

УДК: 616.895.1:616.89-008.441.44

doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-86-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92)

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С.Н. Васильева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастный, С.А. Иванова, Н.А. Бохан

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, г. Томск, Россия
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск, Россия

Контактная информация:

Васильева Светлана Николаевна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 3607-2437; ORCID iD: 0000-0002-0939-0856; Researcher ID: J-1696-2017). Место работы и должность: научный сотрудник отделения аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-38-24, электронный адрес: vasilievasn@yandex.ru

Симуткин Герман Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 6482-2439; ORCID iD: 0000-0002-9813-3789; Researcher ID: I-9405-2017). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-38-24, электронный адрес: ggsimutkin@gmail.com

Счастный Евгений Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6482-2439; ORCID iD: 0000-0003-2148-297X; Researcher ID: S-3674-2016). Место работы и должность: заведующий отделением аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-38-24, электронный адрес: evgeny.schastnyy@gmail.com

Иванова Светлана Александровна – доктор медицинских наук, профессор, (SPIN-код: 5776-1365; ORCID iD: 0000-0001-7078-323X; Researcher ID: C-5333-2012). Место работы и должность: заместитель директора по научной работе Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-31-77, электронный адрес: ivanovaniipz@gmail.com

Бохан Николай Александрович – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН (SPIN-код: 2419-1263; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X; Researcher ID: P-1720-2014). Место работы и должность: директор Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: bna909@gmail.com

Цель исследования: изучение влияния коморбидных психических расстройств на суицидальное поведение пациентов и клинично-динамические особенности биполярного аффективного расстройства (БАР). Материал. В психиатрическом стационаре был обследован 101 пациент с верифицированным диагнозом БАР. В изучаемой выборке преобладали ($p < 0,05$) лица женского пола ($n=72$; 71,3%), средний возраст женщин составил $45,1 \pm 13,2$, мужчин – $43,4 \pm 14,6$ года. Изучена нозологическая структура психических расстройств коморбидных БАР. Проведено сравнение клинично-динамических характеристик БАР, показателей суицидального поведения в двух группах пациентов с наличием ($n=46$) и отсутствием ($n=55$) коморбидного

психического расстройства. Результаты. Определён высокий уровень коморбидности БАР с другими психическими расстройствами – 45,5%. В случаях сочетания их БАР с другими психическими расстройствами, по сравнению с «чистым» БАР чаще ($p < 0,05$) выявляются соответственно: отягощённость семейного анамнеза психическими расстройствами – в 71,7% и 50%; суицидальные мысли – 69,6% и 40%; смешанные эпизоды в течение БАР – 71,7% и 45,5% случаев; количество суицидальных попыток – 2 [1; 3] и 1 [1; 1], а также обнаруживается меньшее ($p < 0,05$) значение индекса цикличности – 0,8 [0,6; 1,5] и 1,4 [0,9; 2,3]. Выводы: коморбидные психические расстройства повышают риск суицидального поведения пациентов и отрицательно влияют на основные клинико-динамические показатели БАР.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, коморбидность, клинико-динамические особенности, суицидальный риск.

Коморбидная психическая патология ведёт не только к повышению степени тяжести психической патологии, снижению эффективности лечения, ухудшению прогноза заболевания и качества жизни пациентов [1], но и обуславливает рост суицидального риска [2, 3]. Высокий уровень коморбидности биполярного аффективного расстройства (БАР) с другими психическими расстройствами подтверждён в ходе множества эпидемиологических и клинических исследований [4–6 и др.]. Пациенты с БАР в течение жизни в 90% случаев имеют другое психическое расстройство, а 70% – три и более расстройств [7]. Вероятность коморбидности БАР с другой психической патологией увеличивается, если аффективное расстройство манифестировало в молодом возрасте [8].

