

## **ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АДДИКТИВНЫМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПСИХОТЕРАПИЯ**

*Н.А. Бохан, И.В. Воеводин, А.И. Мандель*

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»  
НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия  
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск, Россия

### **FORMATION OF SUICIDALITY AMONG YOUNG PATIENTS WITH ADDICTIVE AND NEUROTIC DISORDERS: SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS AND PSYCHOTHERAPY**

*N.A. Bokhan, I.V. Voevodin,  
A.I. Mandel*

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research  
Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia  
Siberian State Medical University, Tomsk, Russia  
National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

#### Информация об авторах:

**Бохан Николай Александрович** – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: +7 (3822) 72-40-15; электронный адрес: [mental@tnimc.ru](mailto:mental@tnimc.ru)

**Воеводин Иван Валерьевич** – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 5675-7498; Researcher ID: J-2399-2017; ORCID iD: 0000-0002-3988-7660). Место работы и должность: старший научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; доцент кафедры социальной работы ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: 634050, Томск, пр. Ленина, 36. Телефон: + 7 (3822) 72-43-79, электронный адрес: [i\\_voevodin@list.ru](mailto:i_voevodin@list.ru)

**Мандель Анна Исаевна** – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7428-9823; Researcher ID: J-1692-2017; ORCID iD: 0000-0002-6020-6604). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79; электронный адрес: [anna-mandel@mail.ru](mailto:anna-mandel@mail.ru)

#### Information about the authors:

**Bokhan Nikolay Aleksandrovich** – Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, MD, PhD (SPIN-code: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Place of work and position: Head of the Department of Addictive States, Director of the Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str.; Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 2 Moscow Tract. Phone: +7 (3822) 72-40-15, email: [mental@tnimc.ru](mailto:mental@tnimc.ru)

**Voevodin Ivan Valerievich** – MD, PhD (SPIN-code: 5675-7498; Researcher ID: J-2399-2017; ORCID iD: 0000-0002-3988-7660). Place of work and position: Senior Researcher, Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Associate Professor of the Department of Social Work, National Research Tomsk State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenina str. Phone: +7 (3822) 72-43-79; email: [i\\_voevodin@list.ru](mailto:i_voevodin@list.ru)

**Mandel Anna Isaevna** – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7428-9823; Researcher ID: J-1692-2017; ORCID iD: 0000-0002-6020-6604). Place of work and position: Leading Researcher, Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 72-43-79; email address: [anna-mandel@mail.ru](mailto:anna-mandel@mail.ru)

Высокая распространённость суицидальных явлений среди молодых пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами обуславливает необходимость включения в терапевтические программы компонентов суицидальной превенции. При этом среди вмешательств с доказанной эффективностью ведущее место занимают методики, связанные с повышением когнитивной рациональности и адаптивности стресс-реагирования. Цель: обоснование методики выявления групп суицидального риска и подходов к профилактике среди молодых пациентов с аддиктивной и невротической патологией на основе когнитивной копинг-терапии. Материалы и методы: обследовано 124 пациента молодого возраста (19-35 лет, мужчин – 56,5%, женщин – 43,5%), из них 72 с алкогольной зависимостью, 52 с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами. При-

менены клинико-психопатологический и психометрический методы. Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS-Statistics V26. Результаты: Наличие суицидальных мыслей в анамнезе выявлено у 25% молодых пациентов с алкогольной зависимостью и 41,2% пациентов с невротическими расстройствами. В качестве групп повышенного суицидального риска выступают пациенты с коморбидными (аддитивными и тревожно-депрессивными) состояниями, а также, в обеих нозологических группах – с проявлениями социально-психологического неблагополучия (перенесенные психотравмирующие ситуации, негармоничные условия воспитания в детстве, нарушения адаптации в дошкольном и учебном коллективах, специфика преобладающих интересов в подростковом возрасте – с концентрацией в «виртуальном мире», при неразвитости хобби-реакций и реакций коммуникации со сверстниками). В формировании суицидальности пациентов с аддитивными и невротическими расстройствами методом факторного анализа выделены три основных варианта (стеничный, гипостеничный и связанный с коммуникативной некомпетентностью). Данные варианты проявляются как на уровне характерологических черт, так и на уровне симптоматики, наблюдаемой в клинической картине. Преобладающий вариант формирования суицидальности следует учитывать при персонализации психотерапевтических вмешательств. В качестве одного из решений задачи профилактики суицидального поведения может быть использована методика когнитивной копинг-терапии, предполагающая выявление и коррекцию иррациональных когнитивных установок с формированием адаптивного копинг-стиля пациентов. Наибольшее значение в отношении суицидального риска установлено для когнитивных искажений, связанных с внешним локусом контроля, низкой фрустрационной толерантностью и неспособностью к отсроченному гедонизму. Неадаптивный копинг-стиль связан в первую очередь с неготовностью к рациональной оценке стрессоров, неспособностью к продуктивному взаимодействию с окружением и с нарушениями эмоциональной саморегуляции. Заключение: выявление коморбидности аддитивных и невротических тревожно-депрессивных расстройств, специфических проявлений социально-психологического неблагополучия и определенных характерологических черт у молодых пациентов свидетельствует о необходимости включения в психотерапевтический комплекс мероприятий по профилактике суицидального риска. Основой проведения данных мероприятий может выступать когнитивно-поведенческая копинг-терапия, персонализированная по ведущему варианту формирования суицидальности.

*Ключевые слова:* суицидальность, суицидальные мысли, алкогольная зависимость, тревожно - депрессивные расстройства, социально-психологические факторы риска, когнитивная копинг-терапия

В связи с высокой и нарастающей распространённостью суицидальных явлений в молодёжной [1], в том числе студенческой среде [2], представители высокообразованной молодёжи (студенты и молодые специалисты) считаются одной из групп повышенного суицидального риска [3, 4]. При этом в литературе отмечаются противоречивые данные о половых различиях суицидального поведения молодёжи – от указаний на более высокую распространённость депрессивной симптоматики и суицидального риска среди девушек [5] до предположений о повышенной частоте истинных суицидальных намерений среди юношей [6]. В качестве факторов суицидального риска указываются низкий материальный уровень [7], нарушения адаптации в студенческой среде [2] и в группе сверстников [8], подверженность стрессам в сочетании с низкой стрессоустойчивостью [9]. Среди психологических факторов особое внимание уделяется импульсивности [10] и нарушениям эмоциональной саморегуляции [11].

В клиническом аспекте суицидального поведения молодёжи, высок исследовательский интерес к роли расстройств личности [12], формирующих, в том числе, и несуйцидальные паттерны аутоагрессивного поведения [13]. У пациентов с алкогольной зависимостью суицидальный риск может быть связан с неудовлетворённой потребностью в социальной поддержке, фиксацией на негативном опыте, самообвинениями и защит-

Due to the high and growing prevalence of suicidal phenomena in the youth [1] including the student [2] environment, representatives of highly educated youth (students and young professionals) are considered one of the groups with increased suicidal risk [3, 4]. At the same time, there are conflicting data in the literature on gender differences in suicidal behavior among young people – from indications of a higher prevalence of depressive symptoms and suicidal risk among girls [5] to assumptions about an increased frequency of true suicidal intentions among young men [6]. Low financial level [7], adaptation disorders in the student environment [2] and in the peer group [8], exposure to stress in combination with low stress resistance [9] are indicated as factors of suicidal risk. Among psychological factors, special attention is paid to impulsiveness [10] and violations of emotional self-regulation [11].

In the clinical aspect of young people suicidal behavior, there is a high research interest to the role of personality disorders [12], that form, among other things, non-suicidal patterns of autoaggressive behavior [13]. In patients with alcohol addiction, suicidal risk may be associated with an unmet need for social support, fixation on negative experiences, self-blame and defensive behavior, in pa-

ным поведением, у пациентов с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами – с низкой социальной самооценкой, избеганием осознания своих чувств [14]. Неоднозначны данные о коморбидности алкогольной зависимости и невротических расстройств, прежде всего депрессивных. Показано, что при наличии коморбидной депрессивной симптоматики формирование зависимости происходит медленнее, а течение – более благоприятно, чем при люцидном алкоголизме [15]. Отдельные исследования [16] указывают на четкую взаимосвязь факторов подверженности стрессам, аддиктивного поведения и суицидальности, подчеркивая, что эти три фактора взаимно усиливают друг друга. При этом ключевую роль в возможном неблагоприятном исходе играет сниженный самоконтроль над импульсивностью.

При обосновании психотерапевтических вмешательств, направленных на аддиктивные расстройства, тревожно-депрессивную симптоматику и суицидальное поведение, также значительное внимание уделяется необходимости формирования навыков регуляции эмоций и контроля импульсивности [17], с обязательным мотивационным компонентом на начальном этапе вмешательства [18]. Среди вмешательств с доказанной эффективностью, применяемых в отношении аддиктивных, эмоциональных расстройств и суицидальности, ведущую роль играют методики на когнитивно-поведенческой основе, в связи с доказанностью значения неадаптивных когнитивных схем в этиопатогенезе данных состояний [19]. Вмешательства при коморбидных аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройствах предполагают расширение целей когнитивной терапии [20], при этом в качестве важнейшей цели, наряду с коррекцией когнитивных предубеждений, рассматривается коррекция неэффективного копинга [21]. Учитывая неадаптивность, а также специфичность стратегий совладания в отдельных нозологических группах [22], в дополнение к методикам когнитивной терапии представляется целесообразным применение коррекции копинг-стиля.

