным некоторых исследований, около 60% лиц, умирающих вследствие суицида, соответствуют диагностическим критериям депрессивного расстройства [4]. Нидерландское исследование депрессии и тревоги (NESDA) подтвердило высокую распространенность суицидальных мыслей (СМ) и суицидальных попыток (СП) у пациентов с сопутствующей тревогой и депрессией [5]. Последующие исследования

показали, что суициды имели место в 10% случаев пограничного расстройства личности (ПРЛ) [6].

Несмотря на значительный объем исследований, большинство суицидологов сходятся во мнении о том, что профилактика суицида на индивидуальном уровне остается крайне неэффективной [7]. Это можно объяснить недостатком знаний о факторах, способствующих переходу от СМ к СП. В связи с этим необходимы дальнейшие исследования менее изученных факторов для выявления групп высокого риска перехода от суицидальных мыслей к суицидальным попыткам. В недавних исследованиях было показано, что такая переменная, как психическое расстройство в анамнезе (в настоящее время неактивное в связи с выздоровлением или ремиссией), все еще может быть фактором риска неблагоприятных исходов, в том числе смерти в результате суицида [8, 9].

Нервная анорексия и булимия являются важными проблемами общественного здравоохранения, их распространенность в течение жизни составляет 0,1–4,6%, и чаще всего они развиваются в подростковом возрасте [10]. Большинство лиц с расстройствами пищевого поведения (РПП) никогда не достигают полной ремиссии. Примерно у 60% лиц с нервной анорексией (НА) ремиссия не возникает даже через 20 лет от начала заболевания, наблюдаются множественные рецидивы и переход заболевания в хроническую форму [11]. Поэтому понятно, что у пациентов с тяжелыми и стойкими формами РПП возникает множество отрицательных последствий. Интересно, что не только текущее РПП, но и РПП, диагностированное в течение жизни, связаны с плохим прогнозом [12]. Фактически преждевременная смертность при РПП является самой высокой среди всех психических расстройств [13]. Помимо неблагоприятных соматических последствий РПП, некоторые авторы предполагают, что значительная смертность может быть также обусловлена высоким риском СП. В мета-анализе, проведенном Arcelus и соавт. (2011), каждый пятый умерший пациент с НА совершил суицид [14]. Zerwas и соавт. (2015) проанализировали датские регистры с 1989 по 2006 год и показали, что СП и смерть по причине суицида в пять раз чаще регистрировались у женщин и мужчин с РПП по сравнению с их здоровыми сверстниками [15]. О значительном риске СП и смертности у пациентов с РПП, диагностированным в течение жизни, сообщили Yao и соавт. (2016) [16].

На сегодняшний день факторы, связанные с РПП, диагностированным в течение жизни, у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НПР) и СМ, остаются неизученными. Мы предположили, что социально-демографические, биографические и клинические профили пациентов с РПП в анамнезе, страдающих в настоящее время НПР и СП, будут отличаться от профилей пациентов, у которых никогда не было РПП.

Целью данного исследования является изучение социально-демографических, биографических и клинических факторов, связанных с РПП, диагностированным в течение жизни, у пациентов с НПР и СМ.

МЕТОДЫ

Дизайн

Ретроспективное когортное исследование проводили на базе Московского научно-практического психоневрологического центра в период с января 2021 по январь 2023 года.

Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом Московского научно-практического психоневрологического центра. До проведения любых процедур исследования обученные психиатры получили письменное информированное согласие всех пациентов, включенных в исследование.

Участники

В это исследование мы последовательно включали госпитализированных взрослых (18 лет и старше) пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и СМ. Перед госпитализацией у всех пациентов проводили скрининг на наличие суицидальных мыслей и поведения в рамках стандартного протокола госпитализации, принятого в Центре. Критериями исключения были наличие в анамнезе или в настоящее время психотических расстройств с делирием, органических расстройств, шизофрении и бредовых расстройств; тяжелых неврологических и соматических расстройств; текущее расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ; когнитивный дефицит, препятствующий пониманию вопросов исследователя и утверждений шкал для самостоятельной оценки. Всех участников обследовал опытный психиатр, который устанавливал диагноз психического расстройства по МКБ-10. Наличие РПП в анамнезе оценивали с помощью прямого клинического интервью в соответствии с критериями МКБ-10.

Пациентов, соответствовавших критериям нервной анорексии (НА), нервной булимии (НБ) или обоих расстройств в течение жизни, включили в группу РПП, как в исследовании, проведенном Micali и соавт. (2016) [17]. Мы ограничили возраст участников 45 годами, чтобы уменьшить вероятность ошибки воспроизведения и влияние менопаузы на текущее состояние участниц. Также исключали всех пациентов, соответствующих критериям текущего РПП, а в окончательный анализ включили только пациентов с ремиссией РПП или выздоровлением. Для достижения цели исследования мы сравнивали показатели пациентов с РПП в анамнезе (РПП+) и пациентов без РПП (РПП–).

Показатели

Для оценки СМ, СП и несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) использовали соответствующие разделы интервью о мыслях о самоповреждении и самоповреждающем поведении (SITBI). SITBI представляет собой структурированное интервью для оценки наличия, частоты и характеристики суицидальных мыслей и поведения, а также мыслей и поведения в рамках НССП [18]. Русскоязычная версия разработана с использованием стандартной процедуры прямого и обратного перевода. Ранее окончательную версию данного инструмента успешно использовали как в клинической практике, так и в исследованиях [19, 20].

