

Несуицидальные самоповреждения и суицидальный риск у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения: связи с контролем веса, индексом массы тела и межличностной чувствительностью

Non-suicidal self-injuries and suicide risk in adolescent girls with eating disorders: associations with weight control, body mass index, and interpersonal sensitivity

doi: 10.17816/CP6803

Оригинальное исследование

Natalia Polskaya^{1,2}, Anna Basova^{1,3},
Anna Razvaliaeva⁴, Daria Yakubovskaya¹,
Nataliia Vlasova⁵, Anna Abramova¹

¹ Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow, Russia

² Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

³ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

⁴ Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

⁵ State Budgetary Educational Institution "Proton Educational Center", Moscow, Russia

Наталья Польская^{1,2}, Анна Басова^{1,3},
Анна Разваляева⁴, Дарья Якубовская¹,
Наталья Власова⁵, Анна Абрамова¹

¹ ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ г. Москвы», Москва, Россия

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

³ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

⁴ ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук», Москва, Россия

⁵ ГБОУ «Образовательный центр "Протон"», Москва, Россия

ABSTRACT

BACKGROUND: Eating disorders (EDs) are associated with a risk of premature death, as well as suicidal and self-injurious behavior. A low or high body mass index (BMI) and weight control behavior can also have an impact on self-injurious and suicidal behavior. While some studies show that interpersonal sensitivity is a risk factor for EDs, affective disorders, and self-injurious behavior, in-depth studies of these issues have not been done.

AIM: The present study investigates how self-injurious and suicidal behavior relate to weight control behavior, BMI, and interpersonal sensitivity in adolescent girls from a clinical population with diagnosed ED compared with adolescent girls from the general population.

METHODS: The main group was comprised of 31 girls with a diagnosis of EDs (as the main diagnosis or co-occurring with affective disorders, $M=15\pm 1.13$ years), being treated in the Eating Disorder Clinic of the Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva. The comparison group consisted of 27 adolescent girls recruited from Proton Educational Center ($M=15.51\pm 1.09$ years). The measures included a qualitative survey that yielded data on weight control behavior, and self-injurious behavior, a Blitz questionnaire probing the suicide risk (used only in the main group), and the Interpersonal Sensitivity Measure. Height and weight data were also recorded for BMI calculation.

RESULTS: The qualitative analysis of weight control behavior yielded the following results: purging behavior, restrictive behavior, and corrective behavior. Participants in the main group used purging and restrictive behavior more often, whereas participants in the comparison group used strategies associated with a healthy lifestyle. The main group and participants who practiced purging and restrictive weight control in the overall sample had the smallest BMI. Self-injurious behavior was approximately evenly distributed both amongst the main and comparison groups. Self-cutting was the most prevalent type of self-injury. In the main group, self-injury was associated with a smaller BMI, while in the comparison group it was associated with an increase in the fear of rejection and overall interpersonal sensitivity. Based on the assessment of the suicide risk, six participants in the main group were deemed high-risk; they also displayed increased fear of rejection, dependence on the assessments of others, and overall interpersonal sensitivity. All girls in the suicide risk subgroup had non-suicidal self-injuries.

CONCLUSION: The results of our study broaden our understanding of the risk factors of suicidal and self-injurious behavior in adolescent girls with EDs and reveal the characteristics of the type of weight control behavior used by this group in comparison with adolescent girls in the general population. Girls with EDs who were considered at the risk of committing suicide demonstrated high interpersonal sensitivity, which provides a rationale for further studying the general interpersonal mechanisms that underlie the pathogenesis of EDs, as well as that of self-injurious and suicidal behavior.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Расстройства пищевого поведения (РПП) связаны с риском преждевременной смерти, суицидальным и самоповреждающим поведением. Слишком низкий или высокий индекс массы тела (ИМТ) и способы контроля веса также могут вносить вклад в самоповреждающее и суицидальное поведение. В отдельных исследованиях было выявлено, что фактором риска для РПП и самоповреждающего поведения может также быть такой показатель, как межличностная чувствительность. Однако комплексного исследования этих проблем еще не проводилось.

ЦЕЛЬ: Исследовать связи самоповреждающего и суицидального поведения со способами контроля веса, ИМТ и межличностной чувствительностью у девочек-подростков клинической выборки с диагнозом РПП и в популяции.

МЕТОДЫ: В основную группу вошли девочки-подростки с РПП (как основным диагнозом или сопутствующим в случаях сочетания с аффективными расстройствами, $M_{\text{возр}}=15, SD=1,13$), проходящие лечение в специализированной клинике ($N=31$). Группу сравнения составили девочки-подростки ($N=27$) из общеобразовательного учебного центра г. Москвы ($M_{\text{возр}}=15,51, SD=1,09$). Использовалась анкета, направленная на сбор качественных данных о проявлениях контроля за весом и самоповреждающем поведении, блиц-опросник суицидального риска (только в клинической выборке) и опросник межличностной чувствительности. На основе данных о росте и весе высчитывался ИМТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Качественный анализ позволил выделить темы, связанные с контролем веса: очистительное, ограничительное и корректирующее поведение. В основной группе чаще использовались очистительные

и ограничительные стратегии контроля веса, а в группе сравнения — корректирующие стратегии, связанные с поддержанием здорового образа жизни. Наиболее низкий ИМТ (дефицит массы тела) оказался в клинической выборке и у девочек с ограничительным и очистительным поведением в совокупной выборке. Самоповреждающее поведение примерно в равном соотношении оказалось распространено как в основной группе, так и в группе сравнения. Наиболее распространенный метод самоповреждения — порезы. В основной группе самоповреждающее поведение было связано с меньшим ИМТ, а в группе сравнения — с повышением страха отвержения и общим показателем межличностной чувствительности. Суицидальный риск был выявлен у 6 девочек из основной группы и оказался связан со страхом отвержения, зависимостью от оценок окружающих и общим показателем межличностной чувствительности. Все девочки из подгруппы суицидального риска указали и на несуйцидальные самоповреждения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Результаты исследования позволяют расширить представления о факторах риска суицидального и самоповреждающего поведения у девочек с РПП и о способах контроля веса, предпринимаемых ими, по сравнению с девочками из общей популяции. Высокая межличностная чувствительность, выявленная у девочек-подростков из подгруппы суицидального риска, свидетельствует о важности изучения межличностных механизмов, лежащих в основе суицидального и самоповреждающего поведения.

