doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-01(58)-146-156

УДК 616.89-008.441.44:616.895:616.89-008.441.13

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ БИПОЛЯРНОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ С УЧЕТОМ ЕГО КОМОРБИДНОСТИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Г.Г. Симуткин[1], С.Н. Васильева[1], Н.С. Смирнова[1], А.К. Суровцева[1], Н.А. Бохан[1,2]

[1]ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия
[2]ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск, Россия

SUICIDAL RISK IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER TAKING INTO ACCOUNT ITS COMORBIDITY WITH ALCOHOL ADDICTION

G.G. Simutkin[1], S.N. Vasileva[1], N.S. Smirnova[1], A.K. Surovtseva[1], N.A. Bokhan[1,2]

[1]Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, RAS, Tomsk, Russia
[2]National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Сведения об авторах:

Симуткин Герман Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4372-4950; ORCID iD: 0000-0002-9813-3789). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН. Адрес: Россия, 634014, г.Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-35-16, электронный адрес: ggsimutkin@gmail.com

Васильева Светлана Николаевна – кандидат медицинкских наук (SPIN-код: 6482-2439; ORCID iD: 0000-0002-0939-0856). Место работы и должность: научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН. Адрес: Россия, 634014, г.Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-35-16, электронный адрес: vasilievasn@yandex.ru

Смирнова Наталия Сергеевна (SPIN-код: 8951-1882; ORCID iD: 0000-0003-1213-4412). Место работы и должность: медицинский психолог третьего клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-35-16, электронный адрес: smirnova-ns@yandex.ru

Суровцева Альфира Касимовна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 3345-8230; ORCID iD 0009-0006-4096-6573). Место работы и должность: медицинский психолог третьего клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; Телефон: +7 (3822) 72-35-16, электронный адрес: surovalja1964@mail.ru

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор (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, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36. Телефон: + 7 (3822) 72-40-15, электронный адрес: bna909@gmail.com

Author's information:

Simutkin German G. – PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.) (SPIN-code: 4372-4950; ORCID iD: 0000-0002-9813-3789). Place of work and position: Leading Researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: 4 Aleutian str. Tomsk, 634014, Russia. Phone: + 7 (3822) 72-43-79, email: ggsimutkin@gmail.com

Vasilieva Svetlana N. – PhD, Cand. of Sci. (Med.) (SPIN-code: 6482-2439; ORCID iD: 0000-0002-0939-0856). Place of work and position: Researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: 4 Aleutian str. Tomsk, 634014, Russia. Phone: + 7 (3822) 72-43-79, email: vasilievasn@yandex.ru

Smirnova Natalia S. (SPIN-code: 8951-1882; ORCID iD: 0000-0003-1213-4412) Place of work and position: Medical psychologist, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: 4 Aleutian str. Tomsk, 634014, Russia. Phone: + 7 (3822) 72-43-79, email: smirnova-ns@yandex.ru

Surovtseva Alfira K. – Cand. of Psychol. Sciences (SPIN-code: 3345-8230; ORCID iD: 0009-0006-4096-6573). Place of work and position: Medical psychologist, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk Na-

tional Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: 4 Aleutian str. Tomsk, 634014, Russia. Phone: + 7 (3822) 72-43-79, email: surovalja1964@mail.ru

Bokhan Nikolay A. – Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, PhD (SPIN-code: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Place of work and position: Head of Addiction Department, Director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: 4 Aleutian str. Tomsk, 634014, Russia; Professor of the Department of Psychotherapy and Psychological Counseling of the Faculty of Psychology, National Research Tomsk State University. Address: 36 Lenin Ave., Tomsk, 634050, Russia. Phone: +7 (3822) 72-40-15, email: bna909@gmail.com