Демографические и клинические переменные регистрировали в специальной индивидуальной регистрационной карте. Все участники прошли интервью для выявления мыслей о самоповреждении и самоповреждающего поведения (SITBI), заполнили опросник депрессии Бека, опросник ситуативной и личностной тревожности (STAI), а также краткий опросник причин для жизни (bRFL).

Последний из вышеперечисленных инструментов был разработан для оценки антисуицидальных факторов. Опросник bRFL представляет собой инструмент для самостоятельного заполнения, оценивающий такие антисуицидальные факторы, как убеждения относительно выживания и стратегии преодоления стрессовых воздействий (копинг-стратегии), ответственность перед семьей, забота о детях, страх суицида, страх социального осуждения и моральные запреты [21, 22]. Психометрические свойства русскоязычной версии опросника bRFL [23] были аналогичны

свойствам оригинальной англоязычной [24] и немецкоязычной [25] версий опросника. На сегодняшний день нормализация его показателей не проводилась.

Опросник BDI использовали для измерения тяжести депрессии у участников исследования [26]. BDI представляет собой многовариантный опросник для самостоятельного заполнения, состоящий из 21 пункта, с общим баллом от 20 до 80 (более высокие баллы указывают на более выраженную депрессию). Пороговые значения балла по опроснику BDI следующие: 0–9 баллов соответствуют минимальной депрессии, 10–18 баллов — легкой депрессии, 19–29 баллов — умеренной депрессии и 30–63 баллов — тяжелой депрессии. Российская версия опросника BDI показала хорошие психометрические свойства и широко используется в клинической практике и при проведении исследований [27].

Опросник STAI применяли для оценки уровня тревоги. Опросник STAI представляет собой инструмент для самостоятельного заполнения, состоящий из 40 пунктов. Каждая подшкала опросника (подшкала ситуативной тревоги (STAI-S) и подшкала личностной тревоги (STAI-T)) содержит по 20 пунктов [28]. Каждый пункт оценивается по 4-балльной шкале Лайкерта от 1 (нет, это не так) до 4 (совершенно верно), общий балл находится в диапазоне от 20 до 80, при этом более высокий балл соответствует более выраженной тревоге. Клинически значимый уровень тревоги обычно определяют как пороговое значение, равное 40 баллам. Русскоязычная версия опросника была валидирована Ханиным (1983) и показала хорошие психометрические свойства [29].

Статистический анализ

Категориальные переменные представлены в виде частот (%), а непрерывные переменные — в виде средних значений (стандартное отклонение (SD)). Для сравнения количественных переменных использовали критерий Стьюдента, категориальных переменных — критерий хи-квадрат Пирсона. В этом анализе для поправки на множественное сравнение диагнозов психических расстройств применяли процедуру Бенджамини-Хохберга [30, 31]. Все статистические критерии применяли при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$. Анализ данных проводили с помощью программного обеспечения Jamovi, версия 1.6.2.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристики выборки

Всего в исследование включили 892 пациента с НПР и СМ. Средний возраст составил 25,72 (7,42; 18–45) года. 748 (84%) пациентов были женского пола. Однако у 58 (6,5%) из них была альтернативная гендерная идентичность (в большинстве случаев — небинарная гендерная идентичность).

Большинству пациентов был поставлен диагноз — аффективное расстройство (униполярное депрессивное расстройство было выявлено у 267 (29,9%) пациентов, биполярное расстройство — у 201 (22,5%) и расстройство личности — у 218 (24,4%). У 66 пациентов (7,4 %) было выявлено два и более психических расстройства. Средний возраст при первом обращении за психиатрической помощью составил 22,49 (6,96) года.

Мы оценивали соответствие участников критериям только анорексии или булимии в течение жизни, другие РПП не рассматривались. РПП, диагностированное в течение жизни, выявлено у 305 (34,2%) пациентов. 69 (7,7%) пациентов страдали анорексией, 110 (12,3%) — булимией, 126 (14,1%) — «смешанным» РПП (на разных этапах жизни, соответствует критериям обоих расстройств). Средний возраст начала РПП составил 16,80 (5,10) лет.

Клинические и демографические переменные выборки представлены в табл. 1.

Факторы, связанные с РПП

По сравнению с контрольной группой пациенты с РПП были значимо моложе [23,49 (5,74) и 26,89 (7,66), $p < 0,001$], у большего количества был определен женский пол при рождении [293 (96,7%) и 455 (77,5%), $p < 0,001$], и больше из них имели альтернативную гендерную идентичность [30 (9,8%) и 28 (4,8%), $p = 0,004$]. Как показано в табл. 1, значимо большее количество пациентов с РПП имели незаконченное высшее образование и были студентами (0,05). Разницы в семейном положении между группами не было.

Пациенты с РПП впервые обратились за психиатрической помощью в значимо более молодом возрасте [20,60 (5,42) и 23,47 (7,45), $p < 0,001$]. Биполярное расстройство значимо чаще выявлялось в группе РПП [93 (30,5%) и 108 (18,4%), $p < 0,001$], тогда как тревожное расстройство чаще регистрировалось в контрольной группе [19 (6,2%) и 116 (19,8%), $p < 0,001$]. Между группами не было различий в распространенности других психических расстройств. Пациенты с РПП чаще страдали более чем одним психическим расстройством [34 (11,1%) и 32 (5,5%), $p = 0,002$].