Keywords: *adolescent girls; eating disorders; body mass index; suicide risk; non-suicidal self-injuries; interpersonal sensitivity; fear of rejection*

Ключевые слова: *девочки-подростки; расстройства пищевого поведения; индекс массы тела; суицидальный риск; несуйцидальные самоповреждения; межличностная чувствительность; страх отвержения*

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП) представляют значительную проблему здравоохранения и затрагивают существенную часть населения, в первую очередь девушек и молодых женщин [1]. Актуальность этой проблемы обусловлена высокой летальностью, преобладанием среди лиц с диагнозом РПП девочек подросткового возраста, негативным влиянием на психическое здоровье и репродуктивную функцию во взрослом возрасте. До 44% девочек подросткового возраста демонстрируют субклинические формы расстройств пищевого поведения [2], и до 2,58% женщин и 1,89% мужчин в западных странах имеют установленный диагноз РПП [3], преимущественно в виде нервной анорексии (0,1–2%) и нервной булимии (0,37–2,98%) [4]. Согласно последним данным, от 5,5% до 17,9% девушек и от 0,6% до 2,4% юношей приобретают РПП к наступлению зрелости [5].

Показатели смертности при расстройствах пищевого поведения в 5–7 раз выше по сравнению с прогнозируемыми в соответствующих половозрастных когортах [6], особенно среди лиц с нервной анорексией [7]. До 24,9% пациентов с нервной анорексией и 31,4% пациентов с нервной булимией предпринимали попытки суицида [8]. Экстремальные способы

контроля веса (прием таблеток для похудения (diet pills), индуцирование рвоты, прием слабительных и мочегонных) даже в отсутствии диагноза РПП выступают предиктором суицидальных мыслей и суицидальных попыток среди женщин [9].

Не менее серьезной проблемой, потенциально сокращающей продолжительность жизни лиц с РПП, являются намеренные несуйцидальные действия, направленные на повреждение собственного тела [10]. Несуйцидальные самоповреждения также связаны с повышением риска суицидального поведения и смерти от суицида в подростковом и юношеском возрасте [11, 12]. Самоповреждающее поведение широко распространено среди пациентов с РПП: 40,8% подростков с диагностированным РПП наносили себе самоповреждения хотя бы однажды [13]. По некоторым данным, самоповреждающее поведение также может выступать индикатором более сложного течения расстройства пищевого поведения [14], предсказывая более тяжелые его проявления в будущем [15]. Среди пациентов с РПП и коморбидным самоповреждающим поведением значимо чаще встречаются лица с диагнозом нервная булимия или большой длительностью заболевания, с симптомами переизбытка, очистительного поведения, сопутствующими аффективными расстрой-

ствами, злоупотребляющие психоактивными веществами (ПАВ) и пережившие насилие [13]. Приводятся данные, что 78% лиц с опытом несуицидального самоповреждения сообщали о нарушениях пищевого поведения, включая компульсивное переедание (binge eating) — 57,6%, голодание — 57,6%, чрезмерные физические тренировки — 33,9%, провоцирование рвоты — 25,4% и использование мочегонных и слабительных препаратов — 15,3% [16]. Вероятность самоповреждающего поведения среди лиц с РПП значимо выше при наличии суицидальных попыток в прошлом [17].

Еще одна широко обсуждаемая проблема — это вклад ИМТ в суицидальный риск. В одних исследованиях определяется связь низкого ИМТ с риском суицида, тогда как в других эта связь не находит подтверждения. Так, в проспективном исследовании, выполненном на женской выборке ($n=1\ 200\ 000$), было показано, что ИМТ <20 связан с суицидальными попытками и завершённым суицидом; при этом значимыми также оказались низкие весовые показатели в подростковом и молодом возрасте [18]. В другом обширном исследовании на популяционной выборке подростков 12–15 лет ($n=104\ 907$) из 45 стран с низким и средним доходом, не низкий, а высокий ИМТ и ожирение выступили значимым предиктором суицидальной идеации и суицидальных попыток [19].

Нарушения межличностного функционирования считаются одним из трансдиагностических факторов риска всего спектра расстройств пищевого поведения [20]. Эти нарушения обусловлены, с одной стороны, межличностными стрессорами [21], а с другой стороны, личностными установками, влияющими на социальное функционирование и определяющими уязвимость к межличностному взаимодействию, в частности, межличностной чувствительностью [22, 23]. Межличностная чувствительность рассматривается как компонент психологического дистресса [24] и как личностная характеристика, свойственная людям с высокой восприимчивостью к поведению и эмоциям других людей, особенно в предполагаемых или реальных ситуациях критики или отвержения [25]. Исследований межличностной чувствительности как личностной характеристики сравнительно немного [22, 23, 25, 26, 27], и все они, кроме одного [23], изучают респондентов, начиная со старшего подросткового возраста.

В нашем недавнем исследовании онлайн-сообществ, сфокусированных на внешности и теле, было выявлено,

что участницы групп проанорексичной направленности (ориентированных на нормализацию анорексии), имеют более высокий уровень неудовлетворенности телом и чувствительности к отвержению из-за внешности, по сравнению с участницами бодипозитивных сообществ [26]. Согласно результатам другого нашего исследования, страх отвержения выступает предиктором самоповреждающего поведения у лиц юношеского и молодого возраста [27]. В единственном обнаруженном нами клиническом исследовании подростков 12–18 лет с диагнозом РПП был выявлен вклад более высокой межличностной осознанности (один из компонентов межличностной чувствительности) в симптомы РПП. Когнитивные искажения (негативная интерпретация социальной информации) выступили медиатором этой связи. Однако в силу методических ограничений в этом исследовании не рассматривалась межличностная чувствительность в целом или другие ее компоненты (так как другие шкалы используемого опросника показали недостаточную внутреннюю согласованность, и авторы не включили их в анализ) [23].