Чаще БАР сопутствуют расстройства тревожного спектра и злоупотребление психоактивными веществами [9, 10]. В случаях коморбидности БАР с расстройствами тревожного спектра отмечается учащение депрессивных эпизодов, увеличение количества суицидальных попыток, ухудшение прогноза и качества жизни пациентов [11, 12]. Коморбидность БАР с расстройством личности приводит к снижению эффективности терапии, инкомплаентности пациентов, росту риска злоупотребления алкоголем и суицидального поведения [13–15]. Сочетание БАР с зависимостью от алкоголя или психоактивных веществ способствует утяжелению общего течения и прогноза заболевания [16–20]. Наиболее высокий риск суицидального поведения пациентов с БАР отмечается при тревожно-ажитированных и психотических депрессиях [21]. Суицидальная попытка у пациентов с БАР может быть обусловлена переживаниями по поводу неизлечимости психического расстройства [22]. В ходе метаанализа 36 исследований (в 13 исследованиях анализировались случаи свершившихся суицидов при БАР, в 23 исследованиях – случаи суицидальных попыток) были выделены главные факторы риска суицидального поведения: отягощённая наследственность, раннее начало заболевания, увеличение тяжести депрессив-

ной симптоматики, смешанные эпизоды, быстрорцикличная форма течения БАР [23].

Цель исследования: изучения влияния коморбидных психических расстройств на суицидальное поведение пациентов и клинико-динамические особенности БАР.

Материал и методы.

На базе отделения аффективных состояний клиники Томского НИИ психического здоровья в рамках сплошной выборки был обследован 101 пациент с верифицированным диагнозом биполярного аффективного расстройства (по критериям МКБ-10). В исследуемой группе преобладали ($p < 0,05$) лица женского пола ($n=72$; 71,3%). Средний возраст женщин составил $45,1 \pm 13,2$, мужчин – $43,4 \pm 14,6$ года. Анализ семейного положения больных БАР выявил значительный удельный вес (48,5% – 49/101) одиноких пациентов: разведённые – 18/49 (36,7%); вдовы – 10/49 (20,4%), холостые – 21/49 (42,9%). В исследуемой группе пациенты с высшим образованием составили 60,4% ($n=61$), средним специальным образованием – 21,8% ($n=22$), средним образованием – 17,8% ($n=18$).

В зависимости от текущего эпизода БАР пациенты изучаемой выборки распределились следующим образом: депрессивный эпизод – 63,4% случаев ($n=64$), гипоманиакальный эпизод – 3,0% ($n=3$), маниакальный эпизод – 1% ($n=1$), смешанный эпизод – 32,6% ($n=33$).

Из основных методов исследования применялись: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы Statistica версия 8.0 (StatSoft, Inc., USA для Windows). Анализ исследуемых показателей на наличие нормального закона распределения осуществляли с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. При нормальном распределении количественные показатели были представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$), при отсутствии нормального распределения в виде – медианы, интерквартильной широты – ME [IQR].

Таблица 1

Нозологическая структура психических расстройств, коморбидных БАР, у пациентов основной группы

Коморбидное психическое расстройство	n	N	%
<i>Расстройства тревожного спектра:</i>	20	46	43,5
– паническое расстройство	12	23	51,2
– генерализованное тревожное расстройство	4	23	17,4
– смешанное тревожное расстройство:	5	23	21,7
<i>Расстройство личности:</i>	19	46	41,3
– истерическое расстройство личности	4	19	21,1
– пограничное расстройство личности	3	19	15,8
– смешанное расстройство личности	12	1	63,2
<i>Обсессивно-компульсивное расстройство</i>	2	46	4,3
<i>Синдром зависимости от психоактивных веществ:</i>	13	46	28,3
– алкогольная зависимость	11	13	84,6
– наркотическая зависимость	2	13	15,4

При отсутствии нормального распределения для анализа показателей были использованы непараметрические критерии, статистическую значимость различий между независимыми переменными определяли при помощи критерия Манна-Уитни. Анализ качественных признаков проводился через исследование их частот посредством таблиц сопряженности с использованием критерия согласия χ^2 -критерия. При работе с малыми выборками применяли критерий Фишера. Оценку достоверности различий между долями проводили с использованием z-критерия. Для определения зависимостей между переменными проводили корреляционный анализ Спирмена.

Результаты и обсуждение.