Таблица 1. Демографические и клинические характеристики общей выборки исследуемой и контрольной группы

Переменная	Уровень	РПП+ (n=305)	РПП- (n=587)	Всего (n=892)	Статистический критерий
Возраст, среднее значение (SD) ^a		23,49 (5,74)	26,89 (7,66)	25,72 (7,24)	$t = -6,81^b$, $p < 0,001$
Пол, определенный при рождении, n (%) ^b	Мужской	10 (3,3%)	132 (22,5%)	142 (16,0%)	$\chi^2 = 56,86$, $df = 1^a$, $p = 0,001$
	Женский	293 (96,7%)	455 (77,5%)	748 (84,0%)	
Гендерная идентичность, n (%) ^b	Цисгендерность	275 (90,2%)	559 (95,2%)	834 (93,5%)	$\chi^2 = 8,47$, $df = 1^a$, $p = 0,004$
	Альтернативная гендерная идентичность	30 (9,8%)	28 (4,8%)	58 (6,5%)	
Уровень образования, n (%) ^b	Начальная/средняя школа	15 (4,9%)	25 (4,9%)	40 (4,5%)	$\chi^2 = 14,55$, $df = 4$, $p = 0,006$
	Старшая школа	55 (18,0%)	84 (14,3%)	139 (15,6%)	
	Профессиональное образование	42 (13,8%)	84 (14,3%)	126 (14,1%)	
	Незаконченное высшее образование	114 (37,4%)	172 (29,3%)	286 (32,1%)	
	Законченное высшее образование	79 (25,9%)	222 (37,8%)	301 (33,7%)	
Трудоустройство, n (%) ^b	Работающие	110 (36,1%)	237 (40,4%)	347 (38,9%)	$\chi^2 = 8,64$, $df = 3$, $p = 0,034$
	Студенты	100 (32,1%)	156 (26,6%)	256 (28,7%)	
	Пенсионеры	4 (1,3%)	24 (4,1%)	28 (3,1%)	
	Безработные	91 (29,8%)	170 (29,1%)	261 (29,3%)	

Переменная	Уровень	РПП+ (n=305)	РПП- (n=587)	Всего (n=892)	Статистический критерий
Семейное положение, n (%) ^b	Не замужем/не женат	159 (52,1%)	312 (53,2%)	471 (52,8%)	$\chi^2=0,19$, df=2, $p=0,911$
	Замужем/женат	89 (29,2%)	172 (29,3%)	261 (29,3%)	
	Другой вид отношений	57 (18,7%)	103 (17,5%)	160 (17,9%)	
	Опыт сексуальных отношений с лицами своего биологического пола	118 (38,7%)	146 (24,9%)	264 (29,6%)	
Возраст на момент первого обращения за психиатрической помощью (лет), среднее значение (SD) ^a		20,60 (5,42)	23,47 (7,45)	22,49 (6,96)	$t=-5,97$, $p < 0,001$
Диагностированное психическое расстройство, n (%) ^b	Шизотипическое расстройство	43 (14,1%)	57 (9,7%)	100 (11,2%)	$\chi^2=3,88$, df=1, $p=0,049$
	Биполярное расстройство	93 (30,5%)	108 (18,4%)	201 (22,5%)	$\chi^2=16,82$, df=1, $p < 0,001$ #
	Депрессивное расстройство	82 (26,9%)	185 (31,5%)	267 (29,9%)	$\chi^2=2,05$, df=1, $p=0,152$
	Тревожные расстройства	19 (6,2%)	116 (19,8%)	135 (15,1%)	$\chi^2=28,62$, df=1, $p < 0,001$ #
	Обсессивно-компульсивное расстройство	2 (0,7%)	12 (2,0%)	14 (1,6%)	$\chi^2=2,50$, df=1, $p=0,113$
	Расстройства личности	79 (28,9%)	139 (23,7%)	218 (24,4%)	$\chi^2=0,54$, df=1, $p=0,464$
Несколько диагностированных психических расстройств, n (%) ^b	Да	34 (11,1%)	32 (5,5%)	66 (7,4%)	$\chi^2=9,50$, df=1, $p=0,002$
Балл по опроснику BDI, среднее значение (SD) ^a		32,03 (10,09)	29,32 (9,84)	30,27 (10,01)	$t=3,56$, $p < 0,001$
Балл по подшкале STAI-S, среднее значение (SD) ^a		62,59 (9,71)	61,03 (10,39)	61,57 (10,18)	$t=1,99$, $p=0,047$
Балл по подшкале STAI-T, среднее значение (SD) ^a		62,64 (9,35)	61,63 (10,21)	61,98 (9,93)	$t=1,33$, $p=0,185$
Физическое насилие в анамнезе, n (%) ^b	Да	206 (67,5%)	313 (53,3%)	519 (58,2%)	$\chi^2=16,68$, df=1, $p < 0,001$
Свидетель домашнего насилия, n (%) ^b	Да	143 (46,9%)	216 (36,8%)	359 (40,2%)	$\chi^2=8,49$, df=1, $p=0,004$
Травля в школе, n (%)	Да	215 (70,5%)	391 (66,6%)	606 (67,9%)	$\chi^2=1,39$, df=1, $p=0,239$
Сексуальное насилие в анамнезе, n (%) ^b	Да	114 (37,4%)	142 (24,2%)	256 (28,7%)	$\chi^2=17,05$, df=1, $p < 0,001$
Применение психоактивных веществ в течение жизни, n (%) ^b	Да	157 (51,5%)	262 (44,6%)	419 (47,0%)	$\chi^2=3,77$, df=1, $p=0,052$
Пирсинг, n (%) ^b	Да	134 (43,9%)	156 (26,6%)	290 (32,5%)	$\chi^2=27,56$, df=1, $p < 0,001$
Татуировки, n (%) ^b	Да	162 (53,1%)	198 (33,7%)	360 (40,4%)	$\chi^2=31,33$, df=1, $p < 0,001$
Серьезные модификации тела, n (%) ^b	Да	36 (11,8%)	29 (4,9%)	65 (7,3%)	$\chi^2=3,88$, df=1, $p < 0,001$
СП в течение жизни, n (%) ^b	Да	159 (52,1%)	208 (35,4%)	367 (41,1%)	$\chi^2=23,11$, df=1, $p < 0,001$
НССП в течение жизни, n (%) ^b	Да	262 (85,9%)	361 (61,5%)	623 (69,8%)	$\chi^2=56,75$, df=1, $p < 0,001$

Примечание: ^a — t-критерий Стьюдента, ^b — критерий хи-квадрат; # — значимо после применения поправки Бенджамини-Хохберга; СП — суицидальная попытка; НССП — несуицидальное самоповреждение; РПП — расстройства пищевого поведения; STAI-S — ситуативная тревожность; STAI-T — личностная тревожность; BDI = опросник депрессии Бека.