Цель исследования: обоснование методики выявления групп суицидального риска и подходов к профилактике среди молодых пациентов с аддиктивной и невротической патологией на основе когнитивной копинг-терапии.

Материалы и методы.

Обследовано 124 пациента клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, молодого возраста, от 19 до 35 лет, средний возраст 29,5 (23; 33) лет, с высшим и незаконченным высшим образованием. Среди них 70 (56,5%) мужчин и 54 (43,5%) женщины. 72 обследованных были с алкогольной зависимостью (F10),

tients with neurotic anxiety-depressive disorders it can be associated with low social self-esteem, avoiding awareness of their feelings [14]. The data on the comorbidity of alcohol addiction and neurotic disorders, primarily depressive ones, are ambiguous. It has been shown that in the presence of comorbid depressive symptoms, addiction formation progresses more slowly, and its course is more favorable than in lucid alcoholism [15]. Separate studies [16] indicate a clear relationship between exposure to stress, addictive behavior and suicidality, emphasizing that these three factors mutually reinforce each other. At the same time, reduced self-control over impulsivity plays a key role in a possible unfavorable outcome.

When substantiating psychotherapeutic interventions aimed at addictive disorders, anxiety-depressive symptoms and suicidal behavior, considerable attention is also paid to the need of developing emotion regulation and impulsivity control skills [17], with an obligatory motivational component at the initial stage of intervention [18]. Among the interventions with proven efficacy used for addictive, emotional disorders and suicidality, cognitive-behavioral techniques play a leading role in connection with the evidence of the importance of maladaptive cognitive schemes in the etiopathogenesis of these conditions [19]. Interventions in comorbid addictive and anxiety-depressive disorders suggest expanding the goals of cognitive therapy [20], while correction of ineffective coping is considered as the most important goal, along with the correction of cognitive biases [21]. Taking into account the non-adaptability, as well as the specificity of coping strategies in certain nosological groups [22], in addition to the methods of cognitive therapy, it seems expedient to use the coping style correction.

Aim of the study: substantiation of the methodology for identifying suicidal risk groups and preventive approaches among young patients with addictive and neurotic pathology based on cognitive coping therapy.

Materials and methods.

We examined 124 patients of the clinic of the Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Medical Center, aged 19 to 35, mean age 29.5 (23; 33) years, with higher and incomplete higher education. Among them, 70 (56.5%) are men and 54 (43.5%) are women. 72 of the examined were alcohol addicted (F10), including 38 (52.8%) with lucid alcoholism, 34 (47.2%) with comorbid anxiety-depressive symptoms; 52 of

в том числе 38 (52,8%) с люцидным алкоголизмом, 34 (47,2%) – с коморбидной тревожно-депрессивной симптоматикой; 52 обследованных – с невротическими тревожно - депрессивными расстройствами (F4), из них 30 (57,7%) без аддиктивной патологии, 22 (42,3%) – с коморбидными аддиктивными расстройствами.

Использованы «Карта стандартизированного описания больного» НИИ психического здоровья (Томск) с квантифицированной шкалой оценки симптомов (включая наличие суицидальных мыслей), шкалы оценки тревоги и депрессии – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983), Спилбергера-Ханина, Бека. Уровень социально - психологической адаптации оценивался по методике Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS, M. Bosc, 1997). Характерологические особенности пациентов были оценены с применением методики Freiburg Personality Inventory (FPI, J. Fahrenberg, 1989). Оценка когнитивного стиля производилась с использованием опросника Personal Beliefs Test (H. Kassinoe, 1988) с приложением НИИ психического здоровья (Томск, 2015); оценка копинг-стиля – с использованием методики E. Heim (1988), в интерпретации НИИ психического здоровья (Томск, 2011). Клиническая оценка суицидального поведения осуществлялась в соответствии с отечественной классификацией (Зотов П.Б., 2010) [23]. Согласно данной классификации, определенной спецификой рассматриваемого контингента (студенты и молодые специалисты с алкогольной зависимостью и невротическими расстройствами) явилось отсутствие суицидальных попыток, то есть ограниченность суицидального поведения двумя первыми этапами его внутренних форм – антивитальными переживаниями и суицидальными мыслями. В этом состояло принципиальное отличие обследованных от пациентов иных групп – возрастных (например, подростки, а также старший возраст), социальных (например, делинквенты) и нозологических (например, пациенты с наркотической зависимостью, с расстройствами личности).

Статистический анализ результатов исследования включал в себя: методы описательной статистики; сравнительный анализ (критерий  $\chi^2$ , тест Манна-Уитни); корреляционный анализ по Спирмену; факторный анализ; вычисление относительного риска (RR) отдельных факторов после установления их статистической достоверности. Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS-Statistics V26.

Результаты и обсуждение.

Общая распространённость суицидальных мыслей в анамнезе среди обследованных составила 33,9% (n=42). Среди пациентов с алкогольной зависимостью

the surveyed had neurotic anxiety-depressive disorders (F4), of whom 30 (57.7%) had no addictive pathology and 22 (42.3%) had comorbid addictive disorders.

We used the "Card of a standardized patient description" of the Research Institute of Mental Health (Tomsk) with a quantified scale for assessing symptoms (including the presence of suicidal thoughts), a scale for assessing anxiety and depression – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983), Spielberger-Khanin, Beck. The level of social and psychological adaptation was assessed using the Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS, M. Bosc, 1997). The characterological characteristics of patients were assessed with the Freiburg Personality Inventory technique (FPI, J. Fahrenberg, 1989). Cognitive style was assessed with the Personal Beliefs Test (H. Kassinoe, 1988) with the application of the Research Institute of Mental Health (Tomsk, 2015); for assessment of the coping style we used the method of E. Heim (1988), in the interpretation of the Research Institute of Mental Health (Tomsk, 2011). The clinical assessment of suicidal behavior was carried out in accordance with the domestic classification (Zotov P.B., 2010) [23]. According to this classification, the considered contingent (students and young specialists with alcohol addiction and neurotic disorders) was characterized with the absence of suicidal attempts, that is, the limitation of suicidal behavior by the first two stages of its internal forms – antivital experiences and suicidal thoughts. This was the fundamental difference between the surveyed and patients of other grouping characteristics – age (for example, adolescents, as well as older age), social (for example, delinquents) and nosological (for example, patients with drug addiction, with personality disorders).

Statistical analysis of the research results included: descriptive statistics methods; comparative analysis ( $\chi^2$  test, Mann-Whitney test); Spearman correlation analysis; factor analysis; calculation of the relative risk (RR) of individual factors after establishing their statistical reliability. Mathematical data processing was carried out using the SPSS-Statistics V26 program.

Results and discussion.

The overall prevalence of suicidal thoughts in history among the surveyed was 33.9% (n=42). Among patients with alcohol addiction, this indicator was lower (25.0%)

данный показатель был ниже (25,0%), чем среди пациентов с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами (41,2%). Не обнаружена статистической достоверности тенденция к более высокой распространённости суицидальных мыслей среди мужчин ( $p > 0,05$ ).

При этом фактор коморбидности аддиктивной и тревожно-депрессивной симптоматики достоверно повышает риск возникновения суицидальных мыслей: с 10,5% при люцидном алкоголизме до 41,2% при коморбидных тревожно-депрессивных состояниях ( $\chi^2=8,99$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0027$ ), и с 33,3% при невротических расстройствах без аддиктивной симптоматики до 63,6% при коморбидных аддиктивных состояниях ( $\chi^2=4,75$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0294$ ). Относительный риск фактора двойного диагноза составляет  $RR=3,91$  и  $RR=1,91$  соответственно.

В подгруппе пациентов с наличием суицидальных мыслей выявлено снижение уровня социально-психологической адаптации – 38 (36; 40) баллов по шкале SASS vs. 42 (37; 47) в подгруппе с отсутствием суицидальных мыслей,  $Z=3,46$ ;  $p=0,0005$ . Наиболее выраженное снижение адаптации наблюдается в сфере «ресурсы» (включающей в себя вовлечённость в общественную жизнь, эрудированность, компетентность, организованность), а также в профессиональной сфере и в сфере «хобби и досуг». Сопоставимые значения показателей адаптации – в сферах «семья» и «внесемейные коммуникации».

Корреляционный анализ взаимосвязи суицидальных мыслей, как одного из симптомов квантифицированной шкалы «Карты стандартизированного описания больного НИИ психического здоровья» (Томск) с остальной выявленной у пациентов симптоматикой, позволил выделить ряд симптомов, выраженность которых статистически достоверно связана с выраженностью суицидальных мыслей. В порядке убывания значимости, к данным симптомам относятся: тягостное одиночество ( $r_s=0,49$ ;  $t=6,22$ ;  $p<0,0001$ ), вегетативные нарушения ( $r_s=0,44$ ;  $t=5,48$ ;  $p<0,0001$ ), коммуникативные нарушения ( $r_s=0,32$ ;  $t=3,72$ ;  $p=0,0003$ ), диссомния ( $r_s=0,31$ ;  $t=3,55$ ;  $p=0,0005$ ), гипотимия ( $r_s=0,30$ ;  $t=3,43$ ;  $p=0,0008$ ), дисфорические проявления ( $r_s=0,24$ ;  $t=2,74$ ;  $p=0,0071$ ), агрессивность ( $r_s=0,21$ ;  $t=2,41$ ;  $p=0,0175$ ), астения ( $r_s=0,20$ ;  $t=2,25$ ;  $p=0,0261$ ).