Таким образом, немногочисленные исследования межличностной чувствительности (как личностной характеристики) имели ограничения, связанные либо с выборкой, либо с методиками исследования. Кроме того, в этих исследованиях аспекты межличностной чувствительности изучались в связи либо с симптомами РПП [23, 26], либо с несуицидальными самоповреждениями [27], тогда как неоднократно подтвержденная связь РПП, самоповреждающего и суицидального поведения обуславливает необходимость их комплексного изучения.

Целью данного исследования было проследить связь самоповреждающего и суицидального поведения со способами контроля веса, ИМТ и межличностной чувствительностью у девочек-подростков с РПП, проходящих стационарное или амбулаторное лечение. Для сравнения результатов использовались данные, полученные на популяционной выборке девочек-подростков, обучающихся в общеобразовательной школе.

МЕТОД

Формирование выборки и отбор участников

Исследование проводилось в феврале–апреле 2023 года на базе Клиники расстройств пищевого поведения ГБУЗ «Научно-практический центр психического

здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ») в форме индивидуального опроса госпитализированных или проходящих амбулаторное лечение девочек-подростков с основным или сопутствующим диагнозом РПП по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр) из рубрики F50.

Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (протокол №1-23 от 18.01.2023).

Критерии включения в выборку: женский пол; возраст 13–17 лет; диагностированное РПП. Критерии не-включения: мужской пол; возраст младше 13 лет; нарушения мышления; снижение интеллекта.

Всего в исследовании участвовала 31 пациентка ($M_{\text{возр}}=15$, $SD=1,13$). У 20 девочек в качестве основного был установлен диагноз РПП (F50): нервная анорексия или нервная булимия. У 11 — на момент обследования на фоне лекарственной терапии на первый план выступал депрессивный синдром в рамках аффективных расстройств (F30–F39) или смешанных расстройств поведения и эмоций (F92). При этом РПП сохранялось как сопутствующее расстройство.

Первично госпитализированы 14 девочек; повторно — 11; 6 — проходят амбулаторное лечение.

С целью сравнения по параметрам самоповреждающего поведения, контроля веса, ИМТ и межличностной чувствительности было опрошено 27 девочек-подростков ($M_{\text{возр}}=15,51$, $SD=1,09$), обучающихся в государственном бюджетном образовательном учреждении г. Москвы «Образовательный центр “Протон”». Критерии включения: женский пол; возраст 13–17 лет. Критерии не-включения: мужской пол; возраст младше 13 и старше 17 лет.

Участие в исследовании было добровольным на основе информированного согласия подростков и их родителей.

Методики

Все участницы исследования заполняли анкету, блиц-опросник суицидального риска и опросник межличностной чувствительности. Кроме того, проводились замеры веса и роста для вычисления ИМТ.

Анкета для данного исследования была разработана с целью сбора социодемографических данных (пол, возраст, образование, проживание) и получения

сведений о контроле веса и причинении себе намеренного физического вреда:

- Контролируете ли Вы свой вес?
- Сколько Вам было лет, когда начали контролировать свой вес?
- Укажите, какие способы контроля веса Вы использовали за последние 6 месяцев.
- Приходилось ли Вам причинять себе намеренный физический вред?
- Как именно Вы причиняли себе физический вред?

Блиц-опросник суицидального риска (разработан в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ») содержит 6 вопросов о суицидальных мыслях, планах и попытках, а также опыте самоповреждения. Он применялся только в клинической выборке. Для ответов используется дихотомическая шкала да/нет. Для вычисления надежности опросника использовался коэффициент Кудера–Ридардсона-20 [28] (0,66 на текущей выборке; 0,70 на выборке адаптации). На момент проведения исследования данный опросник прошел клиническую апробацию, включая проверку психометрических характеристик. Статья по результатам апробации находится на этапе подготовки.

Опросник межличностной чувствительности [25, 29] в русскоязычной версии включает 22 пункта с выбором ответов по 5-балльной шкале. Включает три шкалы: зависимость от оценок окружающих (на общей выборке альфа Кронбаха — $\alpha=0,93$, в клинической группе — $\alpha=0,94$), страх отвержения ($\alpha=0,88/0,87$), беспокойство в межличностных отношениях ($\alpha=0,84/0,82$), и общий балл межличностной чувствительности ($\alpha=0,95/0,94$).

Индекс массы тела рассчитывался по формуле: $ИМТ=m/h^2$, где m — масса тела в килограммах, h — рост в метрах. ИМТ оценивался с учетом возраста и пола, на основе рекомендаций ВОЗ по оценке антропометрических показателей у детей [30].

Анализ данных

Анализ количественных данных проводился с использованием статистического пакета SPSS ver. 23 и включал частоты, описательные статистики, таблицы сопряженности (χ^2 Пирсона для сравнения категориальных переменных), корреляционный анализ (коэффициент Спирмена) и непараметрические критерии (коэффициенты Манна–Уитни, Краскелла–Уоллиса). Качественные данные анализировались

методами контент-анализа (подсчитывалось количество наиболее часто встречающихся слов в описаниях способов контроля веса и самоповреждающего поведения) и тематического анализа (были обобщены основные стратегии контроля веса).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Социодемографические характеристики выборки представлены в табл. 1.

Контроль веса и индекс массы тела

Согласно результатам анкетирования, возрастной диапазон начала контроля собственного веса – от 8 до 15 лет. Наибольшее число ответов пришлось на период 11–14 лет, средний возраст начала контроля веса — 12,4, SD=1,6.

В рамках контент-анализа ответов о способах контроля веса в основной группе были выделены следующие наиболее часто употребляемые слова (из 194 использованных): голодание (12 упоминаний); спорт/физическая активность (10 упоминаний); рвота и слабительное (по 8 упоминаний каждое); подсчет калорий (7 упоминаний).

В группе сравнения из 27 девочек 17 указали, что контролируют свой вес. В этой подгруппе при описании способов контроля веса наиболее часто употреблялись следующие слова (из 87 использованных): спорт (14 упоминаний); еда/питание (9 упоминаний); вес/взвешивание (4 упоминания); голодание (3 упоминания). Не более одного раза использовались такие слова как здоровье, диета, зал, калории, организм, слабительное, сладкое.