В изучаемой выборке был выявлен высокий уровень коморбидности БАР и психической патологии: 46 пациентов (45,5%) наряду с БАР имели другое психическое расстройство. При этом у 8 пациентов (7,9%) выявлялось два,

а у 3 человек (3,0%) – три коморбидных психических расстройства. Спектр нарушений был представлен следующим образом: тревожное расстройство – 20/46 (43,5%), расстройство личности – 19/46 (41,3%), синдром зависимости от психоактивных веществ – 13/46 (28,3%), обсессивно-компульсивное расстройство – 2/46 (4,3%). Распределение пациентов с БАР основной группы в зависимости от нозологической принадлежности коморбидного расстройства представлено в таблице 1.

С целью изучения влияния коморбидных психических расстройств на суицидальное поведение пациентов и клинико-динамические характеристики БАР было проведено сравнение 2 групп в зависимости от наличия (основная группа – n=46) и отсутствия (группа сравнения – n=55) коморбидного психического расстройства. Результаты межгруппового сравнения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Клинико-динамические характеристики БАР и показатели суицидального поведения пациентов сравниваемых групп

Показатель	Основная группа, n=46	Группа сравнения, n=55	p-уровень
Возраст к началу БАР	30 лет [20; 40]	29 лет [22; 42]	0,74
Индекс цикличности*	0,8 [0,6; 1,5]	1,4 [0,9; 2,3]	0,002
Наличие смешанных эпизодов	33 (71,7%)	25 (45,5%)	0,008
Отягощенность семейного анамнеза психическими расстройствами	33 (71,7%)	27 (49,1%)	0,03
Наличие психогических симптомов в течении БАР	5 (10,9)	5 (9,1)	0,52
Наличие атипичных депрессивных симптомов в текущем ДЭ	15 (32,6%)	17 (30,9%)	0,85
Наличие суицидальных мыслей в текущем состоянии	32 (69,6%)	22 (40,0%)	0,003
Наличие суицидальных попыток в анамнезе	11 (23,9%)	10 (18,2%)	0,48
Количество суицидальных попыток	2 [1; 3]	1 [1; 1]	0,03
Завершённые суициды у родственников	6 (13,0%)	6 (10,9%)	0,75

Примечание: *Индекс цикличности рассчитывается путём деления продолжительности заболевания (в годах) на количество перенесённых аффективных эпизодов.

В основной группе удельный вес женщин составил 65,2% (n=30), в группе сравнения – 76,4% (n=42). Межгрупповых различий по полу выявлено не было (p>0,05). По возрасту пациенты сравниваемых групп также не отличались: основная группа – 46 лет [34; 56], группа сравнения – 47 лет [34; 58] (p>0,05).

Как видно из таблицы 2 пациенты основной группы чаще (p<0,05) имели отягощённость семейного анамнеза психическими расстройствами. При этом по удельному весу пациентов, родственники которых закончили жизнь самоубийством, сравниваемые группы не отличались (p>0,05). В основной группе таких пациентов было 13%, в группе сравнения – 10,9%.

Индекс цикличности отражает скорость смены аффективных эпизодов, и при БАР даёт возможность своевременно выявить такой неблагоприятный фактор в отношении общего течения и прогноза заболевания, как быстрая цикличность. При сравнении индекса в исследуемых группах были обнаружены межгрупповые различия, достигающие статистически значимого уровня (p<0,05) – в основной группе данный показатель оказался меньше (табл. 2). То есть, у пациентов основной группы аффективные эпизоды сменяли друг друга чаще, чем у пациентов группы сравнения. Полученные данные свидетельствуют о том, что коморбидность с другими психическими расстройствами способствует учащению аффективных эпизодов и соответственно ухудшает прогноз БАР.

Сравнительная оценка возраста манифестации БАР в исследуемых группах (табл. 2) не выявила статистически значимых различий по данному показателю (p>0,05). Однако результаты ряда исследований указывают на более ранний возраст к началу БАР у пациентов с наличием коморбидности с другими психическими расстройствами по сравнению с пациентами без наличия коморбидности [8].

В отдельных работах [24] так же было показано, что смешанные эпизоды ассоциированы с повышением суицидального риска и неблагоприятным прогнозом течения БАР. Сравнительная оценка этого фактора в нашем исследовании (табл. 2) обнаружила достоверные различия: в основной группе смешанные эпизоды встречались чаще – 71,7% (p<0,05), чем в группе сравнения (45,5%).

