© Гурулева Е.Р., Меринов А.В., 2025
doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-122-139

УДК 616.89+615.21

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН С НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Е.Р. Гурулёва, А.В. Меринов

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Минздрава России, г. Рязань, Россия

SUICIDALITY IN YOUNG WOMEN AND MEN WITH NERVOUS BULIMIA: A SYSTEMATIC REVIEW

E.R. Gurulyova, A.V. Merinov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Сведения об авторах:

Гурулёва Елена Романовна – аспирант (SPIN-код: 7564-5262; Recearcher ID: ALL-7302-2020; ORCID iD: 0000-0002-7406-4563). Место учёбы: аспирант кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (929)-067-01-60, электронный адрес: er46280@gmail.com

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

На сегодняшний день официальная статистика иллюстрирует неутешительную тенденцию в отношении роста заболеваемости расстройствами пищевого поведения (РПП). Несмотря на большой интерес к нервной анорексии, традиционно являющейся наиболее “злокачественным” видом РПП, невозможно отрицать и заметного прироста пациентов с нервной булимии. На данный момент осуществлено значительное количество исследований, касающихся вопросов преждевременной смертности пациентов с булимией, но имеющие данные (особенно касающиеся суицидальной гибели) достаточно противоречивые. *Цель исследования* – уточнение превалирующих взглядов на концепции аутоагрессивного поведения пациентов с нервной булимией (включая суицидальные паттерны). *Материалы и методы:* выполнен систематический обзор научных публикаций в eLabrary, PubMed, Google Scholar и Semantic Scholar. В результате этапного отбора публикаций в исследование включено 25 научных работ (из 19703 исследований, первоначально отобранных по ключевым формулировкам). *Результаты и обсуждение:* из 25 работ, посвящённых суицидологическим особенностям нервной булимии, основная часть научных трудов объясняет имеющийся суицидальный риск пациентов влиянием личностных и поведенческих характеристик (чаще без уточнения преморбидного, либо приобретённого в результате нервной булимии характера), восемь работ связывают суицидальную и несуицидальную аутоагрессию с имеющимися коморбидными состояниями, в большинстве своём – расстройствами личности, настроения и употреблением психоактивных веществ. Только четыре работы доказывают непосредственное влияние нервной булимии на суицидальное поведение респондентов без влияния коморбидной и личностной составляющей, одна работа опровергает связь нервной булимии с суицидальным риском. *Выводы:* данный систематический обзор демонстрирует наличие высокого суицидального риска у пациентов, страдающих НБ (без контекстуальной привязки). Наблюдаемые суицидальные тенденции обуславливаются хронической неудовлетворённостью телом, систематическим компенсаторным поведением (вызывание рвоты, употребление слабительных и психотропных препаратов, усиленные физические нагрузки). Несмотря на значительное количество работ, апеллирующих к влиянию преморбидных свойств личности и наличию коморбидной составляющей, в целом ряде исследований подчёркивается непосредственная связь имеющейся нервной булимии с высоким риском суицидального поведения.

Ключевые слова: расстройство пищевого поведения, нервная булимия, суицидальные попытки, суицидальные мысли, суицид, аутоагрессия, несуицидальное аутоагрессивное поведение, суицидология

В последние десятилетия наблюдается отчётливый рост числа людей, страдающих расстройствами пищевого поведения (РПП), по некоторым данным, за последние 20 лет распространённость РПП выросла с 3,5 до 7,8% [1]. Данный спектр нарушений характеризуются сочетанием психических, физиологических, социальных переменных, а диагностика ряда их вариантов нередко затруднительна [2]. При упоминании РПП, традиционно представляется

кахексичная девушка, избегающая приёмов пищи, регулярно контролирующая вес и скрывающаяся в одежде оверсайз. Реальные же проявления РПП (в частности, нервной булимии) далеки от подобных ярких и бросающихся в глаза картин. Современная ситуация такова, что не только обычные обыватели, но и зачастую и врачи различных специальностей не способны заподозрить РПП у человека (в силу отсутствия объективных изменений во внешности и в поведении у таких людей). Наиболее скрытным и опасным в этом смысле является нервная булимия (НБ). НБ как одно из наиболее распространённых и серьёзных в плане осложнений расстройств, проявляется эпизодами переедания, сопровождающимися чувством утраты контроля над едой с последующим компенсаторным поведением в виде вызывания рвоты, злоупотребления слабительными, психотропными препаратами с целью контроля чувства голода и насыщения, чрезмерными физическими нагрузками или экстремальными диетами вплоть до полного отказа от пищи. Распространённость подобных нарушений среди подростков и молодых людей неумолимо растёт, что связано с воздействием социальных стандартов красоты, медийным влиянием и повышением тревожности в современном мире [3]. Кроме того, НБ оказывает значимое влияние на соматическое здоровье, вызывая осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и других органов, а также нередко приводит к вторичному формированию депрессивных и тревожных расстройств [4].

Тяжесть проблемы определяется, прежде всего, высокой смертностью, связанной с НБ – одной из самых высоких среди всех психиатрических заболеваний [5]. Стандартизованное значение смертности при нервной булимии повышено от 1,6 до 2,7 раз в отношении такового в общей популяции [6]. У пациентов наблюдается повышенный риск смерти, как от осложнений вследствие компенсаторного поведения (нарушение электролитного баланса, сердечные аритмии, острая сердечная недостаточность, обезвоживание и др.), так и от высокого суицидального риска [7].

Несмотря на большое внимание к РПП в целом, основной объём исследований направлен на изучение нервной анорексии (НА), что, связано с её «узнаваемостью», большей частотой госпитализаций, высокой летальностью, в том числе, в результате суицидальной гибели [8]. Растущее же число пациентов с НБ [9], находится в менее выгодной позиции, что сопряжено с крайне сложной ранней, «прямой» диагностикой (объясняемой сокрытием симптомов и достаточно поздним обращением за медицинской помощью). Гораздо чаще обнаружение НБ происходит по вторичным признакам (тревожность, депрессия, суицидальные устремления), сами же симптомы НБ проясняются позднее. Вопросы смертности при НБ (в том числе, суицидальной) достаточно активно обсуждаются в научном сообществе, тем не менее, к настоящему моменту «общий знаменатель», несмотря на полученный обширный фактический материал, отсутствует. Кроме того, в имеющихся литературных источниках представлено значительное число противоречащих и несогласующихся с друг другом данных, касающихся аутоагрессивного поведения при НБ, что требует их систематизации и обобщения.

Целью данного исследования является осуществление систематического обзора литературы, посвящённой затрагиваемой тематики, направленного на конкретизацию суицидологических особенностей молодых людей с нервной булимией.

Материалы и методы

Был выполнен систематический анализ научных публикаций в базах eLibrary, PubMed, Google Scholar и Semantic Scholar. Для поиска использовался следующий запрос, составленный с использованием MeSH: ("Bulimia Nervosa" OR "bulimi" NOT "Anorexia Nervosa") AND ("Suicide" OR "Suicide, Attempted" OR "Suicidal Ideation" OR "Self-Injurious Behav-ior" OR "Parasuicide" OR "suicide attempt" OR "completed suicide" OR "suicidal ideation" OR "non-suicidal self-injury" OR "self-harm" OR NSSI) и соответствующая русскоязычная формула. Для повышения эффективности поиска при комбинировании MeSH и ключевых слов использовались операторы OR (любое из ключевых слов) и AND (совокупность всех ключевых слов). Даты публикаций ограничивали периодом с 1 января 2000 г. по настоящее время без ограничений по языку публикации. Отбор статей проводился в сентябре 2025 года. Дальнейший отбор статей шёл в соответствии с рекомендациями PRISMA (Murphy C.M., 2013) (рис. 1).

Критерии включения: публикации с описанием единичных случаев, серии случаев, клинические исследования, интервью, изучением систем отчётности. Критерии исключения: невозможность получить доступ к полнотекстовой статье, отзыв статьи после публикации, публикации, не содержащие статистических данных.

Отбор публикаций из числа идентифицированных статей осуществляли в три этапа: 1) скрининг по названиям и аннотациям для исключения заведомо нерелевантных статей; 2) извлечение полнотекстовых вариантов статей; 3) анализ полных текстов с учётом, обозначенных выше критериев соответствия. При соответствии критериям включения и отсутствии критериев исключения исследование отбиралось для включения в обзор.

По итогам первого этапа, на котором проводился поиск по указанным базам данных, было обнаружено 884 источника в русскоязычной базе eLibrary, 18300 статей в Google Scholar, 251 статей в базе Semantic Scholar и 271 статья в англоязычной базе PubMed. После проведённого скрининга по имеющимся резюме были исключены повторяющиеся статьи и в итоге отобрано 33 работы, удовлетворяющие критериям включения. В дальнейшем изучались полнотекстовые варианты выбранных статей, результаты обрабатывались и обсуждались авторами. В итоге, оставлено 25 работ с описанием исследований фактов завершённых суицидов, суицидальных мыслей / попыток, несуицидального аутоагрессивного поведения у молодых людей с НБ. На конечном этапе: 12 из отобранных работ касались вопросов личностных качеств пациентов с НБ, проявляющих суицидальное поведение, восемь статей затрагивали темы коморбидности респондентов с НБ, проявляющих суицидальное, несуицидальное аутоагрессивное поведение, четыре работы касались исследований непосредственно вопросов аутоагрессивного поведения лиц с НБ и одна публикация, опровергающая связь НБ с имеющейся суицидальной активностью пациентов.

Результаты и их обсуждение

Анализируя полученные данные, представленные в рис. 1 (информацией по отобранным статьям), обнаружен ряд закономерностей. Во-первых, основной пласт работ направлен на изучение пациентов с НБ женского пола. Некоторые авторы объясняли подобный факт малой выборкой мужчин с НБ, вследствие чего, было крайне затруднительно провести полноценное исследование (и данная категория лиц исключалась из исследования). Во-вторых, участниками были люди, зачастую имеющие высшее образование или обучающиеся в учебных заведениях; в-третьих, пациенты в подавляющем большинстве случаев проживают в развитых странах (США, Франция, Великобритания, Испания и т.д.), что обуславливает беспрепятственный доступ в интернет с специфическим влиянием социума, касающегося пропаганды худого тела. Также привлекал внимание возрастной диапазон исследуемых – обычно средний возраст респондентов приходился в диапазоне 20-25 лет, в то время как авторы, имеющие доступ к национальным регистрам пациентов, отмечали начало встречаемости НБ с 11 лет и последующим волнообразным течением, а пик заболеваемости НБ приходился на 16-20 лет [10]. Это, в свою очередь, свидетельствует не только в пользу более раннего развития заболевания, но и его хронификации / стабилизации к моменту проявления активных психопатологических симптомов (в том числе, аутоагрессивных паттернов). Подавляющее количество работ направленно на изучение связи между имеющимися личностными и поведенческими характеристиками, сопутствующей коморбидностью у лиц с НБ и аутоагрессивным поведением. Если в случае с НА исследователи гораздо чаще размышляют о наличии прямой связи между РПП и суицидальным поведением, обуславливая данный факт высоким суицидальным риском непосредственно НА, и желанием умереть вследствие тяжести имеющихся специфических симптомов [10], то в случае с НБ мы сталкиваемся с господствующими представлениями, что аутоагрессивные паттерны гораздо чаще объясняются влиянием сопутствующей патологией или преморбидными личностными особенностями пациентов.