Таблица 1. Социодемографические и клинические характеристики выборки

Социодемографические и клинические характеристики		Клиническая группа (N=31)	Группа сравнения (N=27)
		%, n	%, n
Возраст		M=15,00, SD=1,13	M=15,51, SD=1,09
Пол	Женский	100% (n=31)	100% (n=27)
Образование	Учится в школе	87,0% (n=27)	100% (n=27)
	Учится в колледже	9,7% (n=3)	–
	Нигде не учится	3,3% (n=1)	–
Проживание	С родителями или одним из родителей	96,7% (n=30)	96,3% (n=26)
	С другими родственниками	3,3% (n=1)	–
	Центр содействия семейному воспитанию	–	3,7% (n=1)
Диагноз	Нервная анорексия (F50.0)	41,93% (n=13)	–
	Атипичная нервная анорексия (F50.1)	19,35% (n=6)	–
	Атипичная нервная булимия (F50.3)	3,22% (n=1)	–
	Депрессивный эпизод средней степени тяжести (F32.1). Нервная анорексия (F50.0)	9,7% (n=3)	–
	Депрессивный эпизод средней степени тяжести (F32.1). Нервная булимия (F50.2)	9,7% (n=3)	–
	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера (F31.6). Нервная булимия (F50.2)	3,22% (n=1)	–
	Другие устойчивые расстройства настроения (F34.8). Нервная булимия (F50.2)	3,22% (n=1)	–
	Другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8). Расстройство приема пищи неуточненное (F50.9)	3,22% (n=1)	–
	Другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8). Атипичная нервная анорексия (F50.1)	3,22% (n=1)	–
Другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8). Нервная булимия (F50.2)	3,22% (n=1)	–	

Таблица 2. Стратегии контроля веса: результаты тематического анализа

Основная группа (N=31)	Группа сравнения (N=17)	Категории	Стратегии контроля веса
Способы контроля веса (количество упоминаний)			
Рвота (8); слабительные (8); мочегонные (1)	Слабительные (1)	Процедуры очищения	Очистительное поведение
Диеты (5); маленькие порции (3); ограничения в еде (4); выбрасывание еды (2)	Диеты (3); ограничения в еде (4); выбрасывание еды (1)	Диеты и другие ограничения в еде	Ограничительное поведение
Подсчет калорий (7)	Подсчет калорий (1)	Подсчет калорий	
Голодание (12)	Голодание (3)	Голодание	
Обхват запястья пальцами, обмер рук, ног измерительной лентой (2)	–	Обмеры тела	Корректирующее поведение (управление внешностью)
Взвешивание (9)	Взвешивание (4)	Взвешивание	
Спорт/физическая активность/упражнения (10)	Спорт/физическая активность/упражнения (14)	Физические нагрузки	
–	Правильное/здоровое питание (5); график питания (1)	Правильное питание	

Примечание: Значения в скобках представляют собой количество упоминаний о способах контроля веса в исследуемых группах

На основе тематического анализа данных совокупной выборки были выделены семь категорий (процедуры очищения, ограничение питания, подсчет калорий, голодание, обмеры тела, взвешивание, физические нагрузки и правильное питание), которые были обобщены в три ключевые темы, характеризующие стратегии контроля веса, используемые девочками как из основной группы, так и из группы сравнения:

1. Очистительное поведение — прием мочегонных и слабительных препаратов; искусственное вызывание рвоты.
2. Ограничительное поведение — диеты и другие ограничения в еде; подсчет калорий; голодание.
3. Корректирующее поведение — поведение, ориентированное на управление внешней привлекательностью: обмеры тела; взвешивание; физические нагрузки, включая спорт; сочетание разных видов физической активности со здоровым питанием (табл. 2).

В основной группе не было описаний, которые можно было бы связать со здоровым питанием, тогда как в группе сравнения не указаны такие специфические способы контроля веса, как определение тонкости рук и ног. В группе сравнения были ответы, которые в целом имели отношение к здоровому образу жизни, и контроль веса в ряде случаев описывается как попытка его регуляции, а не снижения. Например: «плавание, танцы, гуляю на дальние расстояния», «хожу в зал,

не ем сладкое», «спорт, правильное питание», «есть такое количество еды, которое требует организм». Тогда как фокус ответов в основной группе — именно на уменьшении веса. Поэтому сравнительно больше употреблялось слов, имеющих отношение к похудению (голодание, рвота, слабительные, мочегонные и т.п.), а занятия спортом описывались как «изнурительные физические нагрузки», причем в большинстве случаев физические упражнения сочетались с голоданием, вызыванием рвоты и подсчетом калорий. Таким образом, значимо чаще девочки из основной группы указывали на очистительное и ограничительное поведение, а девочки из группы сравнения — на корректирующее поведение, связанное с управлением своим внешним видом: $\chi^2(2)=22,19; p < 0,001$.

Распределение выборки по ИМТ представлено в табл. 3.

В основной группе у пациенток с нервной анорексией наблюдается дефицит массы тела, тогда как у восьми из одиннадцати девочек с депрессивным синдромом и РПП, преобладает нормальная масса тела с тенденцией к нижней границе нормы (в диапазоне от 17,06 до 22,84). Среди первично госпитализированных оказалось больше пациенток с дефицитом массы тела, чем среди госпитализированных повторно или амбулаторных пациенток: $\chi^2(2)=11,67, p < 0,01$. ИМТ девочек из клинической группы оказался значимо ниже, чем из группы сравнения: $\chi^2(2)=21,12, p < 0,001$.

Таблица 3. Распределение по ИМТ в основной группе и группе сравнения

Группа	Диагноз	Индекс массы тела			Всего
		дефицит массы тела	нормальная масса тела	избыток массы тела	
Основная группа (N=31)	Расстройства приема пищи (F50.0; F50.1; F50.2)	19	1	0	20
	Аффективные расстройства (F32.1; F34.8; F31.6) и смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8). Расстройства приема пищи (F50.0; F50.1; F50.2; F50.9)	2	9	0	11
Группа сравнения (N=27)	–	3	20	4	27

В совокупной выборке среди девочек с дефицитом массы тела большинство использовали ограничительное или очистительное поведение с целью контроля веса, а девочки с нормальной или избыточной массой тела использовали преимущественно стратегии управления внешностью: $\chi^2(2)=12,15, p < 0,05$.