Полиморфность симптоматики, взаимосвязанной с суицидальными мыслями, позволяет предположить наличие различных путей формирования суицидального поведения у пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами. В качестве попытки выделения данных путей, был проведён факторный анализ данных симптомов в подгруппе пациентов с суицидальным поведением (табл. 1).

than among patients with neurotic anxiety-depressive disorders (41.2%). No statistical significance was found for a tendency towards a higher prevalence of suicidal thoughts among men ( $p > 0.05$ ).

At the same time, the factor of comorbidity of addictive and anxiety-depressive symptoms significantly increases the risk of suicidal thoughts: from 10.5% in lucid alcoholism to 41.2% in comorbid anxiety-depressive states ( $\chi^2=8.99$ ;  $df=1$ ;  $p=0.0027$ ), and from 33.3% in neurotic disorders without addictive symptoms to 63.6% in comorbid addictive states ( $\chi^2=4.75$ ;  $df=1$ ;  $p=0.0294$ ). The relative risk of the double diagnosis factor is  $RR=3.91$  and  $RR=1.91$ , respectively.

In the subgroup of patients with suicidal thoughts, a decrease in the level of sociopsychological adaptation was revealed – 38 (36; 40) points on the SASS vs. 42 (37; 47) in the subgroup with no suicidal thoughts,  $Z=3.46$ ;  $p=0.0005$ . The most pronounced decrease in adaptation is observed in the sphere of "resources" (including involvement in social life, erudition, competence, organization), as well as in the professional sphere and in the sphere of "hobbies and leisure". The values of adaptation indicators in the spheres of "family" and "non-family communications" are comparable.

Correlation analysis of the relationship between suicidal thoughts, as one of the symptoms of the quantified scale "Maps of the standardized description of a patient at the Research Institute of Mental Health" (Tomsk) with the rest of the symptoms revealed, made it possible to identify a number of symptoms, the severity of which is statistically significantly associated with the severity of suicidal thoughts. In decreasing order of importance, these symptoms include: grave loneliness ( $r_s=0.49$ ;  $t=6.22$ ;  $p<0.0001$ ), autonomic disorders ( $r_s=0.44$ ;  $t=5.48$ ;  $p<0.0001$ ), communication disorders ( $r_s=0.32$ ;  $t=3.72$ ;  $p=0.0003$ ), dyssomnia ( $r_s=0.31$ ;  $t=3.55$ ;  $p=0.0005$ ), hypothyria ( $r_s=0.30$ ;  $t=3.43$ ;  $p=0.0008$ ), dysphoric manifestations ( $r_s=0.24$ ;  $t=2.74$ ;  $p=0.0071$ ), aggressiveness ( $r_s=0.21$ ;  $t=2.41$ ;  $p=0.0175$ ), asthenia ( $r_s=0.20$ ;  $t=2.25$ ;  $p=0.0261$ ).

The polymorphism of symptoms associated with suicidal thoughts suggests the existence of various pathways for the formation of suicidal behavior in patients with addictive and neurotic disorders. As an attempt to isolate these pathways, a factor analysis of these symptoms was carried out in a subgroup of patients with suicidal behavior (Table 1).

Таблица 1 / Table 1

Факторный анализ симптоматики, взаимосвязанной с суицидальными мыслями у пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами

Factor analysis of symptoms associated with suicidal thoughts in patients with addictive and neurotic disorders

Factor Loadings (Varimax raw) / Extraction: Principal components Marked loadings are >0,7	Фактор / Factor 1	Фактор / Factor 2	Фактор / Factor 3
Гипотимия / <i>Hypotimia</i>	0,803234	0,157509	0,186418
Астения / <i>Asthenia</i>	0,819151	0,014710	0,314304
Вегетативные нарушения / <i>Vegetative disorders</i>	0,518722	-0,268721	0,510744
Диссомния / <i>Dyssomnia</i>	0,279776	-0,086400	0,858744
Дисфорические проявления / <i>Dysphoric manifestations</i>	0,563171	0,222963	0,736476
Агрессивность / <i>Aggressivness</i>	0,121859	0,434485	0,770970
Коммуникативные нарушения / <i>Communication disorders</i>	-0,131881	0,832980	0,195155
Тягостное одиночество / <i>Painful loneliness</i>	0,532579	0,758486	-0,072705
Expl.Var	2,296585	1,612349	2,247569
Prp.Totl	0,287073	0,201544	0,280946

Полученные данные позволяют выделить такие варианты формирования суицидального поведения в исследуемом контингенте, как гипостеничный, отражённый в факторе 1 (связанный с астеническими проявлениями, сниженным настроением), стеничный, отражённый в факторе 3 (связанный с дисфоричностью, агрессивным поведением, а также с расстройствами сна), и отдельный вариант, связанный с коммуникативными нарушениями и тягостным одиночеством, отражённый в факторе 2. При этом вегетативные нарушения, обнаружившие тесную связь с суицидальностью, практически в равной степени могут проявляться и при стеничном, и при гипостеничном варианте.

Выраженность тревожно-депрессивной симптоматики статистически достоверно преобладала в среди пациентов с суицидальными мыслями при использовании всех применённых в исследовании методик. Наибольшая достоверность различий была получена в отношении шкалы депрессии Бека – показатель составил 18 (12; 24) баллов vs. 11 (8; 15) баллов при отсутствии суицидальных мыслей,  $Z=-4,24$ ;  $p<0,0001$ .

Среди изученных социально-психологических факторов риска возникновения суицидальности у пациентов с алкогольной зависимостью и невротическими расстройствами обнаружена статистическая достоверность ( $p<0,05$ ) для ряда факторов. К ним относятся: дисбаланс образовательного уровня родителей; семейное воспитание в бессистемных условиях, а также в условиях гипоопеки; крайние уровни материального статуса родительской семьи, как низкий, так и высокий; возбудимые черты характера в детстве; отрицательное отношение к детскому дошкольному учреждению; острые и хронические психотравмирующие ситуации в раннем детстве; нарушения отношений в учеб-

The data obtained make it possible to identify such variants of the formation of suicidal behavior in the studied contingent as *hyposthenic*, reflected in factor 1 (associated with asthenic manifestations, decreased mood), *stenic*, reflected in factor 3 (associated with dysphoricity, aggressive behavior, as well as with sleep disorders), and a separate variant associated with *communication disorders* and painful loneliness, reflected in factor 2. At the same time, autonomic disorders that have found a close relationship with suicidality can be almost equally manifested both in stenic and in the hyposthenic variant.

The severity of anxiety-depressive symptoms statistically reliably prevailed among patients with suicidal thoughts when using all the methods used in the study. The most significant differences were obtained in relation to the Beck Depression Scale – the indicator reached 18 (12; 24) points vs. 11 (8; 15) points in the absence of suicidal thoughts,  $Z = -4.24$ ;  $p<0.0001$ .

Among the studied socio-psychological risk factors for suicidality in patients with alcohol addiction and neurotic disorders, statistical significance ( $p<0.05$ ) was found for a number of factors. These include: an imbalance in the educational level of parents; family education in unsystematic conditions, as well as in conditions of hypo-care; extreme levels of the financial status of the parental family, both extremely low and extremely high; excitable personality traits in childhood; negative attitude towards kindergarten; acute and chronic traumatic situations in early childhood; violation of relations in the educational team in the form of conflicts or loneli-

ном коллективе в виде конфликтов либо одиночества пациента; специфика направленности интересов подросткового возраста, связанная с интересом к компьютеру, виртуальным играм, потреблению психоактивных веществ (ПАВ) и с отсутствием интереса к различным хобби, в том числе коммуникативным; хронические психотравмы подросткового возраста; наличие актуальных психотравм острого и хронического характера.

По выраженности относительного риска данные факторы распределились следующим образом (табл. 2).

ness of the patient; the specificity of the orientation of interests of adolescence, associated with an interest in a computer, virtual games, the consumption of psychoactive substances (PAS) and with a lack of interest in various hobbies, including those that involve communication; chronic psycho-trauma of adolescence; the presence of actual psychotraumas of acute and chronic nature.

According to the severity of the relative risk, these factors were distributed as follows (Table 2).

Таблица 2 / Table 2

Социально-психологические факторы суицидального риска  
Socio-psychological factors of suicidal risk

Фактор / Factor		Относительный риск Relative Risk (RR):
1.	Актуальные хронические психотравмы, факт наличия независимо от субъективной значимости <i>Actual chronic psychotraumas, the fact of their presence, regardless of the subjective significance</i>	3,59
2.	Интересы подросткового возраста, связанные с компьютером <i>Computer-related interests during adolescence</i>	2,94
3.	Одиночество в учебном коллективе <i>Loneliness in the educational institution</i>	2,92
4.	Отсутствие в подростковом возрасте интересов, связанных с хобби <i>Lack of hobby interests during adolescence</i>	2,52
5.	Интересы подросткового возраста, связанные с употреблением ПАВ <i>Interests of adolescence associated with the use of psychoactive substances</i>	2,42
6.	Высокий материальный уровень родительской семьи <i>High financial status of the parental family</i>	2,36
7.	Хронические психотравмы в подростковом возрасте <i>Chronic psychotraumas during adolescence</i>	2,35
8.	Низкий материальный уровень родительской семьи <i>Low financial status of the parental family</i>	2,26
9.	Возбудимые черты характера в детстве <i>Excitable personality traits in child years</i>	2,22
10.	Отрицательное отношение к детскому дошкольному учреждению <i>Negative attitude towards visiting kindergarten</i>	2,11
11.	Интересы подросткового возраста, связанные с компьютерными играми <i>Computer gaming interests during adolescence</i>	2,11
12.	Бессистемные условия воспитания в семье <i>Unsystematic family bringing-up conditions</i>	2,08
13.	Конфликтные отношения в учебном коллективе <i>Conflict relations in the educational institution</i>	2,07
14.	Актуальные острые психотравмы высокой субъективной значимости <i>Actual acute psychotraumas of high subjective significance</i>	2,06
15.	Острые психотравмы в раннем детстве <i>Acute psychotrauma in early childhood</i>	1,99
16.	Хронические психотравмы в раннем детстве <i>Chronic psychotraumas in early childhood</i>	1,86
17.	Воспитание в семье в условиях опеки <i>Нурo care family bringing-up</i>	1,85
18.	Отсутствие в подростковом возрасте интересов, связанных с общением с друзьями <i>Lack of interests during adolescence related to communication with friends</i>	1,76
19.	Дисбаланс образовательного уровня родителей, с более высоким уровнем образования у матери по сравнению с отцом / <i>Imbalance in the educational level of parents, with a higher level of education of the mother compared to the father</i>	1,63

Как видно из представленных данных, наиболее значимым фактором суицидального риска выступает наличие актуальной психотравмирующей ситуации хронического характера, при этом не играет роли субъективная значимость данной психотравмы (и при низкой, и при высокой значимости хронической психотравмы уровень выявления суицидальных мыслей – более 40%, при 11,8% у пациентов, отрицающих наличие актуальных хронических психотравм;  $\chi^2=11,70$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0029$ ).