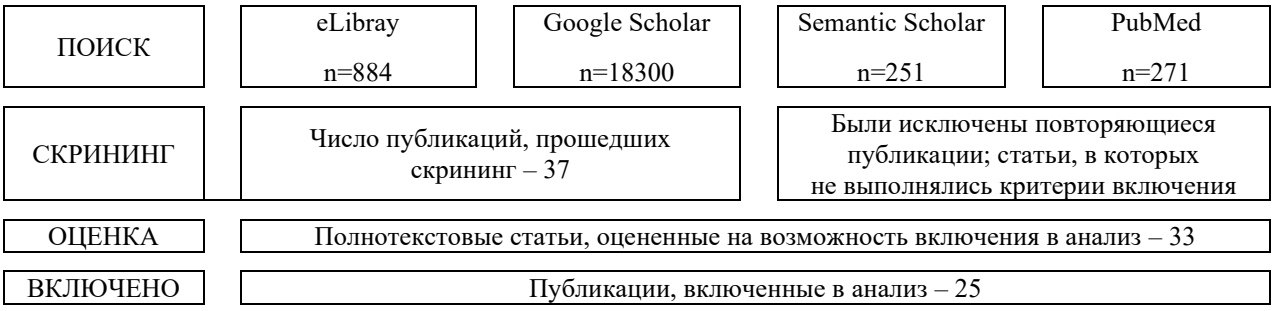

Рис. 1. Схематическое изображение отбора литературных источников в соответствии с рекомендациями PRISMA.

Рассмотрим основные кластеры, описывающие связь НБ с саморазрушающим поведением.

Линия 1: связь суицидальной активности при НБ с личностными и поведенческими характеристиками пациентов.

Ещё в 2004 году G. Youssef с коллегами [11] сравнили женщин с НБ, совершивших суицидальные попытки, с женщинами с НБ без попыток суицида в анамнезе. С помощью опросника депрессии Бека и скрининга попыток самоубийства авторы обнаружили более высокие значения показателей «Психастения», «Гнев» и «Страх» среди пациентов с НБ с попытками суицида относительно группы контроля, что в свою очередь говорит о наличии у людей с НБ с суицидальным анамнезом повышенной раздражительности, упрямства, потери контроля, а также применения в анамнезе физического насилия в отношении респондентов. Спустя пять лет J.J. Muehlenkamp и соавт. [12] обследовали женщин с НБ и особенности их несуицидального аутоагрессивного поведения (НСАП, англ. NSSI – non-suicidal self-injury). С помощью шкалы положительного и отрицательного аффекта (PANAS) авторы обнаружили связь выраженных отрицательных переживаний с НСАП, в то время как состояние после акта НСАП характеризовалось положительным аффектом, что говорит о своеобразном регулировании эмоционального состояния с помощью актов НСАП при НБ. Полученные данные предполагают, что облегчение негативного эмоционального состояния нивелируется за счёт переживания положительных эмоций в следствие акта НСАП, что в свою очередь, снижает переживаемый дистресс.

В этот же период времени L. Forcano и др. [13] при изучении женщин с различными проявлениями НБ (группа женщин с классическими проявлениями НБ в составе 417 человек, группа женщин без актов очистительного поведения – n=47, группа женщин с подпороговой НБ – n=102) выявили, что 26,9% пациентов из всех групп с НБ пытались покончить жизнь самоубийством: 26,9% в группе с НБ, 19,1% в группе с НБ без очистительного поведения, 30,4% в группе с подпороговой булимией. Основной объём пациенток с попыткой суицида в анамнезе уже проходили терапию в связи с НБ, а также имели более выраженные симптомы РПП, высокие баллы по таким шкалам как: межличностное недоверие, импульсивность, социальная незащищенность, избегание вреда и более низкие показатели по зависимости от вознаграждения, самостоятельности и готовности к сотрудничеству (EDI-2, SAD, SCL-90, TCI-R), что в совокупности соответствует описанию кластера личностной пограничной патологии. Интересно, что данное исследование впервые указывает на то, что наличие подпороговых проявлений НБ категоричным образом не гарантирует отсутствие высокого суицидального риска. В 2012 году в своей работе M.D. Anestis и др. [14] обосновали связь аффективной составляющей с наличием НСАП, поскольку сила связи между предыдущим суицидальным поведением и будущими актами НСАП напрямую зависела от уровня аффективной лабильности человека с НБ. Это доказывало, что эмоциональная нестабильность у женщин предсказывает нарушение регуляции поведения, а также, что имеющийся анамнез суицидального поведения значительно увеличивает возможность проявления суицидальной активности в будущем. В том же году C.M. Peterson и S. Fischer [15] исследовали акты намеренного самоповреждения пациенток с НБ с точки зрения изучения импульсивных черт личности. При использовании шкалы импульсивного поведения UPPS-R было выяснено, что единственным значимым симптомом среди всех актов НСАП является отрицательная срочность (тенденция действовать опрометчиво, испытывая негативный аффект). Исследователи выдвинули предположение, что у людей с НБ возникает множество импульсивных деструктивных копинг-стратегий, так как, согласно полученным результатам, все симптомы импульсивности, возникая одновременно, порождают одномоментную негативную срочность и необдуманность в действиях для облегчения состояния. Также было определено, что компенсаторное очищение связано с учащением актов членовредительства. В исследовании A.R. Smith и др. [16] обнаружено, что некоторые другие симптомы РПП, такие, как чрезмерная физическая нагрузка, также способствуют риску суицидального поведения, предположительно, за счёт формируемой повышенной толерантности к боли. Более того, у людей с РПП идея набрать вес вызывает больше беспокойства, чем типичное, вызывающее страх поведение, например, такое как прыжки с парашютом. В шведском исследовании [17] выявлено, что у людей с РПП, которые в прошлом имели попытки самоубийства, определялись более низкие значения по таким показателям, как любовь к себе, способность отстаивать собственные границы, а также более высокие значения по

показателям склонности к самообвинению, ненависти и пренебрежению к себе, чем у пациентов с РПП, не имевших в прошлом попыток самоубийства. Распространённость суицидальных попыток до обращения к специалисту была достоверно выше у женщин с НБ, чем у женщин с НА (p=0,013) и другими РПП (p=0,002). Напротив, распространённость суицидальных попыток после обращения была значительно выше у женщин с НА, чем у женщин с любым другим диагнозом РПП (p<0,018). Расстройства пищевого поведения, характеризующиеся перееданием и очищением по сравнению с ограничительными РПП, имели самую высокую распространённость предшествующих попыток самоубийства.

Чуть позже L. Claes и др. [18] изучили связь между НСАП и моделью импульсивности с помощью UPPS-P (шкала импульсивного поведения, которая позволяет оценить импульсивность, как свойство личности) в выборке пациентов с РПП и здоровых людей из контрольной группы. Уровень распространённости НСАП у пациентов с РПП варьировался от 17% (НА) до 43% (НБ). Кроме того, пациенты с РПП, страдающие перееданием / очищением, демонстрировали значительно больше НСАП по сравнению с контрольной группой. Pearson C.M. и соавт. в 2016 году [19] изучили выборку женщин с НБ (n=133) в контексте присутствия рискованных форм поведения, включая такие проявления как: (а) членовредительство (намеренные порезы, царапины, ожоги, или удары себя или удары головой о твёрдые предметы); (б) злоупотребление психоактивными веществами, и (с) безрассудное поведение (участие в рискованном или незащищенном сексе, разрушение ценных личных вещей, опасное или неосторожное вождение автомобиля, воровство в магазине или растрата средств). Обнаружено, что из 133 участников 60 (45,11%) вели себя безрассудно в течение двухнедельного протокола исследования, 55 (41,35%) злоупотребляли психоактивными веществами, 19 (14,29%) занимались членовредительством. Сорок четыре участника (33,08%) участвовали только в одном типе рискованного поведения, 33 (24,8%) – в двух, а восемь (6,02%) – во всех трех типах рискованного поведения. Важно отметить, что не было обнаружено каких-либо других значимых связей между психопатологией личности и каким-либо рискованным поведением.

Позднее была выдвинута гипотеза, что пациенты с РПП, имеющие в анамнезе НСАП имеют более выраженную эмоциональную неустойчивость, нежели пациенты только с РПП [20]. Анализ показал, что у пациентов с НБ суицидальное поведение статистически значимо проявляется у пациентов с эпизодами переедания / очищения (в 26% случаев). Данное положение подтверждает и исследование L. Hovrud и др. [21], где, кроме того, авторы установили, что неудовлетворённость своим телом и негативные срочные потребности положительно коррелируют с выраженностью симптомов НБ. Важно отметить, что в данном исследовании впервые задействованы пациенты мужского пола. Анализ показал, что негативные аффективные переживания и женский пол напрямую коррелируют с неудовлетворённостью телом, а выраженность (тяжесть) симптомов НБ положительно связана с НСАП. Примечательно, что низкая толерантность к стрессу повышала вероятность НСАП при любой выраженности симптомов НБ. Независимо от пола, больший дефицит регуляции эмоций соответствовал риску развития нерегулируемого поведения (в том числе, сопряжённого с самоповреждением). Как и ожидалось, более низкая толерантность к тревоге и большая импульсивность в условиях негативного эмоционального переживания, были связаны с большей вероятностью членовредительства. Более свежее исследование A. Lieberman и др. [22] отвечает на вопрос, существует ли взаимосвязь между диссоциацией, ненавистью к себе и суицидальным поведением у женщин с НБ, которые обратились за неотложной помощью. Помимо участников, которые соответствовали критериям DSM-IV для НБ, 31,9% соответствовали критериям подпороговой НБ (частота переедания и компенсаторное поведение не соответствовали полным критериям для клинического диагноза). Выяснено, что склонность к самоубийству связана с переживанием ненависти к себе. Несмотря на то, что диссоциацию часто называют фактором, способствующим суицидальному поведению, прямой связи таковой с аутоагрессивным поведением при НБ не установлено. Теоретически диссоциация, возможно, является своеобразной защитой для пациентов, чувствующих себя «не в своём теле», обеспечивая относительное облегчение хронической ненависти к себе.