Несуицидальные самоповреждения и суицидальный риск

Оценка суицидального риска проводилась только в основной группе, тогда как вопрос о намеренном причинении себе физического вреда и его способах задавался в обеих группах.

На вопрос о причинении себе вреда утвердительно ответили 51,7% клинической выборки (N=31), причем как в основной группе, так и в группе сравнения распределение ответов примерно одинаковое: 16 «да» и 15 «нет» — в основной группе; 13 «да» и 14 «нет» — в группе сравнения (N=27). Наиболее частым способом самоповреждения оказались порезы кожи: в основной группе — 12, в группе сравнения — 11. В большинстве случаев указывалось несколько разных способов самоповреждения.

В рамках контент-анализа в клинической подгруппе девочек, подтвердивших самоповреждения (N=16), из 117 использованных слов наиболее частыми оказались: порез/резать (13 упоминаний); бить/удар

(5 упоминаний); расчесывать/расцарапывать (5 упоминаний); прижигание/ожог (4 упоминания); прикусывание/обкусывание (2 упоминания). По одному упоминанию: выдирать, душиться, охлаждаться, перегреваться. Также один ответ относился к суицидальной попытке: «Таблетки в больших количествах (суицид)», и один — к физическим нагрузкам: «Изнурительные тренировки». В трех ответах ограничения в еде определялись пациентками как способ самоповреждения: «Писала на ногу ручкой, чтобы меньше ела», «все РПП — тоже же вред», «Ограничение в еде».

В группе сравнения (N=13) из 101 использованного слова к наиболее часто упоминаемому относятся: порез/резать (11 упоминаний); бить/биться (8 упоминаний); по 2 упоминания — кусать, царапать, надавливать; по 1 упоминанию — колоть, расчесывать, тушить.

При сравнении пациенток, подтвердивших и отрицающих самоповреждения, значимые различия (критерий Манна-Уитни) были обнаружены только по ИМТ: более низкие показатели ИМТ ($U=204,00, p < 0,001$) оказались у девочек с самоповреждениями. Что касается группы сравнения, значимые различия между подтвердившими и отрицающими самоповреждения были выявлены по страху отвержения и общему показателю межличностной чувствительности, но не по ИМТ (табл. 4).

Таблица 4. Значимые различия в группе сравнения по самоповреждающему поведению

Шкалы	Самоповреждающее поведение: Да/Нет	N	Средний ранг	Медиана	U критерий Манна-Уитни	p
Страх отвержения	Да	13	19,01	30,00	166,50	0,000
	Нет	14	8,61	20,00		
Общий показатель межличностной чувствительности	Да	13	18,12	68,00	144,50	0,008
	Нет	14	10,18	45,00		

Таблица 5. Распределение ответов основной группы по блиц-опроснику суицидального риска (N=31)

№	Вопросы	Да		Нет	
		N	%	N	%
1	За последние три месяца думал ли ты о том, что хочешь умереть?	13	41,9	18	58,1
2	За последние три месяца придумал ли ты план, как ты хочешь умереть?	7	22,6	24	77,4
3	За последние три месяца пробовал ли ты осуществить этот план?	2	6,5	29	93,5
4	В течение жизни наносил ли ты себе повреждения: ударял, резал, обжигал себя или повреждал себя другим образом?	16	51,6	15	48,4
5	Пробовал ли ты уже когда-нибудь умереть?	3	9,7	28	90,3
6	Думаешь ли ты о том, чтобы умереть прямо сейчас?	1	3,2	30	96,8

Таблица 6. Значимые различия в основной группе по фактору суицидального риска

Шкалы	Суицидальный риск по блиц-опроснику	N	Средний ранг	Медиана	U критерий Манна-Уитни	p
Зависимость от оценок окружающих	Да	6	23,83	32,5	28,00	0,017
	Нет	25	14,12	25,00		
Страх отвержения	Да	6	24,42	19,00	24,50	0,009
	Нет	25	13,98	12,00		
Общий показатель межличностной чувствительности	Да	6	24,08	72,00	26,50	0,012
	Нет	25	14,06	55,00		

Таблица 7. Значимые связи показателя суицидального риска с ИМТ и межличностной чувствительностью (r_s Спирмена)

Шкалы	Блиц-опросник суицидального риска
Зависимость от оценок окружающих	0,55**
Страх отвержения	0,67***
Беспокойство в межличностных отношениях	0,55**
Общий показатель межличностной чувствительности	0,62***
Индекс массы тела	0,47*

Примечание: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$, *** — $p < 0,001$.

Оценка суицидального риска проводилась только в основной группе как наиболее уязвимой к суицидальному поведению, а также в силу того, что опросник, который для этой цели использовался, прошел на момент применения только клиническую апробацию. Распределение ответов представлено в табл. 5.

На основании суммы утвердительных ответов подсчитывался показатель суицидального риска. К группе суицидального риска были отнесены те, кто набрал от 3 баллов и более. В данной группе три девочки набрали 3 балла; две — 4 балла; и одна — 6 баллов. При сравнении подгрупп по суицидальному риску более высокие значения по зависимости от оценок окружающих, страху отвержения и общему показателю

межличностной чувствительности были выявлены у пациенток, набравших три и более баллов по блиц-опроснику (табл. 6).

В подгруппу суицидального риска вошли девочки с депрессивным синдромом и РПП, придерживающиеся очистительного или ограничительного поведения для контроля веса.

Связь суицидального риска с ИМТ и межличностной чувствительностью

Проверка связи между показателем суицидального риска с ИМТ и психологическими характеристиками проводилась с помощью коэффициента Спирмена. Значимые взаимосвязи представлены в табл. 7.

Как можно видеть из табл. 7, повышение суицидального риска значимо связано с более высокими показателями по шкалам межличностной чувствительности. Также имеется значимая связь между повышением ИМТ и суицидального риска.