Удельный вес пациентов, отметивших компьютер как объект основных интересов подросткового возраста, сравнительно невелик (14,5% всех обследованных). При этом данная группа пациентов обнаруживает крайне высокую частоту наличия суицидальных мыслей (77,8% vs. 26,4% при отсутствии компьютера в сфере основных подростковых интересов;  $\chi^2=17,30$ ;  $df=1$ ;  $p=0,00003$ ).

Ещё менее распространённым среди обследованных был фактор отчуждённых отношений с одноклассниками, одиночества в школьном коллективе (9,7%). Обнаруженная распространённость суицидальных мыслей в данной группе – 83,3% vs. 28,5% при других типах взаимоотношений с одноклассниками;  $\chi^2=27,47$ ;  $df=4$ ;  $p=0,00002$ ).

*Наличие хобби* в подростковом возрасте, занимающего ведущее место в сфере интересов, проявило себя как фактор снижения суицидального риска – обнаружение суицидальных мыслей в 15,4% случаев vs. 38,8% среди обследованных без подростковых хобби-реакций ( $\chi^2=5,56$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0183$ ).

6,5% пациентов назвали в сфере ведущих подростковых интересов употребление ПАВ. Распространённость суицидальных мыслей среди данных пациентов составила 75,0% vs. 31,0% в остальной части выборки ( $\chi^2=6,46$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0110$ ).

79,0% обследованных оценили уровень достатка родительской семьи как «средний». При этом достаточно редко встречающиеся отклонения от данной оценки, как в одну («низкий»), так и в другую сторону («высокий»), существенно повышают суицидальный риск. Среди лиц из высоко обеспеченных семей (12,9% всех обследованных) распространённость суицидальных мыслей выявлена на уровне 62,5% vs. 26,5% при среднем материальном уровне (в целом  $\chi^2=11,26$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0036$ ).

Психотравмы подросткового возраста статистически достоверно влияют на уровень распространённости суицидальных мыслей только в том случае, если данные психотравмы носили затяжной, хронический характер (достоверного воздействия острых подростковых психотравм на показатель суицидальности в исследовании не выявлено). Пациенты, перенесшие хро-

As can be seen from the data presented, the most significant factor of suicidal risk is the presence of an actual traumatic situation of a chronic nature, while the subjective significance of this psychotrauma does not play a role (both with low and high significance of chronic psychotrauma, the level of detection of suicidal thoughts among such patients exceeds 40%, compared with 11.8% in patients who deny the presence of actual chronic psychotraumata;  $\chi^2=11.70$ ;  $df=2$ ;  $p=0.0029$ ).

The proportion of patients who noted the computer as the object of the main interests during their adolescent years is relatively small (14.5% of all surveyed). At the same time, this group of patients reveals an extremely high frequency of suicidal thoughts (77.8% vs. 26.4% for those who were not that interested in a computer while being a teenager;  $\chi^2=17.30$ ;  $df=1$ ;  $p=0.00003$ ).

Even less common among those surveyed was the factor of alienated relationships with classmates, loneliness at school (9.7%). The found prevalence of suicidal thoughts in this group was 83.3% vs. 28.5% among those who had different types of relationships with their classmates;  $\chi^2=27.47$ ;  $df=4$ ;  $p=0.00002$ ).

The presence of a hobby during adolescence, which occupies a leading place in the sphere of interests, proved to be a reducing suicidal risk factor – suicidal thoughts were detected in 15.4% of cases vs. 38.8% among those surveyed without adolescent hobby interests ( $\chi^2=5.56$ ;  $df=1$ ;  $p=0.0183$ ).

6.5% of patients named the use of surfactants as the sphere of their leading teenage interests. The prevalence of suicidal thoughts among such patients was 75.0% vs. 31.0% in the rest of the sample ( $\chi^2=6.46$ ;  $df=1$ ;  $p=0.0110$ ).

79.0% of the surveyed assessed the level of income of the parental family as “average”. At the same time, rather rare deviations from this assessment, both in one (“low”) and in the other direction (“high”), significantly increased the suicidal risk. Among people from wealthy families (12.9% of all surveyed), the prevalence of suicidal thoughts was revealed at 62.5% vs. 26.5% with an average financial level (on the whole  $\chi^2=11.26$ ;  $df=2$ ;  $p=0.0036$ ).

Psychotraumata of adolescence have a statistically significant effect on the prevalence of suicidal thoughts only if the trauma data were of a protracted, chronic nature (the study did not reveal a significant effect of acute adolescent psychotraumata on the suicidality rate). Patients who underwent chronic psychotrauma in adolescence reveal suicidal thoughts in 60.0% of cases vs. 25.5% among patients



нические психотравмы в подростковом возрасте, обнаруживают суицидальные мысли в 60,0% случаев vs. 25,5% среди пациентов, отрицающих данные ситуации ( $\chi^2=11,58$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0007$ ).

Низкий материальный уровень родительской семьи отметили 8,1% обследованных; распространённость суицидальных мыслей в данной подгруппе – 60,0% vs. 26,5% при среднем материальном уровне (статистическая значимость приведена выше).

Следующим по выраженности относительного риска возникновения суицидальных мыслей фактором стал фактор преобладания возбудимых черт характера в детском возрасте. Показатель при наличии данного фактора выявлен в 55,6% случаев vs. 28,6% у носителей тормозимых черт и 23,3% при уравновешенном характере в детстве ( $\chi^2=10,88$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0043$ ).

Определённым защитным фактором в отношении возникновения суицидальных мыслей может выступать хорошая адаптация в детском коллективе в условиях дошкольного учреждения. В данном случае, при положительном отношении к посещению ДДУ показатель составил 20,6% vs. 42,9% при нейтральном отношении и предположительно среднем уровне адаптации, 50,0% при отсутствии посещения ДДУ и 62,5% при отрицательном отношении (предположительно низкой адаптации в дошкольном коллективе);  $\chi^2=13,61$ ;  $df=3$ ;  $p=0,0035$ .

Концентрация основных подростковых развлечений в виртуальном мире (компьютерные игры, развлекательные Интернет-сайты) связана с повышенной частотой возникновения суицидальных мыслей – в 62,5% случаев vs. 29,6% при отсутствии фактора;  $\chi^2=6,72$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0095$ ).

При бессистемности условий воспитания в семье (нечёткость предъявляемых требований, поощрений и наказаний, воспитание «под влиянием настроения») в дальнейшем обнаруживается наличие суицидальных мыслей в 58,3% случаев vs. 28,0% при иных типах семейного воспитания ( $\chi^2=14,91$ ;  $df=5$ ;  $p=0,0108$ ).

Нарушения школьной адаптации, проявляющиеся в конфликтных отношениях в учебном коллективе, приводят к значению исследуемого показателя в 66,7% vs. 32,2% при других типах взаимоотношений с одноклассниками; статистическая значимость приведена выше.

В качестве последнего фактора, связанного с высоким ( $RR>2,0$ ) суицидальным риском, в проведённом исследовании выявлен фактор наличия актуальных психотравмирующих ситуаций острого характера высокой субъективной значимости. При воздействии фактора наличие суицидальных мыслей выявлено в 44,1% случаев vs. 31,6% при острых психотравмах низкой значимости и 0,0% при отсутствии острых психотравм ( $\chi^2=18,04$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0001$ ).

denying these situations ( $\chi^2=11,58$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0007$ ).

The low financial level of the parental family was noted by 8.1% of the surveyed; the prevalence of suicidal thoughts in this subgroup reached 60.0% vs. 26.5% with an average financial level (the statistical significance is given above).

The factor of the prevalence of excitable character traits in childhood became the next factor in the severity of the relative risk of suicidal thoughts. The indicator in the presence of this factor was revealed in 55.6% of cases vs. 28.6% among carriers of inhibited traits and 23.3% with a balanced character in child years ( $\chi^2=10,88$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0043$ ).

A certain protective factor in relation to the occurrence of suicidal thoughts can be good adaptation in the peer team in a preschool institution. In this case, attending kindergarten with a positive attitude associated with 20.6% suicidal ideation prevalence vs. 42.9% when the attitude was neutral and level of adaptation was presumably average, followed with 50.0% for those who didn't attend any preschool institutions and 62.5% for those who had negative attitude (presumably low adaptation in the preschool);  $\chi^2=13,61$ ;  $df=3$ ;  $p=0,0035$ .