Линия 2: связь суицидальной активности при НБ с влиянием коморбидных состояний.

Литературные источники, касающиеся суицидальной активности пациентов с НБ, достаточно часто касаются вопросов коморбизма НБ с другими психическими расстройствами, способными оказать значимое влияние на соответ-

ствующие риски. Обсудим данную плоскость научных изысканий подробнее.

Corcos M. и др. ещё в 2002 году [23] попытались не просто оценить частоту попыток самоубийства в течение жизни в популяции женщин с НБ, а также сравнить тех, кто совершал и не совершал попытки самоубийства, с точки зрения разнообразных социально - демографических и клинических переменных. Прежде всего, отметим, что распространённость суицидальных попыток в изучаемой группе женщин с НБ была довольно высокой (27,8%). Часть респонденток имели первые суицидальные попытки в подростковом возрасте (до начала НБ): около 25% из них произошла как минимум за один год до возникновения признаков НБ. Основные отличия между пациентами с НБ, имеющих попытки самоубийства и без таковых, по мнению авторов, прежде всего, касались сопутствующих клинических особенностей. Депрессивная симптоматика была более выражена у парасуицидентoк, о чём свидетельствовали достоверно более высокие баллы по шкалам BDI и SCL-90R. Кроме того, отношения между депрессией и попыткой самоубийства у пациентов с булимией подтверждалась временной связью между ними: 74% пациенток с суицидальной попыткой имели депрессивный эпизод до формирования НБ, однако, и женщины, у которых попытка самоубийства была более поздней, имели также высокие значения шкал депрессии при текущем обследовании. Было отмечено, что применение диуретиков или слабительных средств чаще наблюдалось у пациентов, предпринявших попытки самоубийства, как и потребление психоактивных веществ и антисоциального поведения.

Favaro A. и др. в 2008 году [24] определили присутствие коморбидности, в частности, расстройств оси II (устойчивые расстройства личности) у пациентов с НБ, сообщивших о несуицидальном самоповреждении и/или попытках самоубийства. Выяснено, что импульсивные акты самоповреждения статистически значимо связаны с диагнозом расстройства личности кластера В (65% против 33%; p=0,003), особенно с пограничным расстройством личности (65% против 30%; p=0,001). Анализ переменной «попытка самоубийства в анамнезе» также продемонстрировал значимую положительную связь с расстройствами личности кластера В (75% против 35%; p=0,001), в том числе, с пограничным расстройством личности (75% против 32%; p=0,001). Также выявлена связь присутствия суицидальных попыток с социофобией (20% против 1%; p=0,003) и с БАР (20% против 4%; p=0,029). Попытки самоубийства при НБ напрямую связаны с импульсивными актами самоповреждения (p=0,004), выдергиванием волос / кусанием ногтей (p=0,012), но не было обнаружено статистически значимой связи с экскориациями. Злоупотребление психоактивными веществами / алкоголем продемонстрировало значимую связь, как с попытками самоубийства (p=0,003), так и с импульсивным самоповреждением (p=0,001).

Pisetsky E.M. и др. [25] при изучении двух групп женщин (с суицидальными попытками, n_1=185; и суицидальными намерениями в течение жизни, n_2=129) имеющийся высокий суицидальных риск обосновали присутствием депрессивной и тревожной симптоматики (без указания её первичного или вторичного происхождения). Результат многомерного анализа показал сильную корреляцию суицидальности с депрессией. Примечательно, что в данном исследовании в первую группу входили и девушки, имеющие клинически подпороговую булимию (меньшее количество перееданий и компенсаторного поведения в ограниченный промежуток времени, не подходящие под критерии НБ), которые имели более высокий уровень суицидальных попыток (27,5%), чем девушки в группе с установленным диагнозом НБ (20,3%). Данная находка подтверждает результаты исследования L. Forcano с коллегами [26], и свидетельствует в пользу того, что и менее тяжёлая форма проявлений заболевания имеет крайне высокий риск аутоагрессии. Данный факт позволяет взглянуть на проблему под совершенно другим углом: внимания требуют все категории лиц, имеющих проблемы, связанные с ненормальным пищевым поведением. В 2017 году было осуществлено исследование, направленное на изучение распространённости попыток самоубийства среди членов семьи первой и второй степени родства лиц с НА, НБ [27]. Парные сравнения показали, что распространённость семейных попыток самоубийства была выше у пациентов с НБ, чем при других видах РПП. Эти оценки сопоставимы с аналогичными значениями у лиц с большим депрессивным расстройством, которые умерли в результате самоубийства (10,8%), и у лиц с большим депрессивным расстройством, не склонных к суициду (6,5%). Разумеется, приведённые значения существенно выше соответствующих показателей в контрольной группе. Самая высокая распространённость попыток самоубийства наблюдалась среди родственников жен-

ского пола, что говорить в пользу влияния возможной присутствующей психопатологии, аналогичной таковой при НБ (например, расстройств настроения, пограничного расстройства личности).

Himmerich H. и соавт. в 2019 году [28] предприняли попытку изучить влияние сопутствующих психиатрических расстройств на смертность от всех причин у людей с НБ на юго-востоке Лондона. В ретроспективное когортное исследование были включены люди с диагнозом НБ, имеющие один из дополнительных, подтверждённых диагнозов: употребление психоактивных веществ (F10–F19), аффективные расстройства (F31–33) или расстройства личности (F60) (данные получены из CRIS – ресурс данных интерактивного поиска клинических записей). Информация о каждой смерти собиралась посредством общенационального отслеживания с использованием данных Управления национальной статистики (ONS), связанных с базой данных SLaM (с 1 января 2007 г. по 31 марта 2016 г.). Всего в системе CRIS был выявлен 1501 человек с диагнозом НБ, из них 1431 (94,4%) были женщинами; средний возраст составил 28,5 лет (стандартное отклонение 9,5 лет). За период наблюдения умерли 18 из 1501 пациента, средний возраст умерших в окне наблюдения составил 34,9 года (из них лишь трое в результате суицида). Четверо погибших умерли в результате летальной интоксикация наркотиками или алкоголем. В рамках одномерного анализа исследуемой когорты обнаружено, что возраст и мужской пол статистически значимо были связаны с повышенной смертностью при НБ. Анализ сопутствующих психиатрических расстройств, кроме патологии личности, не обнаружил их связи с преждевременной (в том числе, суицидальной) смертностью лиц с НБ.

Udo T. и др. в 2019 году [29] обследовали 36171 гражданина США с 18 лет и старше с различными проявлениями РПП (все респонденты прошли личные интервью в период с апреля 2012 года по июнь 2013 года). AUDADIS-5 позволил диагностировать расстройства настроения (большие депрессивные эпизоды и биполярное расстройство I типа), тревожные расстройства (специфическая фобия, социальная фобия, панические расстройства, агорафобия и генерализованное тревожное расстройство), посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства, связанные с употреблением ПАВ, а также расстройств личности (антисоциальные, пограничные и шизотипические). Выявлено, что распространённость попыток самоубийства при наличии дополнительного диагноза заметно выше, чем у пациентов только РПП: среди лиц как с АН (24,9% против 5,0%), так и с НБ (31,4% против 5,1%) и компульсивным перееданием (22,9% против 5,0%). Показательно, что при НБ респонденты с попыткой самоубийства в анамнезе сообщили о значительно более раннем возрасте начала РПП, кроме того, они же отличались заметно более отклоняющимся значением индекса массы тела. История суицидальных попыток была значимо связана с присутствием любого расстройства настроения, тревожного и панического расстройств, посттравматическим стрессовым расстройством, антисоциальным и пограничным расстройством личности. Почти половина пациентов с НБ (47,6%) сообщили, что началу НБ предшествовала первая суицидальная попытка, и около трети пациентов с НБ (34,9%) отмечали, что начало НБ и первая попытка суицида произошли у них в одном и том же году.

В 2020 году C. Cliffe и соавт. [30] в ретроспективном когортном исследовании также обнаружили влияние коморбидных психиатрических расстройств на факт присутствия суицидальных попыток у лиц с РПП (НА, НБ и компульсивное переедание), госпитализированных вследствие самоповреждения (использованы данные Южного Лондона, полученные из Фонда национальной службы здравоохранения Модсли, SLaM). В данное исследование были включены исключительно лица, госпитализированные в стационар вследствие акта самоповреждения (n=1420, из них с НБ – 29,0%). Частыми (без конкретных указаний по нозологическим составляющим) сопутствующими диагнозами оказывались расстройства личности и БАР.

Lengvenyte A. и др. [31] изучили, связано ли злоупотребление слабительными (в настоящее время или в течение всей жизни) с суицидальными попытками у пациентов с НА и НБ, а также – каков объём присутствия сопутствующих психиатрических заболеваний и других очищающих действий. Среди 277 пациентов с РПП 62 (22,88%) сообщили о злоупотреблении слабительными в течение всей жизни (процент пациентов, злоупотреблявших слабительными достоверно, не различался между пациентами с НА (20%) и НБ (28%)). История суицидальных попыток в анамнезе была статистически значимо связана с злоупотреблением слабительными у всех пациентов ($p<0,001$), как у пациентов с

НА (p=0,021), так и у пациентов с НБ (p<0,001) (у пациентов с НБ выявленная связь оставалась значимой после коррекции Бонферрони). Злоупотребление слабительными было связано с суицидальными попытками независимо от сопутствующих психических заболеваний (БАР, тревожные расстройства, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ). Данная особенность, вероятно, объясняется тем, что пациенты с более тяжелой формой РПП склонны к использованию слабительных средств для контроля веса. Кроме того, имеются указания о связи между злоупотреблением слабительными и пограничным расстройством личности [32].

Линия 3: непосредственное влияние нервной булимии на риск суицидального поведения.