Оценка наличия психотических симптомов в течении БАР и атипичности депрессивных эпизодов в сравниваемых группах (табл. 2) не выявила межгрупповых различий (p>0,05).

Анализ присутствия в клинической картине суицидальных мыслей показал, что у па-

циентов основной группы они встречались чаще (69,6%), чем у пациентов группы сравнения (40,0%; p<0,05). У 19,6% больных в основной группы (n=9) и 21,8% (n=12) группы сравнения суицидальные мысли носили пассивный характер, и проявлялись в виде представлений, фантазий о собственной смерти. В таких случаях пациенты высказывали мысли: «вот если бы произошел несчастный случай», «было бы хорошо заснуть и больше не проснуться». Основой суицидальных мыслей служили невыносимое чувство тоски, идеи собственной малоценности и бесперспективности жизни. Пациенты думали о смерти как о спасении от тягостных переживаний. При этом мысли о возможных последствиях суицида для их близких усиливали у пациентов чувство вины, и без того занимающее значительное место в клинической картине депрессии. При сочетании БАР с расстройствами тревожного спектра появление суицидальных мыслей нередко пугало пациентов, и уровень тревоги возрастал в связи с опасениями о возможном повторении их и потери контроля над собой. У пациентов с БАР, отягощенным алкогольной зависимостью, на фоне абстинентного синдрома суицидальные мысли становились наиболее мучительными, нередко приобретали навязчивый характер. При сочетании БАР с расстройством личности отмечалась склонность к импульсивному характеру попыток свести счёты с жизнью. В таких случаях наиболее значимыми для суицидогенеза выступали не только депрессивные переживания, но и психотравмирующие обстоятельства. Психогенная декомпенсация личностных расстройств значительно увеличивала риск суицидального поведения.

Анализ данных в отношении наличия суицидальных попыток в анамнезе (табл. 2) не выявил межгрупповых различий (p>0,05). С целью лишения себя жизни пациенты основной группы и группы сравнения использовали следующие способы: самоповешение (n=1 и n=1 соответственно), самоотравление (n=7 и n=7 соответственно), при помощи колющих и режущих предметов (n=2 и n=1 соответственно). По одному случаю в основной группе зафиксировано использование огнестрельного оружия, в группе сравнения – введение в вену воздуха.

У пациентов основной группы, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, нозологическая структура коморбидных расстройств была представлена следующим образом: расстройство личности – 36,4% (n=4); синдром зависимости от алкоголя – 36,4% (n=4); тревожное расстройство – 27,2% (n=3).

В группе сравнения среди пациентов с суицидальными попытками в анамнезе преобладали ($p < 0,05$) лица женского пола (70%) и одинокие пациенты (80%). В основной группе таких внутригрупповых различий обнаружено не было – удельный вес женщин составил 45,5%, одиноких – 54,5%. В группе сравнения пациенты с наличием в анамнезе суицидальных попыток, были чаще ($p < 0,05$) одинокими, чем пациенты без покушений. Подобных межгрупповых различий в основной группе не выявлялось. Это указывает на тот факт, что присоединение коморбидного расстройства к БАР нивелировало имеющиеся взаимосвязи при «чистом» БАР между полом пациентов, семейным положением с одной стороны и наличием суицидальных попыток в анамнезе.

У пациентов исследуемых групп с суицидальными попытками в анамнезе было оценено количество суицидальных попыток в течение всей жизни. В основной группе этот показатель оказался больше ($p < 0,05$), чем у пациентов группы сравнения (табл. 2).

Полученные результаты могут служить подтверждением того, что наличие коморбидной психической патологии при БАР увеличивает риск суицидального поведения пациентов.

Следующим этапом нашего исследования явилась оценка влияния клиничко - динамических характеристик БАР на суицидальное поведение пациентов исследуемых групп. Проведенный нами корреляционный анализ по Спирмену не обнаружил взаимосвязей между

показателями суицидального поведения с одной стороны и с другой стороны: возрастом к началу БАР, отягощенностью семейного анамнеза психическими расстройствами, индексом цикличности, наличием смешанных эпизодов в течении БАР.