Concentration of leading teenage interests in the virtual world (computer games, entertainment Internet sites) is associated with an increased frequency of suicidal thoughts – 62.5% of cases versus 29.6% in the absence of that factor;  $\chi^2=6,72$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0095$ ).

When the conditions of upbringing in the family are unsystematic (unclear requirements, rewards and punishments, mood-influenced upbringing), the presence of suicidal thoughts is subsequently revealed in 58.3% of cases vs. 28.0% with other types of family education ( $\chi^2=14,91$ ;  $df=5$ ;  $p=0,0108$ ).

Disorders of school adaptation, manifested in conflict relations in the educational team, bring the studied indicator to 66.7% vs. 32.2% for other types of relationships with classmates; the statistical significance is given above.

As the last factor associated with a high ( $RR>2,0$ ) suicidal risk, the study identified the factor of the presence of acute psychotraumatic situations of high subjective significance. Under the influence of the factor, the presence of suicidal thoughts was revealed in 44.1% of cases vs. 31.6% in the case of acute psychotraumas of low significance and 0.0% in the absence of acute psychotraumas ( $\chi^2=18,04$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0001$ ).

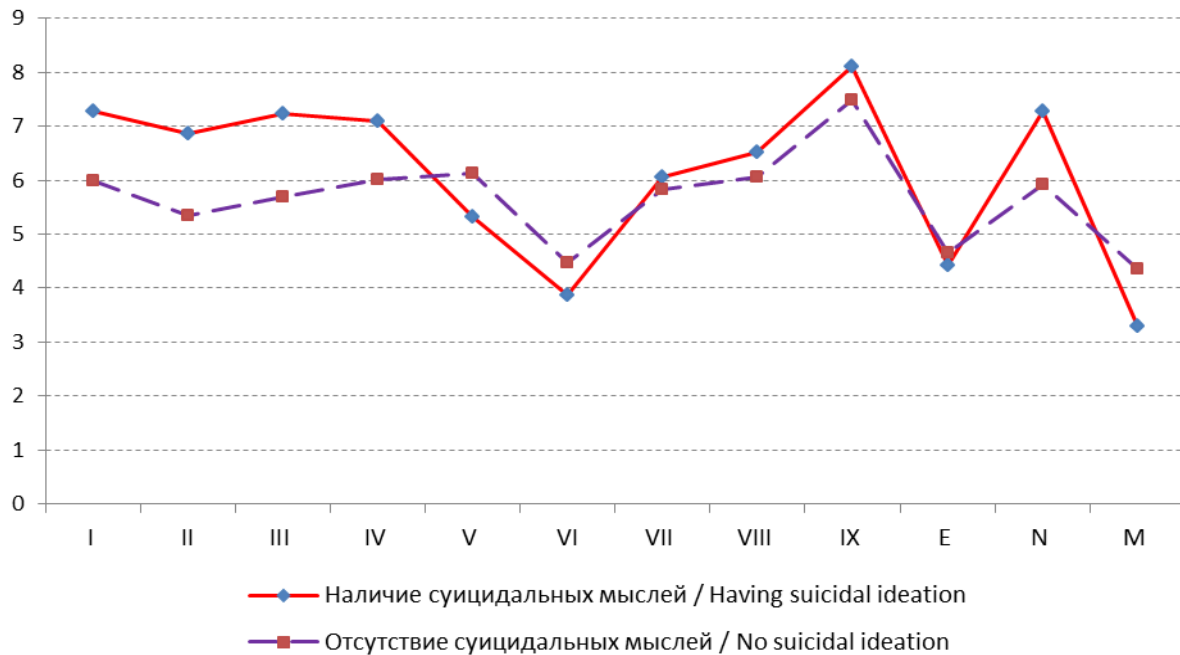


Рис. 1 / Fig. 1. Характерологические особенности при наличии и отсутствии суицидальных мыслей (по вертикальной оси приведены усредненные значения в баллах по шкалам FPI) / Characteristic features in the presence and absence of suicidal thoughts (the vertical axis shows averaged values in points on the FPI scales). Показатели Шкалы / Scale indicators: I – невротичность / neuroticity, II – спонтанная агрессивность / spontaneous aggressiveness, III – депрессивность / depression, IV – раздражительность / irritability, V – общительность / sociability, VI – уравновешенность / balanced personality, VII – реактивная агрессивность / reactive aggressiveness, VIII – застенчивость / shyness, IX – открытость / openness, E – экстраверсия / extraversion, N – эмоциональная лабильность / emotional lability, M – маскулинизм-феминизм / masculinism-feminism.

Средний уровень суицидального риска (1,0<RR<2,0) был установлен в исследовании для факторов: острых и хронических психотравм, перенесённых в раннем детском возрасте (52,9% vs. 26,7%,  $\chi^2=7,61$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0058$  и 54,5% vs.29,4%,  $\chi^2=5,10$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0239$  соответственно); условий воспитания по типу гипоопеки (57,1% vs. 30,9% при иных типах семейного воспитания, статистическая значимость приведена выше); отсутствия в сфере преобладающих интересов подросткового возраста коммуникаций со сверстниками (40,0% vs. 22,7% при наличии данных интересов,  $\chi^2=3,92$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0478$ ); дисбаланса образовательного уровня родителей с более высоким уровнем матери по сравнению с отцом (47,1% vs. 30,0% при одинаковом уровне и 0,0% при более высоком уровне образования отца,  $\chi^2=8,46$ ;  $df=3$ ;  $p=0,0373$ ).

Таким образом, приведённая модель социально-психологических факторов суицидального риска позволяет выделять среди пациентов с аддиктивной и невротической патологией группы риска, для проведения вмешательств суицидальной превенции.

На рис. 1 приведены усредненные профили характерологических особенностей пациентов с наличием и с отсутствием выявленных суицидальных мыслей в

The average level of suicidal risk (1.0<RR<2.0) was established in the study for the following factors: acute and chronic psychotraumas experienced in early childhood (52.9% vs. 26.7%,  $\chi^2=7.61$ ;  $df=1$ ;  $p=0.0058$  and 54.5% vs. 29.4%,  $\chi^2=5.10$ ;  $df=1$ ;  $p=0.0239$ , respectively); conditions of upbringing according to the type of hypo-care (57.1% vs. 30.9% with other types of family upbringing, the statistical significance is given above); lack of communication with peers in the sphere of predominant interests of adolescence (40.0% vs. 22.7% if there was such interest,  $\chi^2=3.92$ ;  $df=1$ ;  $p=0.0478$ ); imbalance in the educational level of parents with a higher level of the mother compared to the father (47.1% vs. 30.0% at the same level and 0.0% at a higher level of education of the father,  $\chi^2=8.46$ ;  $df=3$ ;  $p=0.0373$ ).

Thus, the given model of socio-psychological factors of suicidal risk makes it possible to distinguish risk groups among patients with addictive and neurotic pathology for carrying out suicidal prevention interventions.

Fig. 1 shows the averaged profiles of the characterological characteristics of patients with and without a history of identified sui-

анамнезе.

По убыванию уровня статистической достоверности различий пациенты с суицидальными мыслями отличаются характерологическими чертами: депрессивности (в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде); эмоциональной лабильности (связанной с неустойчивостью эмоционального состояния, частыми колебаниями настроения, повышенной возбудимостью, раздражительностью, недостаточной саморегуляцией); невротичности (в данном случае шкала опросника ориентирована на выявление астенизации и психосоматических нарушений). Различия по данным параметрам выявляются при уровне статистической достоверности  $p < 0,001$ . В меньшей степени, на уровне статистической достоверности различий  $p < 0,01$ , на формирование у пациентов суицидальных мыслей могут влиять черты спонтанной агрессивности (психопатизации интротенсивного типа, импульсивного поведения). При этом черты реактивной агрессивности, психопатизации экстратенсивного типа, проявляющейся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным стремлением к доминированию, не обнаружили в данном исследовании связи с суицидальностью. При том же уровне достоверности ( $p < 0,01$ ) могут повышать суицидальный риск черты раздражительности (свидетельствующие о неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию).

В качестве защитных характерологических черт проявили себя общительность (показатель, характеризующий как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности) и маскулинность (протекание психической деятельности преимущественно по мужскому типу). Определённую защитную роль могут играть и черты уравновешенности (в данном случае понятие связывается со стрессоустойчивостью, хорошей защищённостью к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, базирующейся на уверенности в себе, оптимистичности и активности). Однако межгрупповые различия не достигают уровня статистической достоверности.

Так же, как и при анализе взаимосвязей суицидальных мыслей с основной симптоматикой, во взаимосвязях показателя с характерологическими особенностями выявляется определённая полиморфность, позволяющая предположить наличие различных вариантов данных взаимосвязей. С целью выделения предполагаемых вариантов в группе пациентов с суицидальными мыслями проведён факторный анализ показателей, обнаруживших статистически достоверные взаимосвязи с суицидальностью. Результаты анализа приведены в табл. 3.

cidal thoughts.