Несмотря на большое количество публикаций, объясняющих суицидальную активность при НБ сопутствующей психиатрической патологией, существуют исследования, демонстрирующие изолированную связь суицидальных рисков и НБ. В работе 2009 года S.J. Crow и др. [33] описана смертность, связанная с РПП в большой, диагностически разнообразной выборке, наблюдаемой в течение длительного периода с помощью базы данных с записями о смерти. Исследователи предположили, что уровень смертности при НА будет стабильно высоким, в то время как при НБ обнаружится лишь повышенный риск смертности. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, поступили на обследование в амбулаторную клинику расстройств пищевого поведения Университета Миннесоты в период с 1979 по 1997 год. Большую часть (95,1%) выборки составляли женщины. Наиболее часто среди РПП встречалась НБ (48,1%), за ней следовали расстройства пищевого поведения не уточненные (42,5%) и НА (9,4%). Анализ обнаружил, что уровень смертности от НБ (3,9%) был неожиданно высоким, в то время как уровень смертности (4,0%) и стандартизированный коэффициент смертности (1,70) при НА оказались ниже предполагаемого. Примечательно, что в целом диагнозы «расстройство пищевого поведения», «нервная анорексия» или «нервная булимия» были указаны в качестве причин смерти у 6% умерших.

Работа L.P. Bodell и др., осуществлённая в 2013 году [34], в свою очередь, касалась исследования уникальных ассоциаций между РПП и суицидальными наклонностями. Исследователи попытались ответить на вопрос, различаются ли эти ассоциации в зависимости от диагноза РПП в женской популяции. В общей сложности 220 женщин соответствовали критериям DSM-IV для РПП, в том числе 30 женщин – диагнозу НА, 50 – диагнозу НБ и 148 с прижизненным диагнозом РПП не уточнённого. Средний возраст в выборке составлял 35±9 лет. Присутствие мыслей о собственной смерти, суицидальных мыслей / планов подтверждено у 42,6% респондентов с любым расстройством пищевого поведения, среди которых 61,9% относились к НБ. Суицидальные планы, завершившиеся попыткой самоубийства – у 27,9% пациенток с любым РПП, в том числе у 45,2% с НБ. Что касается вопроса коморбидности, более двух третей участников исследования соответствовали диагностическим критериям как минимум одного дополнительного расстройства (таких как: расстройства настроения, тревожное расстройство, употреблением ПАВ). Однако значение имело лишь обнаружение расстройств настроения, так как анализ продемонстрировал, что данная патология изолированно являлась предиктором суицидальной активности в течение жизни. Таким образом, среди всех РПП только пациенты с НБ имели статистически значимую ассоциацию с повышенным суицидальным риском даже после контроля (коррекции) других сопутствующих заболеваний, то есть, связь, обнаруженная между НБ и суицидальностью, не являлась полностью обусловленной наличием сопутствующей психопатологии.

В том же году A.R. Smith и др., как уже упоминалось ранее, [16] постарались оценить связи между усиленными физическими нагрузками при НБ и суицидальным поведением. В исследовании принимали участие лица женского пола, всего было проведено четыре этапа исследования. В первом было выяснено, что чрезмерные физические нагрузки были в значительной степени связаны с суицидальным поведением, включая суицидальные устремления и попытки самоубийства. Хотя физические упражнения могут оказывать благотворное воздействие на здоровье, упражнения, используемые некоторыми пациентами с симптомами НБ, могут быть запредельной тяжести, сопряженной с переживанием серьёзных болевых ощущений. На втором этапе исследовании обнаружено, что чрезмерные физические нагрузки формируют облегченные суицидальные треки за счёт приобретаемой способности терпеть боль и отсутствием страха (бесстрашием). Следующий этап исследования продемонстрировал, что чрезмерные физические нагрузки, дей-

ствительно, были связаны с развитием нечувствительности к боли. Целью последнего этапа являлась проверка модели, предполагающей, что приобретённые таким образом способности, способны объяснить взаимосвязь между чрезмерными физическими упражнениями и попытками самоубийства, обнаруженными на первом этапе исследования. Предполагавшаяся модель продемонстрировала свою состоятельность.

Pisetsky E.M. и др. в [25] при изучении женщин с изолированной НБ обнаружили, что около 20,3% сообщали хотя бы об одной суицидальной попытке в течение жизни.

В 2015 году S. Zerwas и др. в [35] изучили связь суицидальной активности в группах пациентов с НА, НБ и РПП неуточненного, диагнозы которых были установлены при амбулаторном и стационарном лечении у лиц, родившихся в Дании в период с 1989 по 2006 год (~ 1 миллион человек). Обнаружено, что заболеваемость расстройствами пищевого поведения у женщин была значительно выше, чем у мужчин в каждом возрастном периоде. У женщин любое РПП предсказывало значительно более высокий риск смерти (в том числе, от самоубийств). Риск попытки суицида был особенно высок у женщин с НБ (в 13,9 раза) по сравнению с референтными женщинами без РПП. У мужчин же именно НБ и РПП неуточненное ассоциировались с более высоким риском попыток самоубийства.

Abdi L. и др. [36] в работе 2020 года исследовали распространённость НА и НБ среди женщин (возрастной диапазон: 15-45 лет), недавно предпринявших попытку самоубийства (в сравнении с женщинами, не пытавшимися совершить самоубийство). Распространённость НА и НБ у женщин, предпринявших попытки самоубийства, в три и два раза соответственно превышала таковые показатели по сравнению с значениями контрольной группы, что позволило высказать предположение о присутствии безусловной связи между сопоставляемыми феноменами.

Линия 4: отсутствие влияния нервной булимии на риск суицидального поведения.

Несмотря на многочисленные исследования, так или иначе, подтверждающие связь между суицидальным поведением и РПП (в частности, НБ), существуют единичные работы, в некоторой степени опровергающие таковую. Так, в 2011 году S. Guillaume и др. [37] провели исследование, направленное на изучение связи между суицидальными действиями и диагностированными НА или НБ (сравнение с лицами, предпринявшими попытки самоубийства без РПП). Исследователи предполагали, что: 1) у пациентов с НА суицидальные попытки будут более тяжёлыми, чем у пациентов с НБ и лицами, не страдающими РПП; 2) попытки самоубийства пациентов с НБ будут во многом аналогичными попыткам самоубийств в общей популяции. Участники исследования были отобраны из большой группы лиц, пытавшихся совершить самоубийство (n=1563), госпитализированных в специализированные отделения университетской больницы Монпелье. Всего было выявлено 139 пациентов с РПП, диагностированных согласно критериям DSM-IV, что составляло 11,2% от общей когорты. Критериям НА соответствовали 44 пациента (из которых 27 (63,6%) имели текущую РПП на момент попытки, остальные в анамнезе), 64 соответствовали критериям НБ (52 – 73,2% пациента имели текущую РПП на момент попытки, остальные – таковое в анамнезе), 7 соответствовали критериям НА и НБ, а оставшиеся 24 имели РПП неуточненное. Контрольную группу составили 235 пациентов с суицидальными попытками, но без РПП (сопоставимых по возрасту, полу и уровню образования). Характеристики суицидального поведения: по сравнению с контрольной группой у пациентов с НА значительно чаще возникали серьёзные (часто неоднократные) попытки самоубийства, у них же выявлен более высокий риск возникновения фатальной попытки по шкале риска RRRS. Группа же с НБ существенно не отличалась от контрольной группы лиц, совершивших самоубийство без РПП, ни по одной из оцениваемых переменных. Данный факт может говорить о том, что НБ не всегда является фактором высокого суицидального риска, что требует более глубокого и детального изучения связи двух феноменов.

Выводы:

Осуществлённый систематический обзор демонстрирует присутствие высокого аутоагрессивного потенциала у пациентов, страдающих НБ (несмотря на единичные исследования, ставящие подобную связь под сомнение). Часто констатируется значимая обусловленность присутствия суицидальных устремлений хронической неудовлетворённостью телом и провалами компенсаторного поведения (вызывание рвоты, употребление слабительных и психотропных препаратов, усиленные физические нагрузки). Суицидальные тенденции часто являются сквозными проявлениями НБ, иногда

– первой причиной попадания в поле зрения психиатрической службы.

Ведущиеся активные споры о возможно большем влиянии на суицидологические характеристики у пациентов НБ их преморбидных личностных особенностей и иной присутствующей психиатрической патологии далеки от своего окончательного разрешения. Первые (личностные особенности) далеко не универсальны, а учитывая более раннее начало РПП, нежели оно реально диагностируется, нетрудно предположить, что подобный временной лаг благоприятствует формированию вторичной психопатологической реакции. Несомненным является присутствие яркой личностной составляющей в структуре НБ (первичной и/или вторичной) способной формировать и поддерживать перманентный внутриличностный конфликт, порожденный хронической неспособностью контроля необходимого веса / форм. Однако на настоящий момент не представляется возможным исключить и их изначального влияния на изучаемую переменную, что требует дальнейшей конкретизации.

Влияние коморбизма (полиморбизма) на суицидологическую характеристику при НБ также нуждается в дальнейшем уточнении. Наличие второго психиатрического диагноза (особенно с более высоким аутоагрессивным потенциалом), способного своим присутствием оказать существенное влияние на оцениваемую аутоагрессивную составляющую НБ, задаёт новые векторы для последующих исследований в данной области: изучение суицидологических характеристик пациентов с диагнозом исключительно НБ и создание моделей взаимного влияния основного и сопутствующего расстройств. К примеру, вопрос природы формирования тревожных состояний в структуре НБ весьма дискутабелен, поскольку динамика данного РПП подразумевает перманентное состояние «стресса несправившегося», способного выступать в роли фактора развития реактивных тревожно-депрессивных состояний. Что в свою очередь диктует необходимость строгого разграничения самостоятельных диагнозов аффективного круга (в частности, БАР, ГТР) на фоне НБ и эмоциональных реакций, порождённых специфической динамикой НБ (включая депрессивные эпизоды разной степени выраженности, приступы паники и тревожные состояния).

Так или иначе, но большинство имеющихся исследований сходны в отношении констатации повышенного риска суицидального поведения при РПП, и НБ, в частности, механизмы чего нуждаются в дальнейшем уточнении. Исследования указывают на повышенный суицидальный риск пациентов с подпороговой НБ (объективно крайне редко диагностируемой) в сравнении с группой пациентов с сформированным заболеванием. То есть, даже на этапе зарождения НБ несет в себе не меньшую опасность. Большинство исследований осуществлены на выборках пациентов, уже совершивших суицидальную попытку (когда пациентам оказывалась неотложная медицинская помощь), что красноречиво указывает на пробелы в ранней диагностике и профилактике. Несмотря на объективно высокую суицидальную активность пациентов с НБ (до 30% из них имеют в анамнезе суицидальные попытки), в единичных исследованиях, направленных на мониторинг причин смертности данного рода пациентов, наблюдаются незначительное число констатаций именно суицида в качестве непосредственной причины смерти, что, вероятно, говорит о «замалчивании» реального положения (констатации несчастных случаев), либо отсутствии практики выявления у суицидентов объективных симптомов булимии.