Заключение. Результаты исследования показали, что БАР часто протекает в коморбидной связи с другими психическими и поведенческими расстройствами – в 45,5% случаев. При указанной коморбидности, по сравнению с «чистым» БАР у пациентов чаще встречается отягощенность семейного анамнеза психическими расстройствами, отмечается ухудшение показателей суицидального поведения, учащение аффективных эпизодов и более частая представленность смешанных эпизодов в течении основного заболевания. То есть, коморбидность БАР с другими психическими и поведенческими расстройствами оказывает негативное влияние на его основные клиничко-динамические характеристики и показатели суицидального поведения пациентов. Учитывая это, можно говорить о неблагоприятном течении БАР и прогнозе в соответствующих случаях. Полученные нами данные в ходе исследования могут быть использованы при разработке диагностических и лечебно - реабилитационных программ для пациентов с БАР, выявляющих коморбидность с другими психическими расстройствами, а так же в программах, направленных на оценку суицидального риска.

Литература:

1. Simhandl C., Radua J., König B. et al. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry*. 2016; 50(4): 345–51.
2. Корнетов Н.А. Межведомственная антикризисная суицидологическая служба в системе социального обслуживания населения. (К 25-летию Томской суицидологической службы) [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2013; 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>
3. Schaffer A., Isometsa E.N., Tondo L. et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *J. Bipolar Disorders*. 2015; 17 (1): 1–16.
4. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под ред. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпрессинформ, 2008. 384 с.
5. Kessler R., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005; 62: 593–602.
6. Moreno C., Hasin D.S., Arango C. et al. Depression in bipolar versus major depression disorder: results from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *J. Bipolar Disorders*. 2012; 14 (3): 271–82.
7. Merikangas K. R., Akiskal H.S., Angst J. et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64 (5): 543–52.
8. Joslyn C., Hawes D.J., Hunt C. et al. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *J. Bipolar Disorders*. 2016; 18(5): 389–403.

References:

1. Simhandl C., Radua J., König B. et al. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry*. 2016; 50(4): 345–51.
2. Kornetov N.A. Interagency anti-crisis suicidal service in the system of social services for the population. (To the 25th anniversary of the Tomsk Suicidological Service) [Electronic resource]. *Medical psychology in Russia: electron. sci. journal*. 2013; 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>. (In Russ)
3. Schaffer A., Isometsa E.N., Tondo L. et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *J. Bipolar Disorders*. 2015; 17 (1): 1–16.
4. Mosolov S.N., Kostyukova E.G., Kuzavkova M.V. Bipolar affective disorder: diagnosis and therapy / ed. S.N. Mosolov. Moscow: MEDPressinform, 2008. 384 p. (In Russ)
5. Kessler R., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005; 62: 593–602.
6. Moreno C., Hasin D.S., Arango C. et al. Depression in bipolar versus major depression disorder: results from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *J. Bipolar Disorders*. 2012; 14 (3): 271–82.
7. Merikangas K. R., Akiskal H.S., Angst J. et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64 (5): 543–52.
8. Joslyn C., Hawes D.J., Hunt C. et al. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *J. Bipolar Disorders*. 2016; 18(5): 389–403.