In descending order of the level of statistical significance of differences, patients with suicidal thoughts differ in the following characterological features: depression (in the emotional state, in behavior, in attitudes towards oneself and towards the social environment); emotional lability (associated with the instability of the emotional state, frequent mood swings, increased excitability, irritability, insufficient self-regulation); neuroticity (in this case, the scale of the questionnaire is focused on identifying asthenization and psychosomatic disorders). Differences in these parameters are revealed at the level of statistical significance  $p < 0.001$ . To a lesser extent, at the level of statistical significance of the differences of  $p < 0.01$ , the formation of suicidal thoughts in patients can be influenced by the traits of spontaneous aggression (psychopathization of the intensive type, impulsive behavior). At the same time, the features of reactive aggressiveness, psychopathization of the extra-intensive type, manifested by an aggressive attitude towards the social environment and a pronounced desire for domination, were not found in this study of a connection with suicidality. At the same level of reliability ( $p < 0.01$ ), the suicidal risk of irritability traits (indicating unstable emotional state with a tendency to an affective response) can increase.

Sociability (an indicator characterizing both potential opportunities and real manifestations of social activity) and masculinity (the course of mental activity predominantly according to the male type) showed themselves as protective characterological traits. Balanced personality traits can also play a certain protective role (in this case, the concept is associated with stress resistance, good protection against the effects of stress factors in ordinary life situations, based on self-confidence, optimism and activity). However, intergroup differences do not reach the level of statistical significance.

Just as in the analysis of the interrelationships of suicidal thoughts with the main symptoms, a certain polymorphism is revealed in the interrelationships of the indicator with characterological features, which makes it possible to assume the presence of different variants of these relationships. In order to isolate the presumed variants in the group of patients with suicidal thoughts, a factor analysis of the indicators that revealed statistically significant relationships with suicidality was carried out. The analysis results are shown in Table. 3.

Таблица 3 / Table 3

Факторный анализ характерологических черт, взаимосвязанных с суицидальными мыслями у пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами / Factor analysis of characterological traits interrelated with suicidal thoughts in patients with addictive and neurotic disorders

Factor Loadings (Varimax raw) / Extraction: Principal components Marked loadings are >0,7	Фактор / Factor 1	Фактор / Factor 2	Фактор / Factor 3
Шкала I / Scale (невротичность) / (neuroticity)	-0,020250	0,912684	-0,174974
Шкала II (спонтанная агрессивность) / (spontaneous aggressiveness)	0,955465	0,178167	-0,068227
Шкала III (депрессивность) / (depression)	0,409161	0,830521	-0,244095
Шкала IV (раздражительность) / (irritability)	0,750830	0,359545	0,008429
Шкала V (общительность) / (sociability)	-0,142645	-0,118995	0,950894
Шкала N (эмоциональная лабильность) / (emotional lability)	0,469237	0,833072	-0,145153
Шкала M (маскулинизм-феминизм) / (masculinism-feminism)	0,240429	-0,663145	0,589501
Expl.Var	1,508346	3,266177	1,367705
Prp.Totl	0,215478	0,466597	0,195386

Исходя из полученных результатов, можно выделить стеничный вариант формирования суицидальности (отражённый в факторе 1 и связанный с чертами спонтанной агрессивности и раздражительности), гипостеничный (фактор 2, черты невротичности, депрессивности и эмоциональной лабильности), а также отдельный вариант, связанный с незрелостью черт общительности (фактор 3). Данные результаты подтверждают полученные ранее, с выделением трёх сходных вариантов на основе взаимосвязей с симптоматикой пациентов.

Таким образом, при персонализации вмешательств по профилактике суицидального поведения среди пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами представляется целесообразным учитывать вариант формирования суицидальности – стеничный, гипостеничный, либо связанный с тягостным для пациента одиночеством.

Среди различных психотерапевтических методик с доказанной эффективностью, используемых как в целом при основном заболевании, так и для решения отдельных задач терапии, в данном случае – для профилактики суицидального поведения, нами была выбрана методика когнитивной копинг-терапии (cognitive-coping therapy) [24]. В нашей модификации (Воеводин И.В., Бохан Н.А., 2015), методика предполагает оценку 12 возможных иррациональных когнитивных установок и 19 векторов адаптивного либо неадаптивного копинга, сгруппированных в 9 модулей [25].

Результаты сравнительного анализа рациональности когнитивного стиля в группах пациентов с наличием и отсутствием суицидальных мыслей позволили установить значение в формировании суицидальности трёх иррациональных установок: внешнего локуса контроля – показатель 16 (14; 19) баллов vs. 19 (17; 23),  $Z=4,04$ ;  $p=0,0001$ , низкой фрустрационной толерантности – 27 (23; 32) vs. 32 (25; 35),  $Z=2,72$ ;  $p=0,0064$  и неспособности к отсроченному гедонизму – 15 (13; 20) vs. 18 (15; 21),  $Z=2,17$ ;  $p=0,0303$ .

Based on the results obtained, it is possible to distinguish the sthenic variant of the formation of suicidality (reflected in factor 1 and associated with traits of spontaneous aggressiveness and irritability), hyposthenic (factor 2, traits of neuroticity, depression and emotional lability), as well as a separate variant associated with the underdevelopment of sociability traits (factor 3). These results confirm those obtained earlier, with the allocation of three similar options based on relationships with patient symptomatology.

Thus, when personalizing interventions for the prevention of suicidal behavior among patients with addictive and neurotic disorders, it seems appropriate to take the variant of the formation of suicidality into account – stenic, hyposthenic, or associated with loneliness painful for the patient.

Among the various psychotherapeutic techniques with proven efficacy, used both in general for the underlying disease and for solving individual problems of therapy, in this case, for the prevention of suicidal behavior, we have chosen the technique of cognitive-coping therapy [24]. In our modification (Voevodin I.V., Bokhan N.A., 2015), the technique involves the assessment of 12 possible irrational cognitive attitudes and 19 vectors of adaptive or non-adaptive coping, grouped into 9 modules [25].

The results of a comparative analysis of the rationality of the cognitive style in groups of patients with and without suicidal thoughts allowed us to establish the significance of three irrational attitudes in the formation of suicidality: the external locus of control – an indicator of 16 (14; 19) points vs. 19 (17; 23),  $Z=4,04$ ;  $p=0,0001$ , low frustration tolerance – 27 (23; 32) vs. 32 (25; 35),  $Z=2,72$ ;  $p=0,0064$  and inability to delayed hedonism – 15 (13; 20) vs. 18 (15; 21),  $Z=2,17$ ;  $p=0,0303$ .

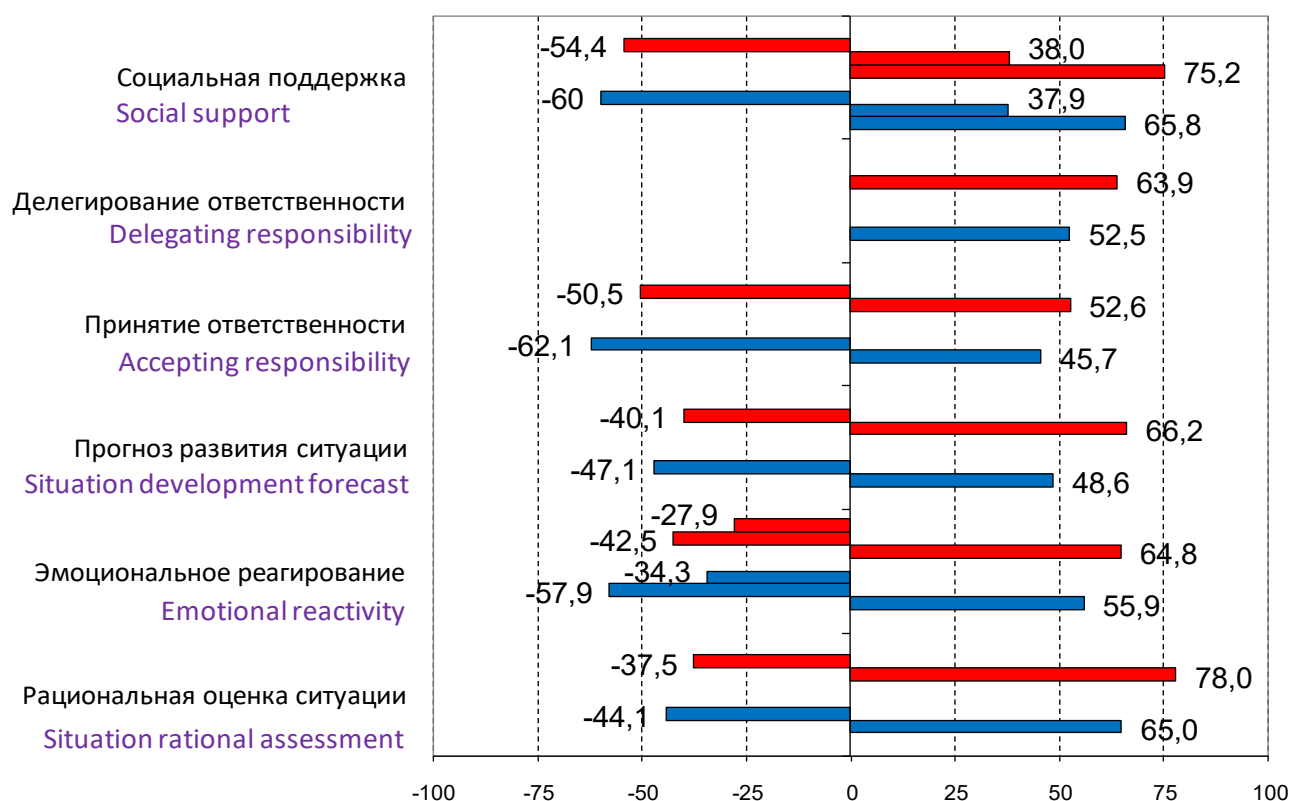


Рис. 2 / Fig. 2. Копинг-стиль пациентов с наличием и с отсутствием суицидальных мыслей (пояснения в тексте) / Coping style of patients with and without suicidal thoughts (explanations in the text).