Значительный интерес к освещаемой проблеме демонстрирует её несомненную актуальность и отсутствие на сегодня четкого и полного понимания взаимоотношений НБ и суицидального поведения.

Ограничения:

Суммируя данные анализа, можно определить ряд существующих ограничений. Во-первых, критически малое количество исследований затрагивает мужчин с НБ (при несомненно растущем их объёме в общем числе лиц с НБ). Во-вторых, несмотря на многогранность и различия в подходах к изучению суицидального поведения при НБ, имеется незначительное количество исследований, затрагивающих этиопатогенетическую сущность феномена и их динамические характеристики. В-третьих, практически отсутствуют работы, касающиеся результатов терапии «суицидальной» НБ, как и не разработаны превентивные подходы. В-четвёртых, преимущественно представлены данные только зарубежных исследований, что создаёт несомненный пробел соответствующих знаний, касающихся российской популяции больных с НБ, что лишний раз подчёркивает актуальность дальнейшего изучения проблемы.

SUICIDALITY IN YOUNG WOMEN AND MEN WITH NERVOUS BULIMIA: A SYSTEMATIC REVIEW

E.R. Gurulyova, A.V. Merinov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Abstract:

Currently, official statistics illustrate a disappointing trend regarding the increasing incidence of eating disorders (EDs). Despite the great interest in anorexia nervosa, traditionally considered the most "malignant" type of eating disorder, a significant increase in patients with bulimia nervosa cannot be denied. A significant number of studies have been conducted on the premature mortality of patients with bulimia, but the available data (especially regarding suicide) are quite contradictory. *The aim of this study* is to clarify prevailing views on the concepts of autoaggressive behavior in patients with bulimia nervosa (including suicidal patterns). *Materials and methods:* A systematic review of scientific publications in eLabrary, PubMed, and Google Scholar and Semantic Scholar. Following a staged selection of publications, 25 scientific papers were included in the study (out of 19,703 studies initially selected based on keywords). *Results and discussion:* Of the 25 papers devoted to the suicidological characteristics of bulimia nervosa, the majority of scientific papers attribute patients' suicidal risk to the influence of personality and behavioral characteristics (usually without specifying premorbid or acquired as a result of bulimia nervosa). Eight papers link suicidal and non-suicidal self-aggression with existing comorbid conditions, mostly personality and mood disorders, and substance use. Only four papers demonstrate a direct influence of bulimia nervosa on respondents' suicidal behavior without the influence of comorbid and personality components; one paper refutes the association between bulimia nervosa and suicidal risk. *Conclusions:* This systematic review demonstrates a high risk of suicide in patients with NB (without contextualization). Observed suicidal tendencies are driven by chronic body dissatisfaction and systematic compensatory behaviors (self-induced vomiting, use of laxatives and psychotropic drugs, and increased physical activity). Despite a significant number of studies citing the influence of premorbid personality traits and the presence of comorbidity, a number of studies emphasize a direct link between existing bulimia nervosa and a high risk of suicidal behavior.

Keywords: eating disorder, bulimia nervosa, suicide attempts, suicidal thoughts, suicide, autoaggression, non-suicidal autoaggressive behavior, suicidology

In recent decades, there has been a marked increase in the number of people suffering from eating disorders (EDs). According to some data, the prevalence of EDs has increased from 3.5 to 7.8% over the past 20 years [1]. This spectrum of disorders is characterized by a combination of mental, physiological, and social variables, and the diagnosis of some of their variants is often difficult [2]. When mentioning EDs, a cachexic girl is traditionally imagined, avoiding food intake, regularly monitoring her weight, and hiding in oversized clothing. The real manifestations of EDs (in particular, bulimia nervosa) are far from such bright and conspicuous pictures. The current situation is such that not only ordinary people, but also often doctors of various specialties are unable to suspect an ED in a person (due to the lack of objective changes in the appearance and behavior of such people). The most secretive and dangerous in this sense is bulimia nervosa (BN). Binge eating disorder (BED), one of the most common and serious disorders in terms of complications, is characterized by episodes of overeating, accompanied by a feeling of loss of control over food, followed by compensatory behavior in the form of self-induced vomiting, abuse of laxatives, psychotropic drugs to control hunger and satiety, excessive physical activity, or extreme diets, including complete refusal to eat. The prevalence of such disorders among adolescents and young adults is steadily increasing, which is associated with the influence of social standards of beauty, media influence, and increased anxiety in the modern world [3]. Furthermore, BED has a significant impact on physical health, causing complications in the cardiovascular system, gastrointestinal tract, and other organs, and often leads to the secondary development of depressive and anxiety disorders [4].

The severity of the problem is determined, first of all, by the high mortality rate associated with bulimia nervosa – one of the highest among all psychiatric disorders [5]. The standardized mortality rate for bulimia nervosa is 1.6 to 2.7 times higher than that in the general population [6]. Patients exhibit an increased risk of death, both from complications resulting from compensatory behavior (electrolyte imbalance, cardiac arrhythmias, acute heart failure, dehydration, etc.) and from a high risk of suicide [7].

Despite the significant attention paid to eating disorders in general, the bulk of research is focused on anorexia nervosa (AN), which is associated with its "recognizability," higher frequency of hospitalizations, and high mortality, including death by suicide [8]. The growing number of patients with BN [9] is in a less advantageous position, which is associated with the extremely difficult early, "direct" diagnosis (explained by the concealment of symptoms and relatively late seeking of medical care). BN is much more often detected based on secondary signs (anxiety, depression, suicidal tendencies), while the symptoms of BN themselves become clear later. Mortality issues in BN (including suicidal) are quite actively discussed in the scientific community; however, to date, a "common denominator" is absent, despite the extensive factual material obtained. In addition, the existing literary sources present a significant number of contradictory and inconsistent data regarding autoaggressive behavior in BN, which requires their systematization and generalization.

The aim of this study is the implementation of a systematic review of the literature on the topic under consideration, aimed at specifying the suicidological characteristics of young people with nervous bulimia.

Materials and methods

A systematic analysis of scientific publications was performed in the eLibrary (https://elibrary.ru), PubMed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov), Google Scholar (https://scholar.google.com/) and Semantic Scholar (https://www.semanticscholar.org/) databases. search was used next request compiled. With using MeSH: ("Bulimia Nervosa" OR "bulimi" NOT "Anorexia Nervosa") AND ("Suicide" OR "Suicide, Attempted" OR "Suicidal Ideation" OR "Self-Injurious Behavior" OR "Parasuicide" OR "suicide attempt" OR "completed suicide" OR "suicidal ideation" OR "non-suicidal self-injury" OR "self-harm" OR NSSI) and corresponding Russian-speaking formula. To improve search efficiency when combining MeSH and keywords, the OR (any of the keywords) and AND (all keywords) operators were used. Publication dates were limited to the period from January 1, 2000, to the present, with no restrictions on the language of publication. Article selection was conducted in September 2025.

Further selection of articles was carried out in accordance with the PRISMA recommendations (Murphy C.M., 2013) (Fig. 1).

Inclusion criteria: publications describing single cases, case series, clinical studies, interviews, and studies of reporting systems. Exclusion criteria: inability to access the full-text article, retraction of the article after publication, publications that do not contain statistical data.

The selection of publications from among the identified articles was carried out in three stages: 1) screening of titles and abstracts to exclude obviously irrelevant articles; 2) extraction of full-text versions of articles; 3) analysis of full texts taking into account the eligibility criteria outlined above. If the inclusion criteria were met and the exclusion criteria were absent, the study was selected for inclusion in the review.

The first stage, which involved searching the specified databases, yielded 884 sources in the Russian-language eLibrary database, 18,300 articles in Google Scholar, 251 articles in Semantic Scholar, and 271 articles in the English-language PubMed database. After screening the available abstracts, duplicate articles were excluded, ultimately selecting 33 papers that met the inclusion criteria. Full-text versions of the selected articles were then reviewed, and the results were processed and discussed by the authors. Ultimately, 25 papers were retained, describing studies of completed suicides, suicidal ideation/attempts, and non-suicidal self-injurious behavior in young people with NB. At the final stage: 12 of the selected works concerned issues of personal qualities of patients with NB exhibiting suicidal behavior, eight articles touched upon the topics of comorbidity of respondents with NB exhibiting suicidal, non-suicidal autoaggressive behavior, four works concerned studies directly of issues of autoaggressive behavior of individuals with NB and one publication refuting the connection between NB and existing suicidal activity of patients.

Results and discussion

Analyzing the data obtained presented in Fig. 1 (information on the selected articles), a number of patterns were discovered. Firstly, the majority of studies are aimed at studying female patients with NB. Some authors explained this fact by the small sample of men with BN, as a result of which it was extremely difficult to conduct a full-fledged study (and this category of people was excluded from the study). Secondly, the participants were often people with higher education or studying at educational institutions; thirdly, patients in the overwhelming majority of cases live in developed countries (USA, France, Great Britain, Spain, etc.), which leads to unhindered access to the Internet with the specific influence of society regarding the promotion of a thin body. Also noteworthy was the age range of the subjects – usually the mean age of respondents was in the range of 20-25 years, while authors with access to national patient registries noted the onset of BN at 11 years of age and a subsequent fluctuating course, with the peak incidence of BN occurring at 16-20 years of age [10]. This, in turn, indicates not only an earlier onset of the disease, but also its chronicity/stabilization by the time active psychopathological symptoms (including autoaggressive patterns) manifest.

The overwhelming majority of studies are aimed at examining the relationship between existing personality and behavioral characteristics, concomitant comorbidity in individuals with BN, and autoaggressive behavior. While in the case of AN, researchers much more often speculate about the presence of a direct link between eating disorders and suicidal behavior, attributing this fact to the high suicidal risk of AN itself and the desire to die due to the severity of existing specific symptoms [10], in the case of BN, we are faced with the prevailing notion that autoaggressive patterns are much more often explained by the influence of comorbid pathology or premorbid personality traits of patients.

Let us consider the main clusters that describe the connection between BN and self-destructive behavior.