Высокий риск самоубийств при биполярном аффективном расстройстве и алкогольной зависимости продемонстрирован в ходе многочисленных исследований. Коморбидное течение данных расстройств ещё в большей степени повышает уязвимость пациентов к суицидальным мыслям и попыткам самоубийства. *Цель* – изучение влияния коморбидной алкогольной зависимости на риск суицидального поведения пациентов с биполярным аффективным расстройством. *Материал и методы.* В психиатрическом стационаре проведено обследование двух групп пациентов с последующим сравнением. Группа пациентов с биполярным аффективным расстройством и коморбидной алкогольной зависимостью – 43 человека в возрасте 35 [24,0; 45,0] лет и группа пациентов с биполярным аффективным расстройством без коморбидной алкогольной зависимости – 60 человек в возрасте 38 [24,0; 51,0]. Группы были сопоставимы по возрасту и полу ($p>0,05$). Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический. Различные аспекты суицидального поведения у пациентов обследуемых групп оценивались при помощи опросника суицидального поведения SBQ-R. Уровень социального функционирования и качества жизни пациентов определяли с помощью опросника SASS. *Результаты.* У пациентов с коморбидными биполярным аффективным расстройством и алкогольной зависимостью по сравнению с «изолированным» биполярным аффективным расстройством выявлялись более частая встречаемость суицидальных попыток в анамнезе (44,2% против 25,0%) и более высокие балльные оценки шкалы SBQ-R (13 [10; 14] и 7 [4; 9] соответственно) ($p<0,05$). Корреляционный анализ взаимосвязи баллов SBQ-R с клинико-динамическими показателями биполярного аффективного расстройства и демографическими характеристиками показал: в обеих группах риск суицидального поведения снижается с увеличением возраста пациентов ($p<0,05$), при «изолированном» биполярном аффективном расстройстве более неблагоприятные показатели SBQ-R связаны с мужским полом, меньшей давностью аффективного расстройства и более молодым возрастом к началу биполярного аффективного расстройства ($p<0,05$). Подобных корреляций в группе биполярного аффективного расстройства с коморбидной алкогольной зависимостью не выявлялось. Оценка взаимосвязей показателей шкал SASS и SBQ-R, показала, что в обеих исследуемых группах утяжеление показателей суицидального поведения коррелирует с трудностями, возникающими при взаимоотношении с другими людьми. *Выводы.* У пациентов с коморбидными биполярным аффективным расстройством и алкогольной зависимостью выявляются более тяжёлые показатели суицидального поведения, по сравнению с пациентами с «изолированным» биполярным аффективным расстройством.

Ключевые слова: суицидальное поведение, биполярное аффективное расстройство, коморбидность, алкогольная зависимость, клинико-динамические характеристики, социальная адаптация

Суицидальное поведение тесно взаимосвязано с психическими расстройствами [1, 2]. Женщины чаще совершают попытки самоубийства [3, 4], а мужчины – летальные суициды [5]. Предшествующие попытки самоубийства в значительной степени повышают риск суицидальных действий в будущем [6, 7]. Риск самоубийства при биполярном аффективном расстройстве (БАР) в 20-30 раз выше, чем среди населения в целом [8]. Суицидальное поведение пациентов с БАР зависит от множества различных факторов. Значимые факторы, связанные с попытками самоубийства, были выделены в результате метаанализа исследований с общей выборкой 50004 пациентов с БАР и включали в себя: депрессивная полярность

Suicidal behavior is closely related to mental disorders [1, 2]. Women are more likely to attempt suicide [3, 4], and men are more likely to commit fatal suicides [5]. Previous suicide attempts significantly increase the risk of future suicidal actions [6, 7]. The risk of suicide in bipolar disorder (BD) is 20-30 times higher than in the general population [8]. Suicidal behavior in patients with BD accounts for on many different factors. Significant factors associated with suicide attempts were identified as a result of a meta-analysis of studies with a general sample 50,004 patients with bipolar disorder and included: depressive polarity

текущего или недавнего эпизода (OR=5,99), коморбидный кластер В / пограничное расстройство личности (OR=2,51), депрессивная полярность первого эпизода заболевания (OR=1,92), коморбидное тревожное расстройство (OR=1,81), любое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (OR=1,81), любое незаконное употребление психоактивных веществ (OR=1,72), наличие в семейном анамнезе случаев самоубийств родственников первой степени родства (OR=1,69), расстройство, связанное с употреблением алкоголя (OR=1,60), женский пол (OR=1,54) [9]. Несколько иные факторы суицидального риска при БАР выделяют J.N. Miller и D.W.Black [10]: мужской пол, проживание в одиночестве, развод, отсутствие детей, европеоидная раса, молодой возраст (до 35 лет), пожилой возраст (старше 75 лет), безработица, попытки самоубийства в прошлом, попытки самоубийства или завершённые суициды в семейном анамнезе, а также преобладание депрессивной полярности.