Межгрупповые отличия копинг-стиля выявлены в 6 модулях. В модуле «Рациональная оценка стрессовой ситуации» – статистически достоверно, при  $Z=3,31$ ;  $p=0,0009$ , в группе пациентов с наличием суицидальных мыслей снижено значение адаптивного вектора «готовность к оценке» (на рис. 2 усреднённые результаты данной группы в баллах обозначены синим цветом, группы пациентов без суицидальных мыслей – красным; адаптивные векторы направлены вправо, неадаптивные – влево). В модуле «Эмоциональное реагирование на ситуацию» группа с суицидальными мыслями характеризуется большей выраженностью неадаптивного вектора «отчаяние» (при  $Z=-1,98$ ;  $p=0,0475$ ); в модуле «Прогноз развития ситуации» в рассматриваемой группе обнаружена низкая выраженность адаптивного вектора «уверенность» (при  $Z=2,33$ ;  $p=0,0196$ ); модуль «Принятие ответственности» характеризуется для пациентов с суицидальными мыслями более выраженным неадаптивным вектором «возмущение» (при  $Z=-2,00$ ;  $p=0,0454$ ); также, в меньшей степени выражены адаптивные векторы копинга, связанные с готовностью делегировать часть ответственности за решение проблем (при  $Z=2,49$ ;  $p=0,0129$ ) и готовности воспринимать социальную поддержку (при  $Z=1,98$ ;  $p=0,0477$ ).

Таким образом, при проведении когнитивной ко-

Intergroup differences in coping style were identified in 6 modules. In the "Rational assessment of a stressful situation" module for the group of patients with the presence of suicidal thoughts the value of the adaptive vector "readiness for assessment" is statistically significantly reduced, with  $Z=3.31$ ;  $p=0.0009$ , (in Fig. 2, the averaged results of this group in points are marked in blue, and for groups of patients without suicidal thoughts they are in red; adaptive vectors are directed right, non-adaptive are directed left). In the "Emotional response to the situation" module the group with suicidal thoughts is characterized with a greater severity of the non-adaptive vector "despair" (with  $Z=-1.98$ ;  $p=0.0475$ ); in the module "Forecast of the development of the situation" for the group under consideration, a low intensity of the adaptive vector "confidence" was found (at  $Z=2.33$ ;  $p=0.0196$ ); the "Acceptance of responsibility" module for patients with suicidal thoughts is characterized with a more pronounced non-adaptive vector "indignation" (at  $Z=-2.00$ ;  $p=0.0454$ ); also, adaptive coping vectors associated with the willingness to delegate part of the responsibility for solving problems (at  $Z=2.49$ ;  $p=0.0129$ ) and the readiness to perceive social support (at  $Z=1.98$ ;

пинг-терапии у пациентов с повышенным суицидальным риском целесообразно сделать акцент на указанных иррациональных установках и копинг-стратегиях.

Заключение.

Профилактика суицидального поведения среди молодых пациентов с алкогольной зависимостью и невротическими тревожно-депрессивными расстройствами является одной из актуальных задач терапии, вследствие высокой распространённости суицидальных мыслей в данном контингенте. При этом в качестве группы риска следует рассматривать пациентов с коморбидными состояниями, с определёнными характерологическими особенностями, с проявлениями социально-психологического неблагополучия (перенесённые психотравмирующие ситуации, негармоничные условия воспитания в детстве, нарушения адаптации в дошкольном и учебном коллективах, специфика преобладающих интересов в подростковом возрасте – с концентрацией в «виртуальном мире», при неразвитости хобби-реакций и реакций коммуникации со сверстниками).

В формировании суицидальности можно предположить три основных варианта (стенный, гипостенный и связанный с тягостным одиночеством). Данные варианты проявляются как на уровне характерологических черт (спонтанная агрессивность с раздражительностью, либо эмоциональная лабильность со склонностью к депрессивности, либо неразвитость черт общительности), так и на уровне симптоматики, наблюдаемой в клинической картине (дисфория с агрессивными проявлениями, либо астенизация с гипотимией, либо коммуникативные нарушения с тягостным одиночеством). Вариант формирования суицидальности следует учитывать при персонализации психотерапевтических вмешательств. В качестве одного из решений задачи профилактики суицидального поведения может быть использована методика когнитивной копинг - терапии, предполагающая выявление и коррекцию иррациональных когнитивных установок (в первую очередь внешнего локуса контроля, низкой фрустрационной толерантности и неспособности к отсроченному гедонизму), с формированием адаптивного копинг - стиля (с акцентами на готовность к рациональной оценке стрессоров, продуктивное взаимодействие с окружением и навыки эмоциональной саморегуляции).

Литература / References:

1. Святогор М.В., Лащлес П.Р. Факторы, ассоциированные с суицидальным поведением молодежи (на примере студентов медицинского ВУЗа). *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2019; 12: 42-46. [Svyatogor M.V., Latsples P.R. Factors associated with suicidal behavior of youth (on the exam-

p=0.0477).

Thus, when conducting cognitive coping therapy in patients with an increased suicidal risk, it is advisable to focus on the indicated irrational attitudes and coping strategies.

Conclusions

Prevention of suicidal behavior among young patients with alcohol addiction and neurotic anxiety-depressive disorders is one of the urgent tasks of therapy due to the high prevalence of suicidal thoughts in this contingent. Plus, patients with comorbid conditions, with certain characterological characteristics, as well as with manifestations of socio-psychological ill-being (transferred psychotraumatic situations, inharmonious conditions of education in childhood, adaptation disorders in preschool and educational groups), and the specifics of the predominant interests in the "virtual world" during adolescence, with the underdevelopment of hobby reactions and reactions of communication with peers) should also be considered as a risk groups.

In the formation of suicidality, three main options can be assumed (stenic, hyposthenic and associated with painful loneliness). These options are manifested both at the level of characterological traits (spontaneous aggressiveness with irritability, or emotional lability with a tendency to depression, or underdevelopment of sociability traits), and at the level of symptoms observed in the clinical picture (either dysphoria with aggressive manifestations, or asthenization with hypothyria, or communication disorders with painful loneliness). The variant of the formation of suicidality should be taken into account when personalizing psychotherapeutic interventions. As one of the solutions to the problem of preventing suicidal behavior, the method of cognitive coping therapy can be used, which involves the identification and correction of irrational cognitive attitudes (primarily the external locus of control, low frustration tolerance and inability to delayed hedonism), with the formation of an adaptive coping style (with emphasis on readiness for a rational assessment of stressors, productive interaction with the environment and the skills of emotional self-regulation).

ple of medical university students). *Bulletin of neurology, psychiatry and neurosurgery*. 2019; 12: 42-46.] (In Russ)  
2. Blasco M.J., Vilagut G., Alayo I., Almenara J., Cebrià A.I., Echeburúa E., Gabilondo A., Gili M., Lagares C., Piqueras J.A., Roca M., Soto-Sanz V., Ballester L., Urdangarin A., Bruffaerts R., Mortier P., Auerbach R.P., Nock M.K., Kessler R.C., Alonso J. First-onset and persistence of suicidal ideation in university stu-