У пациентов с РПП регистрировались более высокие баллы по опроснику BDI (32,03 (10,09) и 29,32 (9,84), $p < 0,001$, d Коэна=0,272, что указывает на умеренное различие между двумя группами) и подшкале STAI-S (62,59 (9,71) и 61,03 (10,39), $p=0,047$, d Коэна=0,155, что указывает на небольшую величину эффекта). В то же время, баллы по подшкале STAI-T не различались между группами.

Участники с РПП чаще подвергались физическому (206 (67,5%) и 313 (53,3%), $p < 0,001$) и сексуальному (114 (37,4%) и 142 (24,2%), $p < 0,001$) насилию и чаще были свидетелями домашнего насилия (143 (46,9%) и 216 (36,8%), $p=0,004$). Опыт сексуальных отношений с лицами своего биологического пола был более распространен в группе РПП (118 (38,7%) и 146 (24,9%), $p < 0,001$). У значимо большего количества пациентов с РПП был пирсинг (134 (43,9%) и 156 (26,6%), $p < 0,001$), татуировки (162 (53,1%) и 198 (33,7%), $p < 0,001$), татуировки, скрывающие рубцы (39 (13,8%) и 32 (5,5%), $p < 0,001$) и серьезные модификации тела (36 (11,8%) и 29 (4,9%), $p < 0,001$).

В течение жизни у значимо большего количества пациентов с РПП были СП (159 (52,1%) и 208 (35,4%); $p < 0,001$) и НССП (262 (85,9%) и 361 (61,5%); $p < 0,001$).

Как показано в табл. 2, у пациентов с РПП наблюдались более низкие баллы по таким подшкалам опросника bRFL, как убеждения относительно выживания и стратегии преодоления стрессовых воздействий (4,00 (1,51) и 4,22 (1,42), $p=0,032$), ответственность перед семьей (3,65 (1,55) и 4,02 (1,62), $p=0,001$), забота о детях и моральные запреты (1,85 (1,31) и 2,44 (1,64), $p < 0,001$). Средний общий балл по опроснику bRFL

также был значимо ниже в основной группе (2,87 (0,93) и 3,25 (1,14), $p < 0,001$). Не было различий между группами по таким факторам, как страх суицида и страх социального осуждения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Максимальный возраст участников был ограничен 45 годами, чтобы уменьшить влияние менопаузы на текущее состояние участниц и минимизировать вероятность ошибки воспроизведения. Возраст участников нашего исследования был относительно молодым (25,7 года), что соответствует полученным в предыдущих исследованиях данным о более раннем дебюте различных психических расстройств у лиц с РПП [32]. Возрастные характеристики выборки также могут частично объяснить более высокую, чем ожидалось, распространенность НССП и нефатальных СП среди участников.

В нашей выборке большинство пациентов составляли женщины, что согласуется с данными литературы, свидетельствующими о более высокой распространенности тревоги, депрессии [33, 34], СМ и нефатальных СП [35] у женщин, а также о большем количестве женщин среди лиц, обращающихся за психиатрической помощью [36].

Значительное количество лиц с незаконченным и законченным высшим образованием в нашей выборке обусловлено спецификой российского населения и согласуется с данными Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) о высокой доле лиц с высшим образованием среди граждан Российской Федерации в возрасте 25–64 лет.

Таблица 2. Балл краткого опросника причин для жизни

	Среднее значение (SD)		t-критерий Стьюдента (df=890)	d Коэна
	РПП «+» (n=305)	РПП «-» (n=587)		
Убеждения относительно выживания и стратегии преодоления стрессовых воздействий ^a	4,00 (1,51)	4,22 (1,42)	$t=-2,14, p=0,032$	0,150 ^b
Ответственность перед семьей ^a	3,65 (1,55)	4,02 (1,62)	$t=-3,24, p=0,001$	0,233 ^b
Забота о детях ^a	2,84 (1,83)	3,53 (1,99)	$t=-5,00, p < 0,001$	0,356 ^b
Страх суицида ^a	3,35 (1,56)	3,53 (1,71)	$t=-1,63, p=0,103$	0,108 ^b
Страх социального осуждения ^a	2,43 (1,56)	2,65 (1,66)	$t=-1,88, p=0,060$	0,135 ^b
Моральные запреты ^a	1,85 (1,31)	2,44 (1,64)	$t=-5,30, p < 0,001$	0,384 ^b
Средний общий балл	2,87 (0,93)	3,25 (1,14)	$t=-4,88, p < 0,001$	0,354 ^b

Примечание: ^a — t-критерий Стьюдента, ^b — критерий хи-квадрат; РПП = расстройства пищевого поведения.

По этому показателю Российская Федерация занимает второе место из 35 стран-членов ОЭСР [37].