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно результатам, полученным в нашем исследовании, контроль веса может начинаться достаточно рано, уже с восьми лет, но чаще приходится на начало подросткового возраста — 12–13 лет.

На основе тематического анализа были выделены три стратегии контроля веса: (1) очистительное поведение (вызывание рвоты, прием слабительных и мочегонных препаратов); (2) ограничительное поведение (диеты, голодание); (3) корректирующее поведение, ориентированное на управление своей внешностью (обмеры тела, взвешивание, физические нагрузки, включая спорт, а также сочетание разных видов физической активности со здоровым питанием). Корректирующее поведение в большей мере ориентировано на создание социально привлекательного внешнего облика, тогда как стратегии очистительного и ограничительного поведения — на уменьшение объемов тела, которые субъективно воспринимаются как слишком большие, вне зависимости от объективных показателей. Корректирующее поведение свойственно девочкам как из основной группы, так и из группы сравнения, но качественно различается по способам коррекции веса. В основной группе девочки сообщали об использовании обмеров для проверки тонкости рук или ног, постоянных взвешиваниях, чрезмерных и изнурительных физических нагрузках. В группе сравнения же ответы девочек преимущественно отражали стремление к балансу питания и физических нагрузок, т.е. к здоровому образу жизни.

Наиболее низкий ИМТ ожидаемо оказался в основной группе у первично госпитализированных девочек с диагнозом нервной анорексии (F50.0), а также (в совокупной выборке) у девочек с ограничительным и очистительным поведением.

Несуицидальные самоповреждения примерно в равном соотношении оказались распространены как в клинической группе, так и в популяции, что подтверждает высокую распространенность самоповреждающего поведения в подростковом возрасте как в клинической,

так и неклинической выборках. В совокупной выборке чуть более 50% подтвердили, что причиняли себе намеренный физический вред, а наиболее распространенным методом самоповреждения оказались порезы.

Интересно, что девочки из основной группы трактуют причинение себе физического вреда более широко, чем девочки из группы сравнения. В то время, как девочки из группы сравнения описывали способы несуйцидальных самоповреждений (порезы, удары, расцарапывание кожи), описание методов самоповреждения в клинической группе больше соответствует преднамеренному самоповреждающему поведению (intentional self-harm) и включает, кроме несуйцидальных самоповреждений, аутодеструктивные действия, в том числе экстремальные практики контроля веса, передозировку таблетками и изнурительные тренировки. У девочек с самоповреждениями в основной группе оказался наиболее низкий ИМТ, а в группе сравнения — наибольший страх отвержения и общий показатель межличностной чувствительности.

В клинической выборке на основе блиц-опросника была выделена подгруппа суицидального риска, куда вошли девочки с депрессивным синдромом и РПП, придерживающиеся очистительного или ограничительного поведения. Девочки из этой подгруппы продемонстрировали наиболее высокие показатели по шкалам опросника межличностной чувствительности (зависимость от оценок окружающих, страх отвержения и общий показатель межличностной чувствительности), при этом все они подтвердили наличие самоповреждающего поведения.

Значимые связи между показателем суицидального риска и шкалами межличностной чувствительности показывают важность межличностной уязвимости в суицидальных установках: чем более выражена межличностная чувствительность, тем выше суицидальный риск. Также представляет интерес полученная в нашем исследовании положительная взаимосвязь ИМТ и суицидального риска, что объясняется спецификой выборки: девочки с близким к норме на момент участия в исследовании показателем ИМТ имели сопутствующий диагноз нервной анорексии или нервной булимии, но проходили лечение в связи с депрессией, при которой, как известно, суицидальный риск усиливается.

Ограничения исследования

В качестве ограничений исследования следует указать небольшой объем выборки и кросс-секционный характер исследования, что ограничивает возможности интерпретации результатов и экстраполяции выводов при построении прогностических моделей. Однако преимуществом данного исследования является то, что для сравнения была набрана группа близких по возрасту девочек-подростков, обучающихся в общеобразовательной школе. Также использовался качественно-количественный подход как к сбору данных, так и к их анализу и интерпретации, что позволило более полно описать феноменологию контроля веса и причинения себе вреда девочками-подростками в сравнительном аспекте, а также исследовать связь этих параметров с суицидальным поведением, ИМТ и межличностной чувствительностью.

Сравнение с другими исследованиями

Представленные данные хорошо согласуются с результатами, полученными в других исследованиях. Так, фиксация девочек из клинической выборки на оценке своего веса и обмеров частей тела, в противовес повышенному интересу к диетам и здоровому питанию в группе сравнения, иллюстрирует такие нарушения образа тела, как предвзятость в отношении определенных частей тела с переоценкой или недооценкой их размеров [31]. Обмеры частей тела являются частью концепта *body checking*, представляющего собой скрупулезное изучение собственного тела и внешности в поисках недостатков. Данная поведенческая стратегия обнаруживает тесные связи с РПП [32]. Согласно результатам нейрофизиологических исследований, у девочек-подростков с нервной анорексией отмечается высокая эмоциональная значимость частей тела, искаженное восприятие их размера и формы [33].

Обнаруженные в нашем исследовании различия в самоповреждающем поведении между основной группой и группой сравнения созвучны результатам нашего предыдущего исследования, выполненного на более старшей по возрасту выборке. В нем мы также отмечали, что поверхностные самоповреждения могут быть связаны с более тяжелыми способами причинения себе вреда, деструктивно воздействующими на организм в целом (например, рискованное поведение, депривация потребностей, голодание, употребление психоактивных веществ).

Причем страх отвержения (фактор межличностной чувствительности) выступает одним из предикторов как поверхностных самоповреждений, так и более тяжелого аутодеструктивного поведения [27].

Свойственное девочкам из клинической выборки сочетание поверхностных самоповреждений с экстремальными практиками снижения веса поддерживает мнение, что поведенческие симптомы пищевых расстройств могут быть отнесены к непрямому самоповреждающему поведению, а голодание или очистительное поведение могут использоваться в качестве способа причинения себе физического вреда, как в краткосрочной, так и в отдаленной перспективе [34].