L. Plans с коллегами (2019) [11] провели анализ существующей литературы о завершённых самоубийствах у пациентов с БАР. В анализ включались англоязычные и неанглоязычные статьи, опубликованные в базах данных MEDLINE / PubMed, PsycInfo и Кокрейн (1970–2017). Дополнительные исследования были обнаружены в результате поиска в библиографиях, основных учебниках и на сайте Всемирной организации здравоохранения. В ходе данного исследования было выявлено, что наследственная предрасположенность к самоубийству у пациентов с БАР составляет около 40%, при этом самый высокий риск законченных самоубийств отмечается у пациентов с БАР II типа.

Хроническое употребление алкоголя и алкогольная зависимость (АЗ) являются сильным фактором риска суицидального поведения в общей популяции [12, 13, 14, 15]. Метааналитические исследования подтверждают значительный суицидогенный эффект алкоголя [16], особенно при его высоких дозах [17]. Нарушения восприятия и самоконтроля во время алкогольного опьянения облегчают реализацию суицидальных мыслей и намерений. Суицидогенный эффект хронического употребления алкоголя обусловлен такими негативными последствиями как социальная изоляция, финансовая нестабильность, утрата работы, когнитивные нарушения, ухудшающие принятие решений и поведенческий контроль [18, 19, 20, 21]. По результатам ретроспективного исследования вскрытий 355 жертв самоубийств

of the current or recent episode (OR=5.99), comorbid cluster B/borderline personality disorder (OR=2.51), depressive polarity of the first episode of the disease (OR=1.92), comorbid anxiety disorder (OR=1.81), any substance use disorder (OR=1.81), any illicit substance use (OR=1.72), family history of suicide in first-degree relatives (OR=1.69), alcohol use disorder (OR=1.60), female gender (OR=1.54) [9]. Somewhat different factors of suicide risk in bipolar disorder are identified by J.N. Miller and D.W. Black [10]: male gender, living alone, divorce, no children, Caucasian race, young age (under 35 years), old age (over 75 years), unemployment, past suicide attempts, suicide attempts or completed suicides in the family history, as well as the predominance of depressive polarity.

L. Plans and colleagues (2019) [11] conducted an analysis of the existing literature on completed suicides in patients with bipolar disorder. English and non-English language articles published in MEDLINE/PubMed, PsycInfo, and Cochrane databases (1970–2017) were included in the analysis. Additional studies were identified by searching bibliographies, key textbooks, and the World Health Organization website. This study found that the hereditary predisposition to suicide in patients with bipolar disorder is approximately 40%, with the highest risk of completed suicide observed in patients with bipolar disorder type II.

Chronic alcohol use and alcohol addiction (AA) are strong risk factors for suicidal behavior in the general population [12, 13, 14, 15]. Meta-analytic studies confirm a significant suicidogenic effect of alcohol [16], especially at high doses [17]. Impaired perception and self-control during alcohol intoxication facilitate the implementation of suicidal thoughts and intentions. The suicidogenic effect of chronic alcohol use is due to such negative consequences as social isolation, financial instability, loss of work, cognitive impairment that impairs decision-making and behavioral control [18, 19, 20, 21]. According to the results of a retrospective study of autopsies of 355 suicide victims, the majority of suicides were associated with the use of psychoactive substances, alcohol was present in combination with other toxic substances and drugs [22].

большинство суицидов было связано с употреблением ПАВ, алкоголь присутствовал в сочетании с другими токсичными веществами и лекарствами [22].

Спектр проблем, связанных с суицидальным поведением пациентов, возрастает при коморбидности БАР и АЗ [23, 24]. Коморбидное взаимовлияние данных расстройств усугубляет и кумулирует негативные последствия каждого из них, тем самым формируя благоприятную почву для суицидальной активности [25, 26]. На сегодняшний день актуальным остаётся выявление клинических предикторов суицидального поведения пациентов с коморбидными БАР и АЗ.

Цель исследования: оценка влияния коморбидной АЗ на риск суицидального поведения пациентов с БАР с выделением значимых предикторов суицидального поведения у данной категории пациентов.

Материал и методы исследования:

На базе отделения аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ было обследовано 103 пациента с верифицированным диагнозом БАР (F 31.0, F 31.3, F 31.4, F 31.5, F 31.6) в возрасте 35 [24; 50] лет. Критерии включения в исследование: добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании; возраст от 18 до 65 лет; верифицированный диагноз БАР. Критерии исключения: отказ пациента от участия на любом этапе исследования; другие коморбидные психические расстройства; острые или хронические декомпенсированные соматические заболевания, требующие интенсивного терапевтического вмешательства.