При сравнении группы пациентов с РПП, диагностированным в течение жизни, и группы пациентов без РПП, выявлено значительное количество различий по клиническим и социально-демографическим показателям. Доля лиц, у которых при рождении был определен женский пол, была выше в группе РПП, что согласуется с более высокой распространенностью РПП у женщин [38]. Также наблюдалось значимое различие по полу: лица с РПП с большей вероятностью имели альтернативную гендерную идентичность и идентифицировали себя как бигендер, гендер-флюид или агендер. У всех участников с альтернативной гендерной идентичностью при рождении был определен женский пол. Связь между альтернативной гендерной идентичностью и РПП согласуется с результатами предыдущих исследований. В исследовании, в котором приняли участие 289 000 студентов колледжей США, трансгендерные лица в 4,6 раза чаще, чем цисгендерные женщины, сообщали о выявлении у них РПП в предыдущем году [39]. В другом исследовании было показано, что небинарные лица в три раза чаще, чем трансгендерные мужчины и женщины, сообщали о НА или НБ в анамнезе [40]. Опыт сексуальных отношений с лицами своего биологического пола в течение жизни также чаще наблюдался у лиц с РПП, что согласуется с данными литературы о более высокой распространенности РПП у бисексуальных и гомосексуальных лиц [41].

Пациенты с РПП были значимо моложе, что объясняет большее количество лиц с незаконченным высшим образованием и студентов в этой группе. Обычный возраст дебюта многих РПП составляет от 14 до 19 лет [42], а иногда и меньше [43] — ниже, чем при других непсихотических расстройствах [44]. С этим может быть связан более молодой возраст первого обращения за психиатрической помощью у лиц с РПП.

Неоднократно сообщалось о частом сочетании РПП с другими психическими расстройствами. По данным различных источников, распространенность в течение жизни как минимум одного сопутствующего заболевания, диагностированного по критериям DSM-IV, варьирует от 45% до 97% [45, 46]. Это подтверждается значительным количеством лиц с РПП (34,2%) в нашей выборке последовательно набранных пациентов с НПР и СМ. Группы исследования различались по частоте БР (чаще наблюдалось у пациентов с РПП)

и тревожных расстройств (чаще наблюдались у пациентов с РПП). Это согласуется с метаанализом, проведенным Fornaro и соавт. (2020), в котором была выявлена связь между РПП и БР. Так, НБ наблюдалась у 7,4% (95% ДИ=6–10%) лиц с БР, тогда как у 6,7% (95% ДИ=12–29,2%) лиц с НБ был установлен диагноз БР. НА наблюдалась у 3,8% (95% ДИ=2–6%) лиц с БР, а у 2% (95% ДИ=1–2%) лиц с БР был установлен диагноз НА [47]. Примечательно, что несмотря на меньшую частоту тревожных расстройств в группе РПП, выраженность тревоги в этой группе фактически была выше. РПП также сопровождалось более высоким баллом по шкале депрессии BDI. Кроме того, у лиц из группы РПП была выше вероятность более одного психического расстройства, что также указывает на более тяжелые психические расстройства в этой группе пациентов.

В этом исследовании была выявлена более высокая распространенность психотравмирующих событий (физическое насилие в детстве, свидетель домашнего насилия) у пациентов с РПП. Аналогичные данные были получены и в других исследованиях [48]. В нашем исследовании распространенность травматических переживаний в детстве была выше, чем в предыдущих исследованиях [49]. Это можно объяснить тем, что такие переживания являются прогностическими факторами не только РПП, но и суицидального риска (критерий включения в наше исследование).

Большее количество пациентов, подвергшихся сексуальному насилию, в группе РПП также согласуется с данными литературы, показывающими, что сексуальное насилие предшествует и способствует развитию РПП, особенно булимии [50].

В нескольких исследованиях, включая исследование РПП без сопутствующих психических расстройств, было выявлено, что татуировки, пирсинг и модификации тела чаще встречаются у пациентов с РПП [51]. Предыдущие исследования показали, что эти переменные более распространены у молодых лиц и лиц с косвенным и прямым самоповреждающим поведением [52] — переменные, которые преобладают в популяции участников нашего исследования.

В нашем исследовании распространенность НССП была высокой в обеих группах, что можно объяснить более высокой распространенностью НССП у лиц с СМ. Мы обнаружили, что РПП у пациентов с СМ было связано с НССП. С одной стороны, более высокую распространенность НССП можно объяснить

более молодым возрастом участников и преобладанием женщин в группе РПП [53]. В то же время есть данные метаанализа Cuschi и соавт. (2016), в котором они определили отношение шансов НССП в зависимости от подтипа РПП (в диапазоне от 20 до 32,7%) [54] и предположили двунаправленную связь между НССП и РПП [55]. Исследование, недавно проведенное в Российской Федерации [52], показало, что у пациентов с НССП и СМ, госпитализированных в психиатрические стационары, распространенность РПП составила 51%, а отношение шансов наличия НССП у пациентов с СМ и РПП — 4,9. Различия в распространенности НССП между данным и нашим исследованием можно объяснить исключением из нашего исследования лиц в возрасте 45 лет и старше.

По данным недавних исследований, суицид является одной из ведущих причин избыточной смертности пациентов с РПП [56]. В предыдущих исследованиях изучали взаимосвязь между СП и РПП [57], однако до сих пор нет единого мнения о том, существует ли различие в степени риска СП в зависимости от подтипа РПП: некоторые авторы полагают, что различия между подтипами РПП нет [58], в то время как другие сообщают о значимом увеличении риска у пациентов с НА [59]. Однако существование связи между наличием РПП и риском СП подтверждено во многих исследованиях, в том числе и в этом [60, 61]. В то же время результаты нашего исследования следует интерпретировать с осторожностью, поскольку многие факторы, связанные с диагностированным в течение жизни РПП, ранее были идентифицированы как факторы риска СП. Например, в недавнем исследовании, проведенном в Москве, была показана тесная связь между НССП и суицидальным риском у лиц с эпилепсией [62]. Необходимы дальнейшие исследования для выявления возможных общих биологических и психологических основ этих факторов, часто встречающихся совместно [63, 64].