Выявленный суицидальный риск у девочек с депрессивным синдромом, сопутствующей нервной анорексией/нервной булимией и с ограничительным и очистительным поведением, а также наиболее высокие показатели межличностной чувствительности (особенно страха отвержения) в этой подгруппе согласуются с результатами других исследований. Согласно ретроспективному анализу медицинских карт, депрессия является одним из психопатологических маркеров суицидального риска у молодых людей с диагнозами нервной анорексии и нервной булимии [35], при этом использование экстремальных способов контроля веса (очищения и ограничения) при нервной анорексии также является значительным фактором суицидального риска [36, 37]. Межличностная чувствительность, рассматриваемая в клинических исследованиях, прежде всего, как психопатологический симптом (чувство хрупкости собственного Я, особенно интенсивно переживаемое в отношениях с другими), при высоких значениях также свидетельствует о неблагоприятном прогнозе. Обнаружено, что лица, занимающиеся усиленными физическими упражнениями, обладают более высокой межличностной чувствительностью, причем ее влияние повышается по мере усиления черт компульсивности [38]. Кроме того, высокие показатели межличностной чувствительности среди подростков с нервной анорексией свидетельствуют о риске повторной госпитализации через год [39]. Следовательно, оценка межличностной чувствительности может быть полезна для прогноза течения заболевания.

Следует отметить, что обнаруженная в нашем исследовании связь ИМТ и суицидального риска не является

исключением, а отражает сложность и нелинейность взаимосвязи массы тела и суицидального поведения, что требует дальнейшего изучения. Несмотря на существующую точку зрения о связи дефицита веса с повышением риска завершённого суицида [40], представлены данные, что среди женщин с депрессивными симптомами фактором суицидального риска являлся как низкий ИМТ, так и высокий [41], а отклонения от нормального ИМТ (слишком низкий или слишком высокий) в период детства более связаны с суицидальными идеациями/попытками во взрослом возрасте, чем актуальный ИМТ [42].

Перспективы исследования

В будущем планируется расширить клиническую выборку с целью описания личностных и психопатологических факторов суицидального риска у девочек-подростков с разными типами РПП и коморбидным самоповреждающим поведением. Перспективным представляется проведение лонгитюдных исследований, начиная с младшего школьного возраста, учитывая, что уже в этом возрасте девочки могут начать контролировать свой вес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование является первым, выполненным на русскоязычной выборке, где рассматриваются связи особенностей пищевого поведения (способов контроля веса) и индекса массы тела с несуйцидальными самоповреждениями, суицидальным риском и межличностной чувствительностью у девочек-подростков с РПП в сравнении с девочками-подростками общей популяции. Наибольшую уязвимость с точки зрения суицидального риска показали девочки-подростки с депрессивным синдромом и сопутствующей нервной анорексией/нервной булимией, использующие экстремальные способы контроля веса (очистительное и ограничительное поведение), с несуйцидальными самоповреждениями и высокой межличностной чувствительностью. Отличительная черта самоповреждающего поведения девочек-подростков с РПП — это сочетание несуйцидальных самоповреждений со специфическими практиками ограничения питания и снижения веса (чрезмерные физические нагрузки, голодание), которые направлены на причинение себе физического вреда, а не на соответствие социальным нормам внешней привлекательности.

История публикации

Статья поступила: 13.04.2023

Статья принята: 16.06.2023

Публикация: 29.06.2023

Вклад авторов: Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Польская Н.А., Басова А.Я., Разваляева А.Ю., Якубовская Д.К., Власова Н.В., Абрамова А.А. Несуйцидальные самоповреждения и суицидальный риск у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения: связи с контролем веса, индексом массы тела и межличностной чувствительностью // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2. СР6803. doi: 10.17816/СР6803

Сведения об авторах

***Наталья Анатольевна Польская**, д.психол.н., профессор кафедры клинической психологии и психотерапии Московского государственного психолого-педагогического университета; ведущий научный сотрудник Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, SPIN-код e-Library: 2514-6661, Scopus Author ID: 23397969400, ResearcherID: D-7076-2013, E-mail: polskayana@yandex.ru

Анна Яновна Басова, д.м.н., заместитель директора по научной работе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой; доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>, e-Library SPIN-code: 3290-5781

Анна Юрьевна Разваляева, к.психол.н., научный сотрудник, Институт психологии РАН; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>, e-Library SPIN-code: 7956-8242, Scopus Author ID: 57195301033, ResearcherID: AAY-5683-2021

Дарья Кирилловна Якубовская, клинический психолог, младший научный сотрудник, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6182-0585>, Scopus Author ID: 57216492328, Researcher ID: AAY-5236-2021

Наталья Валерьевна Власова, к.психол.н., руководитель службы психического благополучия, консультант, ГБОУ «Образовательный центр "Протон"»; ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7631-5769>

Анна Анатольевна Абрамова, клинический психолог, семейный психолог, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой; ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2465-5014>