Используемые методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический. Различные аспекты суицидального поведения у пациентов обследуемых групп оценивались при помощи опросника суицидального поведения SBQ-R (Suicidal Behaviors Questionare-Revised) [27]. Данный опросник включает в себя 4 блока вопросов, разброс возможного количества баллов варьируется от 3 до 18. Уровень социального функционирования и качества жизни пациентов в разных сферах жизнедеятельности определяли с помощью опросника «The Social Adaptation Self-evaluation Scale» («Шкала самооценки социальной адаптации») – SASS [28]. Шкала отражает степень удовлетворённости пациентов отдельными сферами жизни (работой, внутрисемейными отношениями и отношениями за пределами семьи, досугом и т.д.) и своим социальным функционированием.

The spectrum of problems associated with suicidal behavior in patients increases with the comorbidity of bipolar disorder and AA [23, 24]. The comorbid interaction of these disorders aggravates and cumulates the negative consequences of each of them, thereby creating a favorable environment for suicidal activity [25, 26]. Today, the identification of clinical predictors of suicidal behavior in patients with comorbid bipolar disorder and allergic reactions remains relevant.

The aim of the study was to assess the impact of comorbid AA on the risk of suicidal behavior in patients with bipolar disorder, identifying significant predictors of suicidal behavior in this category of patients.

Material and research methods:

A total of 103 patients with a verified diagnosis of bipolar disorder (F 31.0, F 31.3, F 31.4, F 31.5, F 31.6) aged 35 [24; 50] years were examined at the Department of Affective States of the Clinic of the Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Medical Center. Inclusion criteria for the study: voluntary informed consent of the patient to participate in the study; aged from 18 to 65; verified diagnosis of bipolar disorder. Exclusion criteria: patient refusal to participate at any stage of the study; other comorbid mental disorders; acute or chronic decompensated somatic diseases requiring intensive therapeutic intervention.

The research methods used were clinical-psychopathological, clinical-follow-up, psychometric and statistical. Various aspects of suicidal behavior in patients of the examined groups were assessed using the SBQ-R (Suicidal Behaviors Questionare-Revised) questionnaire [27]. This questionnaire includes 4 blocks of questions, the range of possible scores varies from 3 to 18. The level of social functioning and quality of life of patients in different spheres of life were determined using the Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) questionnaire [28]. The scale reflects the degree of satisfaction of patients with individual areas of life (work, intra-family relationships and relationships outside the family, leisure, etc.) and their social functioning.

Statistical analysis of the obtained data was performed using the standard application package Statistica for Windows (V.8.0).

Статистический анализ полученных данных осуществлялся посредством пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V.8.0). В случаях отсутствия нормального распределения количественные показатели выражали в виде – медианы, интерквартильной широты – ME [IQR], статистическую значимость различий между независимыми переменными оценивали с использованием критерия Манна-Уитни. Качественные признаки оценивались через исследование их частот при помощи таблиц сопряженности и критерия согласия хи-квадрат (χ^2 – критерий). Для исследования взаимосвязей использовали корреляционный анализ по Спирмену и по Пирсону.

Результаты

С целью оценки суицидального риска у больных БАР с учётом коморбидности с АЗ обследуемые пациенты были разделены на 2 группы. Первую составили пациенты с БАР и коморбидной АЗ – 43 человека (21 мужчина, 22 женщины), в возрасте 35 [24,0; 45,0] лет, вторую группу – пациенты с БАР без коморбидной АЗ – 60 человек (25 мужчин, 35 женщин), в возрасте 38 [24,5; 51,0] лет. Группы были сопоставимы по возрасту (тест Манна-Уитни, U=1154,5, Z=-0,907, p=0,37) и полу (Chi-square: 0,521, p=0,47).

Семейный анамнез у пациентов сравниваемых групп в большинстве случаев был отягощен психическими расстройствами: при БАР и коморбидной АЗ у 34 пациентов (79,1%) (в том числе суицидом – n=12), при «чистом» БАР у 38 (63,3%) (суицидом – n=9) (p>0,05). Можно предположить, что пациенты, воспитанные в «патологической семье», как правило, не имеют условий для формирования навыков преодоления стрессовых ситуаций. Кроме того, такая семья сама является источником стресса. В дальнейшем такие пациенты при сложных жизненных ситуациях, не имея адаптивных стратегий их преодоления, одним из способов их решения могут выбирать суицидальное поведение.