Согласно подходу «от мыслей — к действию», переход от суицидальных мыслей к суицидальной попытке может быть связан с напряжением между просуицидальными и антисуицидальными факторами. Чтобы оценить, имели ли пациенты со склонностью к развитию РПП в течение жизни более низкую устойчивость к суициду, мы измерили количество убеждений, которые могли бы быть важными антисуицидальными факторами, в обеих группах. Мы не обнаружили

ранее проведенных исследований, в которых применяли опросник причин для жизни у лиц с РПП. Мы выявили более низкий общий балл по опроснику bRFL у лиц с РПП, а также более низкие баллы по ряду подшкал для оценки таких антисуицидальных факторов, как «убеждения относительно выживания и стратегии преодоления стрессовых воздействий», «ответственность перед семьей», «забота о детях» и «моральные запреты».

Мы полагаем, что многие характеристики, выявленные нами у пациентов с РПП, аналогичны характеристикам, которые ранее были установлены у пациентов с ПРЛ. При этом после коррекции Бенджамини-Хохберга между группами не было выявлено различия в частоте диагностированных расстройств личности. Это несоответствие можно объяснить недостаточным выявлением ПРЛ у лиц с другими психическими расстройствами. В нашем исследовании диагноз психического расстройства основывался на заключении эксперта. Чтобы выяснить, является ли ПРЛ более распространенным у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, СМ и диагностированным в течение жизни РПП, необходимы дальнейшие исследования, в которых диагноз устанавливается на основании результатов структурированных психиатрических интервью.

Сильные стороны и ограничения исследования

Наше исследование имеет как сильные стороны, так и ограничения. Мы применяли последовательный набор участников, чтобы избежать систематической ошибки отбора. Насколько нам известно, наше исследование является первой попыткой оценить причины жизни у пациентов с РПП и СМ — группы высокого риска суицида.

В нашем исследовании возраст участников значительно различался между группами. Это может быть ограничением исследования, если рассматривать его как простую ковариату. Однако не исключено, что возраст просто отражает различия между поколениями, наблюдаемыми у лиц, выросших в разных условиях. Необходимы долгосрочные проспективные когортные исследования, чтобы ответить на вопрос о том, уменьшается ли с возрастом роль таких показателей, как РПП и НССП, или же их значение остается одинаковым у представителей разных поколений.

Основным недостатком нашего исследования является то, что диагноз РПП устанавливали ретроспективно. Многие участники выздоровели после РПП в раннем взрослом возрасте, поэтому нельзя полностью исключить вероятность системной ошибки воспроизведения. Еще одним ограничением является наш подход к диагностике психических расстройств, которая была основана только на основании экспертного мнения. Потенциальное влияние этого фактора на частоту диагностики расстройств личности обсуждалось выше. В наше исследование не включали пациентов с психотическими расстройствами и лиц старше 45 лет, поэтому полученные результаты не следует экстраполировать на эти группы населения.

Вывод

Развитие РПП в течение жизни у пациентов с НПР и СМ ассоциировано с более молодым возрастом, женским полом при рождении, альтернативной гендерной идентичностью, опытом сексуальных отношений с лицами своего биологического пола, двумя и более психическими расстройствами, диагностированным биполярным расстройством, более тяжелой депрессией и тревогой, множественными психотравмирующими событиями в анамнезе, различными модификациями тела, НССП и СП в течение жизни. Пациенты с РПП склонны к суицидальному поведению вследствие низкой устойчивости к переходу от СМ к СП.

История публикации

Статья поступила: 21.04.2023

Статья принята: 23.06.2023

Публикация: 30.06.2023

Вклад авторов: Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации. Георгий Кустов, Илья Мишин, Михаил Зинчук, Ренат Акжигитов — написание первоначальной версии рукописи; Михаил Зинчук — концепция и методология исследования; Ренат Акжигитов — наблюдение за ходом исследования; Александр Яковлев — анализ; Софья Попова, Надежда Воинова — исследование.

Финансирование: Работа выполнена при поддержке Московского центра инноваций в здравоохранении [грант № 2412-36/22].

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Кустов Г.В., Зинчук М.С., Попова С.Б., Мишин И.Н., Воинова Н.И., Яковлев А.А., Акжигитов Р.Г. Факторы, ассоциированные с расстройством пищевого поведения в течение жизни у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальной идеацией // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2. CP6555. doi: 10.17816/CP6555

Сведения об авторах

Георгий Владимирович Кустов, научный сотрудник, отделение кризисной суицидологии, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7755-1175>

***Михаил Сергеевич Зинчук**, к.м.н., зав. отделением кризисной суицидологии, Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2538-3314>

E-mail: mzinchuk@mail.ru

Софья Баяровна Попова, младший научный сотрудник, отдел эпидемиологии, профилактики и организации помощи при пограничных психических расстройствах, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4573-7247>

Илья Николаевич Мишин, младший научный сотрудник, отдел изучения когнитивных нарушений, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8129-9312>

Надежда Игоревна Воинова, младший научный сотрудник, отделение кризисной суицидологии, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6636-2133>

Александр Александрович Яковлев, д.б.н., ведущий научный сотрудник отдела эпидемиологии, профилактики и организации помощи при пограничных психических расстройствах, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2546-5130>

Ренат Гаясович Акжигитов, к.м.н., ученый секретарь, заместитель директора по научной работе, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7777-2920>

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Chaudhury S, Rani DP, Murthy PS, Diwan C, Patil AA, Jagtap B. Quality of life in psychiatric disorders. Trends in Biomedical Research. 2018. doi: 10.15761/TBR.1000103.
2. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2015;72(4):334-41. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502. Erratum in: JAMA Psychiatry. 2015;72(7):736. Erratum in: JAMA Psychiatry. 2015;72(12):1259.

3. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Review*. 2008;30(1):133-54. doi: 10.1093/epirev/mxn002.
4. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2003;33(3):395-405. doi: 10.1017/s0033291702006943. Erratum in: *Psychol Med*. 2003 Jul;33(5):947.
5. Wiebenga JXM, Dickhoff J, Mérelle SYM, Eikelenboom M, Heering HD, Gilissen R, van Oppen P, Penninx BWJH. Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: a review of NESDA findings. *The Journal of Affective Disorders*. 2021;283:267-277. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.053.
6. Paris J. Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina*. 2019;55(6):223. doi: 10.3390/medicina55060223.
7. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozma D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
8. De Beurs D, ten Have M, Cuijpers P, de Graaf R. The longitudinal association between lifetime mental disorders and first onset or recurrent suicide ideation. *BMC Psychiatry*. 2019;19:345. doi: 10.1186/S12888-019-2328-8.
9. Shan JC, Chen IM, Lin PH, Chen WJ, Liao SC, Lee MB, Kuo PH. Associations between lifetime mental disorders and suicidal behaviors: findings from the Taiwan psychiatry morbidity survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022;57(8):1579-1589. doi: 10.1007/s00127-022-02236-8.
10. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019;109(5):1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342.
11. Fichter MM, Quadflieg N, Crosby RD, Koch S. Long-term outcome of anorexia nervosa: results from a large clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*. 2017;50(9):1018-1030. doi: 10.1002/eat.22736.
12. Udo T, Bitley S, Grilo CM. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC Medicine*. 2019;17(1):120. doi: 10.1186/s12916-019-1352-3.
13. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-150. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
14. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(7):724-31. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
15. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Mortensen PB, Bulik CM. The incidence of eating disorders in a Danish register study: associations with suicide risk and mortality. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;65:16-22. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.03.003.
16. Yao S, Kuja-Halkola R, Thornton LM, Runfola CD, D'Onofrio BM, Almqvist C, Lichtenstein P, Sjölander A, Larsson H, Bulik CM. Familial liability for eating disorders and suicide attempts: evidence from a population registry in Sweden. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(3):284-91. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2737.
17. Micali N, Stemmann Larsen P, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG*. 2016;123(8):1301-10. doi: 10.1111/1471-0528.13825.
18. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*. 2007;19(3):309-17. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.309.
19. Zinchuk M, Beghi M, Beghi E, Bianchi E, Avedisova A, Yakovlev A, Guekht A. Non-suicidal self-injury in Russian patients with suicidal ideation. *Archives of Suicide Research*. 2022;26(2):776-800. doi: 10.1080/13811118.2020.1833801.
20. Zinchuk M, Kustov G, Beghi M, Voinova N, Pashnin E, Beghi E, Avedisova A, Guekht A. Factors associated with non-binary gender identity in psychiatric inpatients with suicidal ideation assigned female at birth: a case-control study. *Archives of Sexual Behavior*. 2022;51(7):3601-3612. doi: 10.1007/s10508-022-02424-2.
21. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(2):276-86. doi: 10.1037//0022-006x.51.2.276.
22. Pashnin EV, Zinchuk MS, Gersamia AG, Voinova NI, Yakovlev AA, Avedisova AS. et al. Verification of the structure of the brief "Reasons for Life Inventory" in a clinical sample. *Psychological Journal*. 2022;43:109-21. doi: 10.31857/S020595920017745-5. Russian.
23. Kustov GV, Zinchuk MS, Gersamija AG, Voinova NI, Yakovlev AA, Avedisova AS. et al. Psychometric properties of the Russian version of the brief "Reasons for Living Inventory". *The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(10):87-94. doi: 10.17116/JNEURO202112110187. Russian.
24. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(2):276-86. doi: 10.1037//0022-006x.51.2.276.
25. Cwik JC, Siegmann P, Willutzki U, Nyhuis P, Wolter M, Forkmann T, Glaesmer H, Teismann T. Brief reasons for living inventory: a psychometric investigation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):358. doi: 10.1186/s12888-017-1521-x.
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961;4:561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
27. Tarabrina NV. Workshop on post-traumatic stress psychology. St. Petersburg: Peter; 2001. p. 272. Russian.
28. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
29. Khanina JL. A quick guide to using the Reactive and Personality Anxiety Test Ch.D. Spilberga. 1983. Russian.
30. Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B: methodological*. 1995;57:289-300. doi: 10.2307/2346101.
31. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: what age at onset? *Psychiatry Research*. 2016;238:225-227. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.048.
32. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, Demeyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Medina Mora ME,