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*. 2013;122(2), 445-57. doi: 10.1037/a0030679.
2. Ackard DM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(5):409-17. doi: 10.1002/eat.20389.
3. Qian J, Wu Y, Liu F, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*. 2022;27(2):415-428. doi: 10.1007/s40519-021-01162-z.
4. Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, et al. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrition Hospitalaria*. 2022;39(Spec No2):8-15. doi: 10.20960/nh.04173. Spanish.
5. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*. 2022;35(6):362-371. doi: 10.1097/YCO.0000000000000818.
6. Iwajomo T, Bondy SJ, de Oliveira C, Colton P, et al. Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry*. 2021;219(3):487-493. doi: 10.1192/bjp.2020.197.
7. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. 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.
8. 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.
9. Crow S, Eisenberg ME, Story M, et al. Are body dissatisfaction, eating disturbance, and body mass index predictors of suicidal behavior in adolescents? A longitudinal study. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(5):887-92. doi: 10.1037/a0012783.
10. Polskaya N, Razvalyaeva A. Diagnostics and prevention of self-injurious behavior. Moscow: FGBOU VO MGPPU; 2022. 220 p. Russian.
11. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *The Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(1):231-237. doi: 10.1037/a0030278.
12. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. *The Journal of Affective Disorders*. 2017;215:37-48. doi: 10.1016/j.jad.2017.03.035.
13. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *The Journal of Adolescent Health*. 2011;48(3):310-3. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.06.017.
14. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: A comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*. 2003;11(5):379-396. doi: 10.1002/erv.510.
15. Turner BJ, Yiu A, Layden BK, et al. Temporal associations between disordered eating and nonsuicidal self-injury: examining symptom overlap over 1 year. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;46(1):125-38. doi: 10.1016/j.beth.2014.09.002.
16. Yiu A, Turner BJ, Layden BK, et al. Prevalence and correlates of eating disorder symptoms in a community sample with non-suicidal self-injury. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2014;37(3):504-11. doi: 10.1007/s10862-014-9470-x.
17. Cucchi A, Ryan D, Konstantakopoulos G, et al. 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.
18. Geulayov G, Ferrey A, Hawton K, et al. Body mass index in midlife and risk of attempted suicide and suicide: prospective study of 1 million UK women. *Psychological Medicine*. 2019;49(13):2279-2286. doi: 10.1017/S0033291718003239.
19. Zhang MZ, Tang R, Rao WM, et al. Body mass index and the risk of suicidal ideation and suicide attempt among youth in 45 low- and middle-income countries. *The Journal of Affective Disorders*. 2022;298(Pt A):357-363. doi: 10.1016/j.jad.2021.11.018.
20. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: predictive specificity in high-risk adolescent females. *The Journal of Abnormal Psychology*. 2017;126(1):38-51. doi: 10.1037/abn0000219.
21. Monteleone AM, Ruzzi V, Pellegrino F, et al. The vulnerability to interpersonal stress in eating disorders: The role of insecure attachment in the emotional and cortisol responses to the trier social stress test. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;101:278-285. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.12.232.
22. Atlas JG. Interpersonal sensitivity, eating disorder symptoms, and eating/thinness expectancies. *Current Psychology*. 2004;22:368-378.
23. Rowlands K, Grafton B, Cerea S, et al. A multifaceted study of interpersonal functioning and cognitive biases towards social stimuli in adolescents with eating disorders and healthy controls. *The Journal of Affective Disorders*. 2021;295:397-404. doi: 10.1016/j.jad.2021.07.013.
24. Derogatis LR, Yevzeroff H, Wittelsberger B. Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathologic indicator. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975;43(2):183-191. doi: 10.1037/h0076514.
25. Boyce P, Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1989;23(3):341-351. doi: 10.1177/000486748902300320.
26. Polskaya NA, Yakubovskaya DK, Razvalyaeva AY. Vulnerability to interpersonal rejection based on appearance in body positive and pro-anorexic online communities. *Social Psychology and Society*. 2023;14(1):150-171. doi: 10.17759/sps.2023140109.
27. Razvalyaeva AY, Polskaya NA. Predictors of self-harm types in members of online communities: age as a moderating variable. *Consortium Psychiatricum*. 2022;3(4):38-51. doi: 10.17816/CP216.
28. Zhang S, Kwon S. R Programming for Psychometrics [Internet]. 2022 [cited 2023 June 8]. Available at: https://bookdown.org/sz_psy490/r4psychometrics.
29. Razvalyaeva AY, Polskaya NA. Psychometric properties of the Russian three-factor interpersonal sensitivity measure. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2021;29(4):73-94.

30. Chernaya NL, Maskova GS, Ganuzin VM, et al. Norms for the anthropometric measurements in children aged 0–19 in accordance with recommendations of World Health Organization. 2nd edition, amended. Yaroslavl: FGBOU VO YaGMU, 2018. 116 p. Russian.
 31. Legenbauer T, Thiemann P, Vocks S. Body image disturbance in children and adolescents with eating disorders. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2013;42(1):51–59. doi: 10.1024/1422-4917/a000269.
 32. Walker DC, White EK, Srinivasan V. A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *The Journal of Eating Disorders*. 2018;00:1–26. doi: 10.1002/eat.22867.
 33. Ganin IP, Kosichenko EA, Sokolov AV, et al. Adapting the P300 brain-computer interface technology to assess condition of anorexia nervosa patients. *Bulletin of Russian State Medical University*. 2019;2:32–38.
 34. Fox KR, Wang SB, Boccagno C, Haynos AF, Kleiman E, Hooley JM. Comparing self-harming intentions underlying eating disordered behaviors and NSSI: evidence that distinctions are less clear than assumed. *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(5):564-575. doi: 10.1002/eat.23041.
 35. Arnold S, Correll CU, Jaite C. Frequency and correlates of lifetime suicidal ideation and suicide attempts among consecutively hospitalized youth with anorexia nervosa and bulimia nervosa: results from a retrospective chart review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2023;10(1):10. doi: 10.1186/s40479-023-00216-1.
 36. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(3):378-83. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181646765.
 37. Ucuz İ, Uzun CA. Evaluation of the frequency of suicidal thoughts and attempts and related factors in female adolescents with anorexia nervosa. *Middle Black Sea Journal of Health Science*. 2020;6(3):305-315.
 38. Kolar DR, Kaurin A, Meule A, et al. Interpersonal, affective and compulsive features of driven exercise in anorexia nervosa. *The Journal of Affective Disorders*. 2022;307:53-61. doi: 10.1016/j.jad.2022.03.044.
 39. Pruccoli J, Chiavarino F, Nanni C, et al. General psychopathological symptoms in children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa—a naturalistic study on follow-up and treatment. *The European Journal of Pediatrics*. 2023;182(3):997-1007. doi: 10.1007/s00431-022-04745-9.
 40. Brown KL, LaRose JG, Mezuk B. The relationship between body mass index, binge eating disorder and suicidality. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):196. doi: 10.1186/s12888-018-1766-z.
 41. Perera S, Eisen RB, Dennis BB, et al. Body mass index is an important predictor for suicide: results from a systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016;46(6):697-736. doi: 10.1111/sltb.12244.
 42. Forcano L, Fernández-Aranda F, Alvarez-Moya E, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*. 2009;24(2):91-7. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.10.002.
-