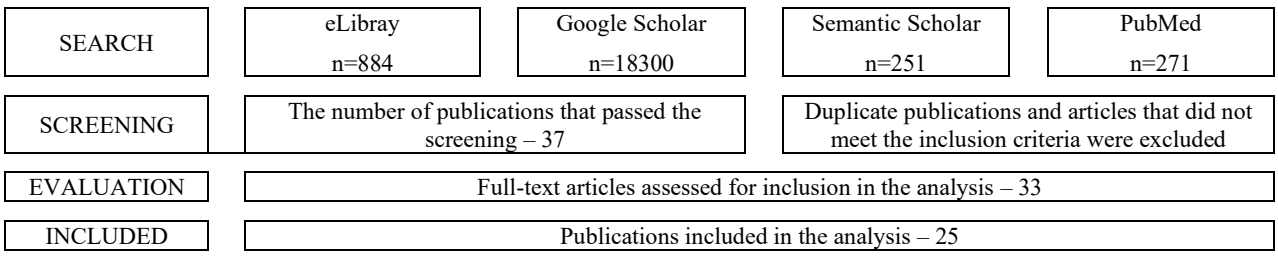

Fig. 1. Schematic representation of literary sources selection in accordance with PRISMA recommendations.

Line 1: the relationship between suicidal activity in BN and personal and behavioral characteristics of patients.

Back in 2004, G. Youssef and colleagues [11] compared women with BN who had attempted suicide with women with BN without a history of suicide attempts. Using the Beck Depression Inventory and a suicide attempt screening, the authors found higher values for the "Psychasthenia," "Anger," and "Fear" indicators among patients with BN who had attempted suicide relative to the control group, which in turn indicates that people with BN with a history of suicide exhibit increased irritability, stubbornness, loss of control, and a history of physical violence against respondents. Five years later, J.J. Muehlenkamp et al. [12] examined women with BN and the characteristics of their non-suicidal self-injury (NSSI). Using the Positive and Negative Affect Scale (PANAS), the authors found a link between pronounced negative experiences and NSSI, while the state following NSSI was characterized by positive affect, suggesting a unique regulation of emotional state by NSSI in BN. The findings suggest that the alleviation of a negative emotional state is offset by the experience of positive emotions following NSSI, which in turn reduces the perceived distress.

During the same period of time, L. Forcano et al. [13], when studying women with various manifestations of BN (a group of women with classic manifestations of BN consisting of 417 people, a group of women without acts of purging behavior – n=47, a group of women with subthreshold BN – n=102) found that 26.9% of patients from all groups with BN attempted suicide: 26.9% in the group with BN, 19.1% in the group with BN without purging behavior, 30.4% in the group with subthreshold bulimia. The majority of female patients with a history of suicide attempt had already undergone therapy for BN, and also had more pronounced eating disorder symptoms, high scores on such scales as: interpersonal mistrust, impulsivity, social insecurity, harm avoidance and lower scores on reward dependence, autonomy and willingness to cooperate (EDI-2, SAD, SCL-90, TCI-R), which together corresponds to the description of the borderline personality pathology cluster. Interestingly, this study indicates for the first time that the presence of subthreshold manifestations of BN does not categorically guarantee the absence of high suicidal risk. In 2012, M.D. Anestis et al. [14] substantiated the connection between the affective component and the presence of NSSI, since the strength of the connection between previous suicidal behavior and future acts of NSSI directly depended on the level of affective lability of a person with BN. This demonstrated that emotional instability in women predicts behavioral dysregulation, and that a history of suicidal behavior significantly increases the likelihood of future suicidal behavior. That same year, C.M. Peterson and S. Fischer [15] examined acts of intentional self-harm in female patients with BN from the perspective of impulsive personality traits. Using the UPPS-R impulsive behavior scale, it was found that the only significant symptom among all acts of NSSI was negative urgency (the tendency to act rashly while experiencing negative affect). The researchers hypothesized that individuals with BN develop multiple impulsive destructive coping strategies, since, according to the results obtained, all the symptoms of impulsivity, occurring simultaneously, generate a momentary negative urgency and thoughtlessness in actions to alleviate the condition. It was also determined that compensatory purging is associated with an increase in the frequency of acts of self-harm. A study by A.R. Smith et al. [16] found that some other symptoms of EDs, such as excessive physical activity, also contribute to the risk of suicidal behavior, presumably due to the development of increased tolerance to pain. Moreover, people with EDs are more anxious about the idea of gaining weight than about typical feared behaviors, such as skydiving. A. Swedish study [17] found that people with eating disorders who had attempted suicide in the past had lower scores on indicators such as self-love, ability to defend their own boundaries, and higher scores on indicators of a tendency to self-blame, hatred, and self-neglect than patients with EDs who had not attempted suicide in the past. The prevalence of suicide attempts before seeking specialist help was significantly higher in women with BN than in women with AN ($p=0.013$) and other eating disorders ($p = 0.002$). In contrast, the prevalence of post-presentation suicide attempts was significantly higher in women with AN than in women with any other eating disorder diagnosis ($p<0.018$). EDs characterized by binge eating and purging, compared with restrictive eating disorders, had the highest prevalence of prior suicide attempts.

A little later, L. Claes et al. [18] studied the relationship between NSSI and the model of impulsivity using the UPPS-P (impulsive behavior scale, which allows one to assess impulsivity as a personality trait) in a sample of patients with eating disorders and healthy people from the control group. The prevalence of NSSI in patients with eating disorders ranged from 17% (AN) to 43% (BN). In addition, patients with eating disorders who suffered from binge eating/purging demonstrated significantly more NSSI compared to the controls. Pearson C.M. et al. in 2016 [19] studied a sample of women with BN (n=133) in the context of the presence of risky behaviors, including manifestations such as: (a) self-harm (intentional cutting, scratching, burning, or hitting oneself or banging one's head against hard objects); (b) substance abuse, and (c) reckless behavior (engaging in risky or unprotected sex, destroying valuable personal items, dangerous or careless driving, shoplifting, or embezzlement). Of the 133 participants, 60 (45.11%) were found to engage in reckless behavior during the two-week study protocol, 55 (41.35%) were substance abusers, and 19 (14.29%) were self-harmers. Forty-four participants (33.08%) engaged in only one type of risky behavior, 33 (24.8%) engaged in two, and eight (6.02%) engaged in all three types of risky behavior. Importantly, no other significant associations were found between personality psychopathology and any of the risky behaviors.

Later, a hypothesis was put forward that patients with an ED who have a history of binge eating/purging have more pronounced emotional instability than patients with an ED alone [20]. The analysis showed that in patients with BN, suicidal behavior is statistically significantly manifested in patients with episodes of binge eating/purging (in 26% of cases). This position is confirmed by the study of L. Hovrud et al. [21], where, in addition, the authors found that dissatisfaction with one's body and negative urgent needs positively correlate with the severity of BN symptoms. It is important to note that this study included male patients for the first time. The analysis showed that negative affective experiences and female gender directly correlate with body dissatisfaction, and the severity of BN symptoms is positively associated with NSSI. It is noteworthy that low stress tolerance increased the likelihood of NSSI at any severity of BN symptoms. Regardless of gender, greater emotion regulation deficits were associated with a risk of developing dysregulated behavior (including self-harm). As expected, lower anxiety tolerance and greater impulsivity under negative emotional stress were associated with a greater likelihood of self-harm. A more recent study by A. Lieberman et al. [22] addresses the question of whether there is a relationship between dissociation, self-hatred, and suicidal behavior in women with BN who sought emergency care. In addition to participants who met DSM-IV criteria for BN, 31.9% met criteria for subthreshold BN (binge eating frequency and compensatory behavior did not meet full criteria for a clinical diagnosis). Suicidal tendencies were found to be associated with the experience of self-hatred. Despite the fact that dissociation is often cited as a factor contributing to suicidal behavior, a direct link with self-harm in BN has not been established. In theory, dissociation may be a kind of defense for patients who feel "out of their body," providing relative relief from chronic self-hatred.

Line 2: the relationship between suicidal activity in BN and the influence of comorbid conditions.

Literary sources concerning suicidal behavior in patients with BN frequently address the issue of comorbidity with other mental disorders, which can significantly influence the associated risk. Let's discuss this area of scientific research in more detail.

Back in 2002, Corcos M. et al. [23] attempted not only to estimate the lifetime frequency of suicide attempts in a population of women with BN, but also to compare those who had and had not attempted suicide in terms of various sociodemographic and clinical variables. First of all, it should be noted that the prevalence of suicide attempts in the studied group of women with BN was quite high (27.8%). Some respondents had their first suicide attempts in adolescence (before the onset of NB): about 25% of them occurred at least one year before the onset of BN signs. According to the authors, the main differences between patients with BN with and without suicide attempts primarily concerned concomitant clinical features. Depressive symptoms were more pronounced in parasuicidal women, as evidenced by significantly higher scores on the BDI and SCL-90R scales. Furthermore, the relationship between depression and suicide attempts in patients with bulimia was supported by a temporal association: 74% of patients with a suicide attempt had a depressive episode prior to the development of BN. However, women who attempted suicide later also had high depression scores in the current assessment. The use of diuretics or laxatives was noted to be more common in patients who had attempted suicide, as was substance use and antisocial behavior.

Favaro A. et al. in 2008 [24] identified the presence of comorbidity, in particular, axis II disorders (stable personality disorders) in patients with BN who reported non-suicidal self-harm and/or suicide attempts. It was found that impulsive acts of self-harm were statistically significantly associated with a diagnosis of cluster B personality disorder (65% vs. 33%; p=0.003), especially with borderline personality disorder (65% vs. 30%; p=0.001). Analysis of the "history of suicide attempt" variable also demonstrated a significant positive association with cluster B personality disorders (75% vs. 35%; p=0.001), including borderline personality disorder (75% vs. 32%; p=0.001). An association was also found between the presence of suicide attempts and social phobia (20% vs. 1%; p=0.003) and bipolar disorder (20% vs. 4%; p=0.029). Suicide attempts in BN were directly associated with impulsive acts of self-harm (p=0.004), hair pulling/nail biting (p=0.012), but no statistically significant association was found with excoriations. Substance abuse/alcohol demonstrated a significant association with both suicide attempts (p=0.003) and impulsive self-harm (p=0.001).

Pisetsky E.M. et al. [25], when studying two groups of women (with suicide attempts, $n_1 = 185$; and suicidal intent throughout life, $n_2 = 129$), justified the existing high suicide risk by the presence of depressive and anxiety symptoms (without specifying their primary or secondary origin). The result of multivariate analysis showed a strong correlation of suicidality with depression. It is noteworthy that in this study, the first group also included girls with clinically subthreshold bulimia (fewer binges and compensatory behavior in a limited period of time, not meeting the criteria for BN), who had a higher level of suicide attempts (27.5%) than girls in the group with an established diagnosis of BN (20.3%). This finding confirms the results of the study by L. Forcano et al. [26], and testifies to the fact that even a less severe form of the disease manifestations has an extremely high risk of autoaggression. This fact allows us to look at the problem from a completely different angle: all categories of individuals with problems associated with abnormal eating behavior require attention. In 2017, a study was conducted aimed at examining the prevalence of suicide attempts among first- and second-degree family members of individuals with AN, BN [27]. Paired comparisons showed that the prevalence of familial suicide attempts was higher in patients with BN than in other types of EDs. These estimates are comparable with similar values in individuals with major depressive disorder who died by suicide (10.8%), and in individuals with major depressive disorder who

are not prone to suicide (6.5%). Of course, the given values are significantly higher than the corresponding indicators in the control group. The highest prevalence of suicide attempts was observed among female relatives, which speaks in favor of the influence of possible underlying psychopathology similar to that in BN (e.g., mood disorders, borderline personality disorder).