9. Ушкалова А.В. *Диагностика и подходы к фармакотерапии депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства II типа*: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2014. 24 с.
10. Merikangas K. R., Pato M. Recent Developments in the Epidemiology of Bipolar Disorder in Adults and Children: Magnitude, Correlates, and Future Direction. *Clinical Psychology*. 2009; 16: 121–33.
11. Perroud N., Preisig M., Etain B. et al. Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *J Bipolar Disorders*. 2007; 9: P. 713–21.
12. John H., Lee B.S., David L. et al. The effect of anxiety disorder comorbidity on treatment resistant bipolar disorders. *Depression and Anxiety*. 2008; 25 (2): 91–7.
13. Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г. Клинико-динамические особенности аффективных расстройств при их коморбидности с личностными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 2 (83): 26–9.
14. Bieling P.J., MacQueen G.M., Marriot M.J. et al. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord*. 2003; 5: 14–21.
15. Fan A.N., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. To examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2008; 69 (11): 1794–803.
16. Bokhan N.A., Losenkov I.S., Vyalova N.M., Simutkin G.G., Ivanova S.A. Correlation between levels of Akt1/GSK-3 beta signaling pathway proteins and severity of depressive symptoms. *European Neuropsychopharmacology*. 2014; 24 (2): 365–6.
17. Бокхан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н., Рахмазова Л.Д., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Репецкий Д.Н. Алкоголизм и факторы суицидальности среди коренного населения районов, приравненных к Крайнему Северу. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 68–76.
18. Grant B.F., Stinson F.S., Hasin D.S. et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*. 2005; 66 (10): 1205–15.
19. Cardoso B.M., Kauer Sant'Anna M., Dias V.V. et al. The impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*. 2008; 42 (6): 451–7.
20. Шелехов И.Л., Корнетов А.Н., Гребенникова Е.В. Суицидология: история и современные представления: Учебное пособие. Томск: Изд-во Томского государственного педагогического университета, 2016. 300 с.
21. Simhandl C., Radua J., König B. et al. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry*. 2016; 50 (4): 345–51.
22. Положий Б.С., Панченко Е.А., Посвянская А.Д. с соавт. Клинические и социокультурные характеристики больных с депрессивными расстройствами, совершивших покушение на самоубийство. *Суицидология*. 2014; 2 (15), 5: 42–7.
23. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (6): 693–704.
24. Gonzales-Pinto A., Alonso M., Lopes P. Poor long-term prognosis in mixed bi-polar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *J. Clin. Psychiatry*. 2011; 72 (5): 671–6.
9. Ushkalova A.V. *Diagnostika i podhody k farmakoterapii depressivnoj fazy bipolyarnogo affektivnogo rasstrojstva II tipa* [Diagnosis and approaches to pharmacotherapy of depressive phase of bipolar affective disorder type II]: avtoref. diss. ... kand. med. nauk. М., 2014. 24 s. (In Russ)
10. Merikangas K. R., Pato M. Recent Developments in the Epidemiology of Bipolar Disorder in Adults and Children: Magnitude, Correlates, and Future Direction. *Clinical Psychology*. 2009; 16: 121–33.
11. Perroud N., Preisig M., Etain B. et al. Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *J Bipolar Disorders*. 2007; 9: P. 713–21.
12. John H., Lee B.S., David L. et al. The effect of anxiety disorder comorbidity on treatment resistant bipolar disorders. *Depression and Anxiety*. 2008; 25 (2): 91–7.
13. Yakovleva AL, Simutkin G.G. Clinical and dynamic features of affective disorders in their comorbidity with personality disorders. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]*. 2014; 2 (83): 26-9. (In Russ)
14. Bieling P.J., MacQueen G.M., Marriot M.J. et al. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord*. 2003; 5: 14–21.
15. Fan A.N., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. To examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2008; 69 (11): 1794–1803.
16. Bokhan N.A., Losenkov I.S., Vyalova N.M., Simutkin G.G., Ivanova S.A. Correlation between levels of Akt1/GSK-3 beta signaling pathway proteins and severity of depressive symptoms. *European Neuropsychopharmacology*. 2014; 24 (2): 365–6.
17. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N., Rakhmazova L.D., Akenov M.M., Perchatkina O.E., Repetsky D.N. Alcoholism and suicidality factors among indigenous population of territories given the same status as Far North. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 68–76. (In Russ)
18. Grant B.F., Stinson F.S., Hasin D.S. et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*. 2005; 66 (10): 1205–15.
19. Cardoso B.M., Kauer Sant'Anna M., Dias V.V. et al. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*. 2008; 42 (6): 451–7.
20. Shelekhov I.L., Kornetov A.N., Grebennikova E.V. Suicidologiya: istoriya i sovremennye predstavleniya [Suicide: history and modern ideas]: Uchebnoe posobie. Tomsk: Izd-vo Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta, 2016. 300 s. (In Russ)
21. Simhandl C., Radua J., König B. et al. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry*. 2016; 50 (4): 345–51.
22. Polozhy B.S., Panchenko E.A., Posvyanskaya A.D. et al. Clinical and sociocultural characteristics of patients with depressive disorders who committed an attempt on suicide. *Suicidology*. 2014; 2 (15), 5: 42-7. (In Russ)
23. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J. Clin. Psychiatry*. 2005; 66 (6): 693–704.
24. Gonzales-Pinto A., Alonso M., Lopes P. Poor long-term prognosis in mixed bi-polar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *J. Clin. Psychiatry*. 2011; 72 (5): 671–6.

SUICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS SUFFERING FROM BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER AND COMORBID MENTAL DISEASES

S.N. Vasileva¹, G.G. Simutkin¹, E.D. Schastnyy¹, S.A. Ivanova¹, N.A. Bokhan^{1,2,3}

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; bna909@gmail.com

³National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; bna909@gmail.com

Abstract:

Objective: to study the influence of comorbid mental disorders on suicidal behavior and clinical-dynamic features of bipolar affective disorder (BAD) of patients. **Material and Methods.** In a psychiatric hospital, 101 patients who had diagnosis of BAD verified were examined. In the studied sample, female persons (71.3%; n=72) predominated (p<0.05), with mean age of 45.1±13.2. The mean age of men was 43.4±14.6. The nosological structure of mental disorders comorbid with BAD was studied. The comparison of clinical-dynamic characteristics of BAD, terms of its diagnosis, indicators of suicidal behavior was made in two groups of patients with (n=46) and without (n=55) a comorbid mental disorder. In the course of the study clinical-psychopathological, clinical-catamnestic, statistical

methods were used. Results. A high level of comorbidity of BAD with other mental disorders was identified – 45.5%. It was shown that patients with index comorbidity during the first visit to a psychiatrist were diagnosed wrongly more frequently than patients suffering from BAD only – in 69.6% and in 49.1%, respectively ($p < 0.05$). In cases of combination of BAD with other mental disorders in comparison with “pure” BAD family history of mental disorders – in 71.7% and 50% respectively; suicidal thoughts – 69.6% and 40% respectively; mixed episodes in the course of BAD – 71.7% and 45.5% respectively; number of suicidal attempts – 2 [1; 3] and 1 [1; 1] respectively, as well as lesser ($p < 0.05$) value of the index of cycling – 0.8 [0.6; 1.5] and 1.4 [0.9; 2.3] respectively, were revealed more frequently ($p < 0.05$). Thus, comorbid mental disorders affected the main clinical-dynamic indicators of BAD and heightened the risk of patients’ suicidal behavior.

Keywords: bipolar affective disorder, comorbidity, clinical-dynamic features, suicidal risk, untimely diagnosis

Federal target program "Research and development in priority areas of development of Russia's scientific and technological complex for 2014-2020". Agreement on granting a subsidy as of October 23, 2017 No.14.601.21.0015 between the Ministry of Education and Science of the Russian Federation and Tomsk NRMC on conducting research project titled: Development of a forecast for the implementation of the priority of scientific and technological development defined in paragraph 20c "personalized medicine, high-tech health care and health saving technologies, including the rational use of medicines (primarily antibacterial)" Scientific and technological development strategy of the Russian Federation. The unique identifier of the project is RFMEFI60117X0015. The state agreement identifier is 0000000007417PE10002.

Источник финансирования: Федеральная целевая программа «Исследования и разработки по приоритетным направлениям развития научно-технологического комплекса России на 2014-2020 годы». Соглашение о предоставлении субсидии от 23.10.2017 г. № 14.601.21.0015 между Министерством образования и науки Российской Федерации и Томским НИМЦ, на выполнение научно-исследовательской работы по теме: «Разработка прогноза реализации приоритета научно-технологического развития, определенного пунктом 20в «Переход к персонализированной медицине, высокотехнологичному здравоохранению и технологиям здоровьесбережения, в том числе за счет рационального применения лекарственных препаратов (прежде всего антибактериальных)» Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации». Уникальный идентификатор работ (проекта) RFMEFI60117X0015. Идентификатор государственного соглашения 0000000007417PE10002.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Иванова С.А., Бокхан Н.А. Суицидальное поведение больных биполярным аффективным расстройством при коморбидных психических заболеваниях. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 86-92. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-86-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92)

For citation: Vasileva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Ivanova S.A., Bokhan N.A. Suicidal behavior of patients suffering from bipolar affective disorder and comorbid mental diseases. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 86-92. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-86-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92)