- dents: A one-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 256: 192-204.
3. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Мандель А.И., Аболонин А.Ф. Суицидальное и парасуицидальное рискованное поведение среди высокообразованной молодежи: дихотомия формирования и дифференцированные возможности когнитивно-поведенческой копинг-терапии. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 27-35. [Bokhan N.A., Voevodin I.V., Mandel A.I., Abolonin A.F. Suicidal and parasuicidal risk-taking behaviour among the highly educated young people: dichotomy of forming and differentiated abilities of cognitive-behavioural coping-therapy. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 27-35.] (In Russ)
  4. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Аутодеструктивность в формировании аддиктивных и невротических расстройств: суицидальное и рискованное поведение. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2016; 1: 59-65. [Bokhan N.A., Voevodin I.V. Self-destruction in the formation of addictive and neurotic disorders: suicidal and risk-taking behaviour. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016; 1: 59-65.] (In Russ)
  5. Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Клинические особенности подпороговой депрессии у подростков в зависимости от пола. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019; 10 (2): 216-224. [Kupriyanova I.E., Dashieva B.A., Karaush I.S. Clinical Features of Subthreshold Depression in Adolescents, Depending on Gender. *Psychiatry, Psychotherapy, and Clinical Psychology*. 2019; 10 (2): 216-224.] (In Russ)
  6. Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Мандель А.И., Назарова И.Я., Стоянова И.Я. Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 50-59. [Bokhan N.A., Abolonin A.F., Mandel A.I., Nazarova I.A., Stoyanova I.Ya. Aggression and suicidal behavior of adolescents in various conditions of socialization. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 50-59.] (In Russ)
  7. Husain M.O., Umer M., Taylor P., Chaudhry N., Kiran T., Ansari S., Chaudhry I.B., Husain N. Demographic and psychosocial characteristics of self-harm: The Pakistan perspective. *Psychiatry Research*. 2019; 279: 201-206.
  8. Guo L., Wang W., Wang T., Li W., Gong M., Zhang S., Zhang W.-H., Lu C. Association of emotional and behavioral problems with single and multiple suicide attempts among Chinese adolescents: Modulated by academic performance. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 258: 25-32.
  9. Аксенов М.М., Гычев А.В., Белокрылова М.Ф., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Рудницкий В.А., Левчук Л.А., Костин А.К. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ "НИИПЗ" СО РАМН, 2009-2012 гг.). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 4 (79): 11-17. [Aksenov M.M., Gychev A.V., Belokrylova M.F., Semke V. Ya., Vetlugina T.P., Nikitina V.B., Perchatkina O.E., Rudnitsky V.A., Levchuk L.A., Kostin A.K. Stress resistance and desadaptation in non-psychotic mental disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSCI, 2009-2012). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 4 (79): 11-17.] (In Russ)
  10. Beckman K., Lindh A.U., Waern M., Stromsten L., Renberg E.S., Runeson B., Dahlin M. Impulsive suicide attempts among young people – A prospective multicentre cohort study in Sweden. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 243: 421-426.
  11. Peterson A.L., Chen J.I., Karver M.S., Labouliere C.D. Frustration with feeling: Latent classes of non-suicidal self-injury and emotion regulation difficulties. *Psychiatry Research*. 2019; 275: 61-70.
  12. Счастный Е.Д., Семке А.В., Рахмазова Л.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Невидимова Т.И., Розин А.И., Чернышева К.Г., Шепенев А.М., Шахурова Н.И. Биологические и клинико-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ "НИИПЗ" СО РАМН, 2009-2012 гг.). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 5 (80): 18-27. [Schastnyy E.D., Semke A.V., Rakhmazova L.D., Simutkin G.G., Lebedeva E.V., Nevidimova T.I., Rozin A.I., Chernysheva K.G., Shepenev A.M., Shakhurova N.I. Biological and clinical-social mechanisms of development of affective disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSCI, 2009-2012). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 5 (80): 18-27.] (In Russ)
  13. Andover M.S., Schatten H.T., Morris B.W., Miller I.W. Development of an Intervention for Nonsuicidal Self-Injury in Young Adults: An Open Pilot Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2015; 22 (4): 491-503.
  14. Счастный Е.Д., Бохан Т.Г., Бохан Н.А., Заикина М.Д., Терехина О.В. Стратегии поведения в ситуации болезни и средства, способствующие улучшению состояния у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии. *Сибирский психологический журнал*. 2017; 64: 120-133. [Schastnyy E.D., Bokhan T.G., Bokhan N.A., Zaikina M.D., Terekhina O.V. The behavior strategies in situations of disorder and measures contributing health conditions of patients with mental illnesses combined with comorbid depression syndrome). *Siberian Psychological Journal*. 2017; 64: 120-133.] (In Russ)
  15. Рыбакова К.В., Рыбакова Т.Г., Незнанов Н.Г., Ерышев О.Ф. Влияние коморбидных хронических депрессивных расстройств на формирование и течение алкогольной зависимости. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 113 (6-2): 27-32. [Rybakova K.V., Rybakova T.G., Neznanov N.G., Eryshev O.F. Effect of comorbid depression on the development and course of alcohol dependence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013; 113 (6-2): 27-32.] (In Russ)
  16. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. Child. Psychol. Psychiatry*. 2006; 47: 372-394.
  17. Sloan E., Hall K., Simpson A., Youssef G.J., Moulding R., Mildred H., Staiger P.K. An Emotion Regulation Treatment for Young People With Complex Substance Use and Mental Health Issues: A Case-Series Analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018; 25 (3): 427-441.
  18. Britton P.C., Patrick H., Wenzel A., Williams G.C. Integrating Motivational Interviewing and Self-Determination Theory With Cognitive Behavioral Therapy to Prevent Suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011; 18 (1): 16-27.
  19. Khosravani V., Mohammadzadeh A., Bastan F.S., Amirinezhad A., Amini M. Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 2019; 271: 351-359.
  20. Curry J.F., Wells K.C., Lochman J.E., Craighead W.E., Nagy P.D. Group and family cognitive behavior therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2001; 8 (4): 367-376.
  21. Overholser J.C. Cognitive-behavioral treatment of depression: A three-stage model to guide treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2003; 10 (3): 231-239.
  22. Мазурова Л.В., Стоянова И.Я., Бохан Н.А. Особенности адаптивно-защитного стиля у женщин с семейной созависимостью и алкогольной зависимостью. *Сибирский психологический журнал*. 2009; 31: 33-35. [Mazurova L.V., Stoyanova I.Ya., Bokhan N.A. Peculiarities of adaptive-defensive style in patients with family co-dependence and alcohol dependence. *Siberian Psychological Journal*. 2009; 31: 33-35.] (In Russ)
  23. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35-36. [Zotov P. B. Questions of identification of clinical forms and classification of suicidal behavior. *Academic journal of Western Siberia*. 2010; 3: 35-36.] (In Russ)
  24. Zhao H.Z., Wang C.H., Gao Z.Z., Ma J.D., Hu X.Z. Effectiveness of cognitive-coping therapy and alteration of resting-state brain function in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 208: 184-190.
  25. Воеводин И.В., Бохан Н.А. Когнитивно-поведенческая копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга). *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2015; 2: 42-50. [Voevodin I.V., Bokhan N.A. Cognitive-behavioral coping-prevention of addictive and affective disorders among the students (new approach to evaluation of irrational cognitions and coping). *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2015; 2: 42-50.] (In Russ)

## FORMATION OF SUICIDALITY AMONG YOUNG PATIENTS WITH ADDICTIVE AND NEUROTIC DISORDERS: SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS AND PSYCHOTHERAPY

N.A. Bokhan<sup>1,2</sup>,  
I.V. Voevodin<sup>1,3</sup>,  
A.I. Mandel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru

<sup>2</sup> Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru

<sup>3</sup> National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; email: i\_voevodin@list.ru

**Abstract:** The high prevalence of suicidal phenomena among young patients with addictive and neurotic disorders makes it necessary to include components of suicidal prevention in therapeutic programs. At the same time, among interventions with proven effectiveness, the leading place is taken by methods related to increasing the cognitive rationality and adaptability of the stress response. Aim: to substantiate the methodology for identified groups of suicidal risk and approaches to its prevention among young highly educated patients with addictive and neurotic pathology based on cognitive-coping therapy. Materials and methods: 124 young patients (aged 19-35, 56.5% male, 43.5% female) were examined, 72 of whom were alcohol addicted, 52 had neurotic anxiety and depressive disorders. Clinical and psychopathological, psychometric, and statistical methods were applied. Results: a history of suicidal thoughts was found in 25% of young patients with alcohol addiction and in 41.2% of patients with neurotic disorders. As groups of increased suicidal risk patients with comorbid conditions (both addictive and anxiety-depressive) are identified, as well as patients with manifestations of socio-psychological distress (psychotraumatic situations, inharmonious conditions of bringing-up in childhood, violations of adaptation in preschool and educational institutions, the specifics of prevailing interests during adolescence with concentration in the "virtual world", with underdeveloped hobby reactions and reactions of communication with peers) in both nosological groups. In the formation of suicidality in patients with addictive and neurotic disorders, three main variants (sthenic, hyposthenic, and associated with communicative incompetence) are identified by factor analysis. These variants are manifested both at the level of characterological traits, and at the level of symptoms observed in the clinical picture. The prevailing variant of suicidality formation should be taken into account when personalizing psychotherapeutic interventions. As one of the solutions to the problem of preventing suicidal behavior, the method of cognitive coping therapy can be used, which involves the identification and correction of irrational cognitive attitudes with the formation of an adaptive coping style of patients. The highest value for suicidal risk was found for cognitive distortions associated with external locus of control, low frustration tolerance, and inability to delay hedonism. Maladaptive coping style is primarily associated with a lack of readiness for rational assessment of stressors, inability to interact productively with the environment, and violations of emotional self-regulation. Conclusions: the identification of comorbidity of addictive and neurotic anxiety and depressive disorders, specific manifestations of socio-psychological distress and certain characterological traits in young patients indicates the need to include in the psychotherapeutic complex of measures to prevent suicide risk. The basis for these measures can be cognitive-coping therapy personalized for the leading variant of suicidality formation.

**Keywords:** suicidality, suicidal thoughts, alcohol dependence, anxiety and depressive disorders, social and psychological risk factors, cognitive-coping therapy

Вклад авторов:

*N.A. Bokhan:* формулировка концепции и структуры исследования, написание и редактирование текста статьи;

*I.V. Voevodin:* анализ литературы, получение данных для анализа, статистическая обработка и анализ результатов исследования, написание текста статьи;

*A.I. Mandel:* обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

*N.A. Bokhan:* formulation of the concept and structure of the study, article writing and correcting;

*I.V. Voevodin:* reviewing relevant publications, empirical research, statistical data processing, article writing;

*A.I. Mandel:* reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing.

**Финансирование:** Статья выполнена по основному плану НИР в рамках Государственного задания по теме: «Комплексное исследование клинико-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики». Номер государственной регистрации: АААА-А19-119020690013-2.

**Financing:** The article is carried out according to the basic plan of research within the framework of the State tasks "Comprehensive study of clinical and psychopathological patterns and pathobiological mechanisms of formation and progressivity of socially significant mental and behavioral disorders with the development of innovative methods of early diagnosis, personalized strategies for therapy and prevention". Number: АААА-А19-119020690013-2.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 26.01.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.06.2020.

Для цитирования: Бохан Н.А., Воеводин И.В., Мандель А.И. Формирование суицидальности у молодых пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами: социально-психологические факторы риска и психотерапия. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 66-81. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-66-81

For citation: Bokhan N.A., Voevodin I.V., Mandel A.I. Formation of suicidality among young patients with addictive and neurotic disorders: social and psychological risk factors, and psychotherapy. *Suicidology*. 2020; 11 (2): 66-81. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-66-81