Himmerich H. et al. in 2019 [28] attempted to examine the impact of comorbid psychiatric disorders on all-cause mortality in people with BN in south-east London. The retrospective cohort study included people diagnosed with BN and one of the following additional, confirmed diagnoses: substance use (F10–F19), affective disorders (F31–33), or personality disorders (F60) (data obtained from CRIS – Clinical Records Interactive Search). Information on each death was collected through a nationwide tracer using Office for National Statistics (ONS) data linked to the SLaM database (from 1 January 2007 to 31 March 2016). A total of 1,501 people with a diagnosis of BN were identified in the CRIS system, of which 1,431 (94.4%) were women; the mean age was 28.5 years (standard deviation 9.5 years). During the observation period, 18 of the 1,501 patients died; the mean age of death during the observation period was 34.9 years (of which only three died by suicide). Four of the deceased died as a result of fatal drug or alcohol intoxication. Univariate analysis of the study cohort revealed that age and male gender were statistically significantly associated with increased mortality in BN. Analysis of comorbid psychiatric disorders, except for personality pathology, did not reveal an association with premature mortality (including suicide) in individuals with BN.

In 2019 [29], T. Udo et al. examined 36,171 US citizens aged 18 years and older with various manifestations of eating disorders (all respondents underwent personal interviews between April 2012 and June 2013). The AUDADIS-5 allowed for the diagnosis of mood disorders (major depressive episodes and bipolar I disorder), anxiety disorders (specific phobia, social phobia, panic disorders, agoraphobia, and generalized anxiety disorder), post-traumatic stress disorder, substance use disorders, and personality disorders (antisocial, borderline, and schizotypal). The prevalence of suicide attempts in the presence of an additional diagnosis was found to be significantly higher than in patients with an eating disorder alone: among individuals with both AN (24.9% vs. 5.0%) and BN (31.4% vs. 5.1%) and binge eating disorder (22.9% vs. 5.0%). Significantly, respondents with a history of suicide attempt in the BN group reported a significantly earlier age of eating disorder onset and also had significantly more deviating body mass index values. A history of suicide attempts was significantly associated with the presence of any mood disorder, anxiety and panic disorders, post-traumatic stress disorder, antisocial personality disorder, and borderline personality disorder. Almost half of patients with BN (47.6%) reported that the onset of BN was preceded by the first suicide attempt, and about a third of patients with BN (34.9%) noted that the onset of BN and the first suicide attempt occurred in the same year.

In 2020, S. Cliffe et al. [30] in a retrospective cohort study also found an influence of comorbid psychiatric disorders on the presence of suicide attempts in individuals with eating disorders (AN, BN, and BED) hospitalized due to self-harm (data from South London, obtained from the Maudsley National Health Service Foundation Trust, SLaM, were used). This study included only individuals hospitalized due to self-harm (n=1420, of which 29.0% had BN). Frequent (without specific indications of nosological components) comorbid diagnoses were personality disorders and bipolar disorder.

Lengvenyte A. et al. [31] examined whether current or lifetime laxative abuse was associated with suicide attempts in patients with AN and BN, and the extent to which comorbid psychiatric illnesses and other purging behaviors were present. Among 277 patients with eating disorders, 62 (22.88%) reported lifetime laxative abuse (the percentage of patients who abused laxatives did not differ significantly between patients with AN (20%) and BN (28%)). A history of suicide attempts was significantly associated with laxative abuse in all patients ($p< 0.001$), both in patients with AN ($p=0.021$) and in patients with BN ($p< 0.001$) (in patients with BN, the association remained significant after Bonferroni correction). Laxative abuse has been associated with suicide attempts, independent of comorbid mental illnesses (bipolar disorder, anxiety disorders, and substance use disorders). This finding likely reflects the fact that patients with more severe eating disorders are more likely to use laxatives for weight control. Furthermore, there is evidence of a link between laxative abuse and borderline personality disorder [32].

Line 3: Direct influence of bulimia nervosa on the risk of suicidal behavior.

Despite the large number of publications explaining suicidal activity in AN by psychiatric comorbidity, there are studies demonstrating an isolated association between suicide risks and AN. In a 2009 study, S.J. Crow et al. [33] described mortality associated with eating disorders in a large, diagnostically diverse sample observed over a long period using a death records database. The researchers hypothesized that the mortality rate in AN would be consistently high, while in AN only an increased mortality risk would be found. All patients participating in the study were admitted for examination to the outpatient eating disorders clinic of the University of Minnesota between 1979 and 1997. The majority (95.1%) of the sample were women. Among the eating disorders, AN was the most common (48.1%), followed by eating disorders not specified (42.5%) and AN (9.4%). The analysis found that the mortality rate for BN (3.9%) was unexpectedly high, while the mortality rate (4.0%) and standardized mortality ratio (1.70) for AN were lower than expected. Notably, overall, diagnoses of eating disorder, anorexia nervosa, or bulimia nervosa were listed as causes of death in 6% of the deceased.

The work of L.P. Bodell et al., carried out in 2013 [34], in turn, concerned the investigation of unique associations between ED and suicidal tendencies. The researchers attempted to answer the question of whether these associations differ depending on the diagnosis of

ED in the female population. A total of 220 women met the DSM-IV criteria for ED, including 30 women with a diagnosis of AN, 50 with a diagnosis of BN, and 148 with a lifetime diagnosis of an unspecified eating disorder. The mean age in the sample was 35±9 years. The presence of thoughts of one's own death, suicidal thoughts/plans was confirmed in 42.6% of respondents with any ED, among whom 61.9% belonged to BN. Suicidal plans, culminating in a suicide attempt, were reported in 27.9% of patients with any ED, including 45.2% with BN. Regarding comorbidity, more than two-thirds of study participants met diagnostic criteria for at least one additional disorder (such as mood disorders, anxiety disorders, or substance use disorder). However, only the detection of mood disorders was significant, as the analysis demonstrated that this disorder alone predicted lifetime suicidal activity. Thus, among all EDs, only patients with BN showed a statistically significant association with increased suicide risk, even after controlling for other comorbidities. That is, the association found between BN and suicidality was not entirely due to the presence of comorbid psychopathology.

In the same year, A.R. Smith et al., as mentioned earlier, [16] sought to evaluate the links between intense physical activity in BN and suicidal behavior. The study included female subjects, and four phases of the study were conducted. The first found that excessive physical activity was significantly associated with suicidal behavior, including suicidal ideation and suicide attempts. Although physical exercise can have beneficial effects on health, the exercise used by some patients with BN symptoms can be extremely difficult, associated with the experience of severe pain. The second phase of the study found that excessive physical activity creates easier suicidal tendencies due to the acquired ability to tolerate pain and the absence of fear (fearlessness). The next phase of the study demonstrated that excessive physical activity was indeed associated with the development of pain insensitivity. The goal of the final stage was to test a model suggesting that the abilities acquired in this way could explain the association between excessive physical exercise and suicide attempts discovered in the first stage of the study. The proposed model was found to be valid.

Pisetsky E.M. et al. [25] in a study of women with isolated BN found that about 20.3% reported at least one suicide attempt during their lifetime.

In 2015, S. Zerwas et al. [35] studied the association between suicidal activity in groups of patients with AN, BN, and unspecified eating disorder, diagnosed during outpatient and inpatient treatment in individuals born in Denmark between 1989 and 2006 (~1 million people). It was found that the incidence of EDs in women was significantly higher than in men in each age period. In women, any ED predicted a significantly higher risk of death (including from suicide). The risk of suicide attempt was particularly high in women with BN (13.9 times) compared to reference women without an eating disorder. In men, it was BN and unspecified eating disorder that were associated with a higher risk of suicide attempts.

In a 2020 study, L. Abdi et al. [36] examined the prevalence of AN and BN among women (age range: 15–45 years) who had recently attempted suicide (compared to women who had not attempted suicide). The prevalence of AN and NB in women who had attempted suicide was three and two times higher, respectively, than in the control group, suggesting a clear link between the phenomena under study.

Line 4: No effect of bulimia nervosa on the risk of suicidal behavior.

Despite numerous studies that, in one way or another, confirm the link between suicidal behavior and EDs (in particular, BN), there are isolated studies that to some extent refute it. Thus, in 2011, S. Guillaume et al. [37] conducted a study aimed at examining the relationship between suicidal actions and diagnosed AN or BN (comparison with individuals who attempted suicide without an eating disorder). The researchers assumed that: 1) in patients with AN, suicide attempts would be more severe than in patients with BN and individuals who do not suffer from an eating disorder; 2) suicide attempts by patients with BN would be in many ways similar to suicide attempts in the general population. Study participants were selected from a large group of individuals who attempted suicide (n=1563), hospitalized in specialized departments of the University Hospital of Montpellier. A total of 139 patients with an ED diagnosed according to DSM-IV criteria were identified, which constituted 11.2% of the total cohort. Forty-four patients met the criteria for AN (of which 27 (63.6%) had a current ED at the time of the attempt, the rest had a history of it), 64 met the criteria for BN (52–73.2% of patients had a current ED at the time of the attempt, the rest had a history of it), 7 met the criteria for AN and BN, and the remaining 24 had an ED of unspecified type. The control group consisted of 235 patients with suicide attempts, but without an ED (matched for age, gender, and education level). Characteristics of suicidal behavior: compared with the control group, patients with AN were significantly more likely to have serious (often repeated) suicide attempts, and they were also shown to have a higher risk of a fatal attempt according to the RRRS risk scale. The group with BN did not differ significantly from the control group of individuals who committed suicide without an ED on any of the assessed variables. This finding may indicate that BN is not always a high-risk factor for suicide, which requires a more in-depth and detailed study of the relationship between the two phenomena.

Conclusions:

A systematic review demonstrates a high level of self-aggression in patients with BN (despite isolated studies questioning this link). Suicidal tendencies are often significantly associated with chronic body dissatisfaction and failures in compensatory behavior (such as self-induced vomiting, laxative and psychotropic drug use, and excessive physical activity). Suicidal tendencies are often a consistent feature of BN and are sometimes the first reason for the patient to come to the attention of psychiatric services.