- Ono Y, Ormel J, Pennell BE, Posada-Villa J, Sampson NA, Williams D, Kessler RC. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(7):785-95. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.36.
33. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2012;34(3):249-60. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.001.
 34. Canetto SS. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2008;78(2):259-66. doi: 10.1037/a0013973.
 35. Gough B, Novikova I. Summary Report No. 70 of the Health Evidence Network. Mental health, men and cultural traditions: how sociocultural constructs associated with manifestations of masculinity affect men's access to psychiatric care in the WHO European Region. Copenhagen: Regional Office for Europe WHO; 2020. Russian.
 36. Education at a Glance 2016: OECD Indicators. Russian Federation. Paris: OECD Publishing; 2016. doi: 10.1787/eag-2016-76-en.
 37. Halbeisen G, Braks K, Huber TJ, Paslakis G. Gender differences in treatment outcomes for eating disorders: a case-matched, retrospective pre-post comparison. *Nutrients*. 2022;14(11):2240. doi: 10.3390/nu14112240.
 38. Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA, Duncan AE. Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(2):144-9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.03.003.
 39. Diemer EW, White Hughto JM, Gordon AR, Guss C, Austin SB, Reisner SL. Beyond the binary: differences in eating disorder prevalence by gender identity in a transgender sample. *Transgender Health*. 2018;3(1):17-23. doi: 10.1089/trgh.2017.0043.
 40. Cao Z, Cini E, Pellegrini D, Fragkos KC. The association between sexual orientation and eating disorders-related eating behaviours in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*. 2023;31(1):46-64. doi: 10.1002/erv.2952.
 41. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2015;24(1):177-96. doi: 10.1016/j.chc.2014.08.003.
 42. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(7):714-23. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
 43. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*. 2022;27(1):281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7.
 44. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68(3):454-62. doi: 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5.
 45. Fornaro M, Daray FM, Hunter F, Anastasia A, Stubbs B, De Berardis D, Shin JI, Husain MI, Dragioti E, Fusar-Poli P, Solmi M, Berk M, Vieta E, Carvalho AF. The prevalence, odds and predictors of lifespan comorbid eating disorder among people with a primary diagnosis of bipolar disorders, and vice-versa: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;280(Pt A):409-431. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.015.
 46. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, Carvalho AF, Dragioti E, Favaro A, Monteleone AM, Shin JI, Fusar-Poli P, Castellini G. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2021;43(3):314-323. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1099.
 47. Hazzard VM, Bauer KW, Mukherjee B, Miller AL, Sonnevile KR. Associations between childhood maltreatment latent classes and eating disorder symptoms in a nationally representative sample of young adults in the United States. *Child Abuse & Neglect*. 2019;98:104171. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104171.
 48. Madowitz J, Matheson BE, Liang J. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and Weight Disorders*. 2015;20(3):281-93. doi: 10.1007/s40519-015-0195-y.
 49. Preti A, Pinna C, Nocco S, Mulliri E, Pilia S, Petretto DR, Masala C. Body of evidence: tattoos, body piercing, and eating disorder symptoms among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;61(4):561-6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.07.002.
 50. Zinchuk M, Beghi M, Beghi E, Bianchi E, Avedisova A, Yakovlev A, Guekht A. Non-suicidal self-injury in Russian patients with suicidal ideation. *Archives of Suicide Research*. 2022;26(2):776-800. doi: 10.1080/13811118.2020.1833801.
 51. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: what age at onset? *Psychiatry Research*. 2016;238:225-227. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.048.
 52. Cucchi A, Ryan D, Konstantakopoulos G, Stroumpa S, Kaçar AŞ, Renshaw S, Landau S, Kravariti E. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2016;46(7):1345-58. doi: 10.1017/S0033291716000027.
 53. Kiekens G, Claes L. Non-Suicidal Self-Injury and Eating Disordered Behaviors: An update on what we do and do not know. *Current Psychiatry Reports*. 2020;22(12):68. doi: 10.1007/s11920-020-01191-y.
 54. Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(1):6-17. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x.
 55. Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(2):129-35. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2003.10.005.
 56. Franko DL, Keel PK, Dorner DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, Charat V, Renn R, Herzog DB. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine*. 2004;34(5):843-53. doi: 10.1017/s0033291703001545.
 57. Cliffe C, Shetty H, Himmerich H, Schmidt U, Stewart R, Dutta R. Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: a retrospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(5):458-465. doi: 10.1002/eat.23240.
 58. Favaro A, Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997;95(6):508-14. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10139.x.
 59. Forcano L, Fernández-Aranda F, Alvarez-Moya E, Bulik C, Granero R, Gratacòs M, Jiménez-Murcia S, Krug I, Mercader JM,

- Riesco N, Saus E, Santamaría JJ, Estivill X. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*. 2009;24(2):91-7. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.10.002.
60. Zinchuk M, Kustov G, Pashnin E, Rider F, Sviatskaya E, Popova S, Voinova N, Yakovlev A, Guekht A. Self-injurious thoughts and behaviors in Russian patients with epilepsy: a prospective observational study. *Seizure*. 2023;107:28-34. doi: 10.1016/j.seizure.2023.03.010.
61. Zinchuk MS, Avedisova AS, Voinova NI, Kustov GV, Pashnin EV, Gulyaeva NV, Guekht AB. Pain perception and nonsuicidal self-injurious behavior. *The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(12):144-152. doi: 10.17116/jnevro2020120121144. Russian.
62. Zinchuk MS, Guekht AB, Gulyaeva NV, Avedisova AS, Akzhigitov RG, Grishkina MN. Biological basis of suicidal behavior. *The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016;116(8):94-101. doi: 10.17116/jnevro20161168194-101. Russian.
63. Zinchuk MS, Avedisova AS, Guekht AB. Nonsuicidal self-injury behavior in non-psychotic disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(3):108-119. doi: 10.17116/jnevro2019119031108. Russian.
64. Zimmerman M, Balling C, Dalrymple K, Chelminski I. Screening for Borderline Personality Disorder in Psychiatric Outpatients With Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2019;80(1):18m12257. doi: 10.4088/JCP.18m12257.
-