The ongoing debate about the possible greater influence of premorbid personality traits and other underlying psychiatric conditions on suicidological characteristics in patients with BN remains far from resolved. Personality traits are far from universal, and given the

earlier onset of EDs than is actually diagnosed, it is not difficult to assume that such a time lag favors the development of a secondary psychopathological reaction. The presence of a strong personality component in the structure of BN (primary and/or secondary) is undeniable, capable of generating and maintaining a permanent intrapersonal conflict generated by a chronic inability to control a desired weight/body shape. However, at present, it is not possible to rule out their initial influence on the variable under study, which requires further clarification.

The influence of comorbidity (polymorbism) on suicidological characteristics in BN also requires further clarification. The presence of a second psychiatric diagnosis (especially one with a higher autoaggressive potential), which can significantly influence the assessed autoaggressive component of BN, provides new directions for subsequent research in this area: studying the suicidological characteristics of patients diagnosed exclusively with BN and developing models of the mutual influence of the primary and comorbid disorders. For example, the nature of the development of anxiety states in the structure of BN is highly debatable, since the dynamics of this ED imply a permanent state of "stress of the uncooperative," which can act as a factor in the development of reactive anxiety-depressive states. Which in turn dictates the need for a strict distinction between independent diagnoses of the affective circle (in particular, bipolar disorder, generalized anxiety disorder) against the background of BN and emotional reactions generated by the specific dynamics of BN (including depressive episodes of varying degrees of severity, panic attacks and anxiety states).

In any case, most existing studies agree in confirming an increased risk of suicidal behavior in EDs, and BN in particular, the mechanisms of which require further clarification. Studies indicate an increased risk of suicide in patients with subthreshold BN (objectively extremely rarely diagnosed) compared to patients with established disease. This means that even in its infancy, BN poses no less of a danger. Most studies were conducted on samples of patients who had already attempted suicide (when they received emergency medical care), which clearly highlights gaps in early diagnosis and prevention. Despite the objectively high suicidal activity of patients with BN (up to 30% of them have a history of suicide attempts), in isolated studies aimed at monitoring the causes of mortality of this type of patients, there is an insignificant number of statements of suicide as the direct cause of death, which probably indicates a “silence” of the real situation (statement of accidents), or the lack of practice in identifying objective symptoms of bulimia in suicidal individuals.

The significant interest in the issue under discussion demonstrates its undoubted relevance and the current lack of a clear and complete understanding of the relationship between NB and suicidal behavior.

Restrictions:

Summarizing the data from the analysis, a number of existing limitations can be identified. First, a critically small number of studies examine men with BN (despite their undoubtedly growing share in the overall population of individuals with BN). Second, despite the multifaceted nature and variations in approaches to studying suicidal behavior in BN, there are few studies addressing the etiopathogenetic nature of the phenomenon and its dynamic characteristics. Third, there are virtually no studies examining the treatment outcomes for "suicidal" BN, nor have preventive approaches been developed. Fourth, data from predominantly foreign studies is presented, creating an undeniable knowledge gap regarding the Russian population of patients with BN, further highlighting the urgency of further research.

Литература / References:

1. https://www.kommersant.ru/doc/7793293 (link – 02.11.2025)
2. https://www.b17.ru/article/633674/ (link – 02.11.2025)
3. https://www.rbc.ru/life/news/688cabde9a7947adb003bb9c?ysclid=mjg3zb2bzf552659536 (link – 02.11.2025)
4. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa – medical complications. *J Eat Disord.* 2015; 3: 12. DOI: 10.1186/s40337-015-0044-4
5. Расстройства пищевого поведения [Eating disorders] (In Russ) (link – 20.12.2025)
6. Amiri S, Hosseini SM. Trends, prevalence, incidence, and disability-adjusted life years of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Iran: Global Burden of Disease Study. *Eat Weight Disord* 30, 59 (2025). DOI: 10.1007/s40519-025-01769-6
7. Why do people die from eating disorders? (link – 02.11.2025)
8. Вейцман И.А., Свиридова Д.С. Нервная анорексия у молодой пациентки с летальным исходом. Клинический случай. Клинический разбор в общей медицине. *Психическое здоровье (психиатрия).* 2022; 2: 58–61. DOI: 10.47407/kr2022.3.2.00126 [Veitsman IA, Sviridova DS. Anorexia nervosa in a young patient with a fatal outcome. Clinical case. *Clinical analysis in general medicine. Mental health (psychiatry).* 2022; 2: 58–61.] (In Russ)
9. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Деева М.А. Нервная анорексия и нервная булимия: от истории к современности. *Российский психиатрический журнал* 2016; 3: 36-45. [Barylnik YuB, Filippova NV, Deeva MA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: from history to modernity. *Russian Psychiatric Journal.* 2016; 3: 36-45.] (In Russ)
10. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, et al. 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
11. Youssef G, Plancherel B, Laget J, et al. Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *European Psychiatry*. 2004; 19 (3): 131–139. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2003.11.005
12. Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadeson A, et al. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47 (1): 83–87. DOI: 10.1016/j.brat.2008.10.011
13. Forcano L, Fernández-Aranda F, Álvarez-Moya E, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*. 2009; 24 (2): 91–97. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.10.002
14. Anestis MD, Silva C, Lavender JM, et al. Predicting nonsuicidal self-injury episodes over a discrete period of time in a sample of women diagnosed with bulimia nervosa: An analysis of self-reported trait and ecological momentary assessment based affective lability and previous suicide attempts. *International Journal of Eating Disorders.* 2012; 45 (6): 808–811. DOI:10.1002/eat.20947
15. Peterson CM, Fischer S. A prospective study of the influence of the UPPS model of impulsivity on the co-occurrence of bulimic symptoms and non-suicidal self-injury. *Eating Behaviors*. 2012; 13 (4): 335–341. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2012.05.007
16. Smith AR, Fink EL, Anestis MD, et al. Exercise caution: Over-exercise is associated with suicidality among individuals with disordered eating. *Psychiatry Research.* 2013; 206 (2–3): 246–255. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.11.004
17. Runfola CD, Thornton LM, Pisetsky EM, et al. Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register.

Comprehensive Psychiatry. 2014; 55 (3): 439–449. DOI: 10.1016/j.comppsych.2013.11.007
18. Claes L, Islam MA, Fagundo AB, et al. The Relationship between Non-Suicidal Self-Injury and the UPPS-P Impulsivity Facets in *Eating Disorders and Healthy Controls. PLOS ONE*. 2015; 10 (5): e0126083. DOI: 10.1371/journal.pone.0126083
19. Pearson CM, Pisetsky EM, Goldschmidt AB, et al. Personality psychopathology differentiates risky behaviors among women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2016; 49 (7): 681–688. DOI: 10.1002/eat.22570
20. Smith KE, Hayes NA, Styer DM, et al. Emotional reactivity in a clinical sample of patients with eating disorders and nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*. 2017; 257: 519–525. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.08.014
21. Hovrud L, Simons R, et al. Non-suicidal self-injury and bulimia: The role of emotion dysregulation and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 2020; 25 (4): 1089–1097. DOI: 10.1007/s40519-019-00741-5
22. Lieberman A, Robison M, Wonderlich SA, et al. Self-hate, dissociation, and suicidal behavior in bulimia nervosa. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 335: 44–48. DOI: 10.1016/j.jad.2023.05.015
23. Corcos M, Taïeb O, Benoit-Lamy S, et al. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: Frequency and characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 106 (5): 381–386. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2002.02318.x
24. Favaro A, Santonastaso P, Monteleone P, et al. Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: Associations with psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 105 (1–3): 285–289. DOI: 10.1016/j.jad.2007.05.010
25. Pisetsky EM, Wonderlich SA, et al. Depression and personality traits associated with emotion dysregulation: correlates of suicide attempts in women with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2015; 23 (6): 537–544. DOI: 10.1002/erv.2401
26. Forcano L, Fernández-Aranda F, Álvarez-Moya E, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*. 2009; 24 (2): 91–97. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.10.002
27. Pisetsky EM, Peterson CB, Mitchell JE, et al. A comparison of the frequency of familial suicide attempts across eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50 (6): 707–710. DOI: 10.1002/eat.22694
28. Himmerich H, Hotopf M, Shetty H, et al. Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019; 54 (7): 813–821. DOI: 10.1007/s00127-019-01667-0
29. 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
30. Cliffe C, Shetty H, Himmerich H, et al. Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: A retrospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53 (5): 728–735. DOI: 10.1002/eat.23240
31. Lengvenyte A, Strumila R, Maimoun L, et al. A specific association between laxative misuse and suicidal behaviours in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2022; 27 (1): 307–315. DOI: 10.1007/s40519-021-01180-x
32. Tozzi F, Thornton LM, Mitchell J, et al. Features associated with Laxative abuse in individuals with eating disorders. *Psychosom Med* [Internet]. 2006; 68 (3): 470–477.
33. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2009; 166 (12): 1342–1346. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09020247
34. Bodell LP, Joiner TE, Keel PK. Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47 (5): 617–621. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.005
35. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, et al. 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.
36. Abdi L, Rahmani A, Shojaei R, et al. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among women who recently attempted suicide compared with suicide non-attempting women. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy.* 2020; 22 (3): 54–60. DOI: 10.12740/APP/114187
37. Guillaume S, Jaussent I, Olié E, et al. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case–control study. *PLoS ONE*. 2011; 6 (8): e23578. DOI: 10.1371/journal.pone.0023578

Вклад авторов:

Е.Р. Гурулёва: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
А.В. Меринов: разработка дизайна исследования, перевод публикаций по теме, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.R. Gurulyova: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article editing;
A.V. Merinov: developing the research design, translated relevant publications, article editing.

Information about the authors:

Gurulyova Elena R. (SPIN-code: 7564-5262; Recearcher ID: ALL-7302-2020; ORCID iD: 0000-0002-7406-4563). Place of study: Graduate student of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovoltnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (929)-067-01-60, email: er46280@gmail.com

Merinov Alexey V. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovoltnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 14.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 03.12.2025.

Для цитирования: Гурулёва Е.Р., Меринов А.В. Суицидологическая характеристика молодых женщин и мужчин с нервной булимией: систематический обзор. *Суицидология.* 2025; 16 (4): 122-139. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-122-139

For citation: Gurulyova E.R., Merinov A.V. Suicidality in young women and men with nervous bulimia: a systematic review. *Suicidology.* 2025; 16 (4): 122-139. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-122-139