Известно, что сильнейшим предиктором суицидального поведения является попытка самоубийства в прошлом. Сравнительная оценка данного показателя в группах выявила более частую встречаемость суицидальных попыток в анамнезе у пациентов с коморбидными БАР и АЗ, по сравнению с пациентами с БАР без АЗ (44,2%, n=19 и 25,0%, n=15 соответственно) (Chi-square: 4,170, p=0,04). В таблице 1 представлены способы, при помощи которых пациенты из рассматриваемых групп покушались на жизнь, межгрупповых различий обнаружено не было.

In cases of absence of normal distribution, quantitative indicators were expressed as median, interquartile range – ME [IQR], statistical significance of differences between independent variables was estimated using Mann-Whitney criterion. Qualitative features were estimated by studying their frequencies using contingency tables and chi-square agreement criterion (χ^2 – criterion). Spearman and Pearson correlation analysis were used to study the relationships.

Results

In order to assess the suicide risk in patients with bipolar disorder taking into account comorbidity with AA, the examined patients were divided into 2 groups. The first group consisted of patients with bipolar disorder and comorbid AA – 43 people (21 men, 22 women), mean age 35 [24.0; 45.0], the second group – patients with bipolar disorder without comorbid AA – 60 people (25 men, 35 women), mean age 38 [24.5; 51.0]. The groups were comparable in age (Mann-Whitney test, U=1154.5, Z=-0.907, p=0.37) and gender (Chi-square: 0.521, p=0.47).

Family history in patients of the compared groups in most cases was burdened by mental disorders: in bipolar disorder and comorbid AA in 34 patients (79.1%) (including suicide – n=12), in “pure” bipolar disorder in 38 patients (63.3%) (suicide – n=9) (p>0.05). It can be assumed that patients brought up in a “pathological family”, as a rule, do not have the conditions for developing skills to overcome stressful situations. In addition, such a family itself is a source of stress. In the future, such patients in difficult life situations, without adaptive strategies for overcoming them, may choose suicidal behavior as one of the ways to resolve them.

It is known that the strongest predictor of suicidal behavior is a suicide attempt in the past. Comparative assessment of this indicator in the groups revealed a more frequent occurrence of suicide attempts in the anamnesis in patients with comorbid bipolar disorder and allergic reactions, compared with patients with bipolar disorder without allergic reactions (44.2%, n=19 and 25.0%, n=15, respectively) (Chi-square: 4.170, p=0.04). Table 1 presents the methods by which patients from the considered groups attempted to commit suicide; no intergroup differences were found.

Таблица / Table 1

Способы суицидальных попыток в сравниваемых группах пациентов
Methods of suicide attempts in the compared groups of patients

Способы суицидальных попыток Methods of suicide attempts	БАР и АЗ BPD with AA		БАР без АЗ BPD without AA	
	n	%	n	%
Удушение / Strangulation	5	26,3	4	26,7
Отравление / Poisoning	8	42,1	8	53,3
При помощи колющих и режущих предметов Using piercing and cutting objects	5	26,3	3	20,0
Утопление / Drowning	1	5,3	0	0
Всего / Total	19	100	15	100

Странгуляционной асфиксии с целью самоубийства пациенты добивались через повешение, либо при помощи удавления петлей. С целью отравления пациенты обеих групп в большинстве своём использовали психотропные препараты. Лишь в первом случае в группе БАР и АЗ пациент принял гипотензивный препарат, а в группе БАР без АЗ – 2 пациента использовали НПВС. Одна пациентка с БАР и АЗ пыталась утопить себя в ванне. При помощи режущих предметов пациенты наносили себе порезы в области предплечья. В 57,9% случаев (n=11) пациенты с БАР и коморбидной АЗ пытались покончить с собой в состоянии алкогольного опьянения. Два пациента намеренно использовали алкоголь для совершения суицида с целью снижения самоконтроля и страха.

Оценка риска суицидального поведения в группах путем сравнения балльных оценок шкалы SBQ-R показала, что у пациентов с БАР и АЗ данный показатель оказался выше – 13 [10; 14], по сравнению с пациентами с БАР без АЗ – 7 [4; 9] (тест Манна-Уитни, U=368,5, Z=5,960, p=0,00).

В таблице 2 представлены результаты корреляционного анализа взаимосвязи баллов SBQ-R с клинико-динамическими показателями БАР и демографическими характеристиками пациентов. В обеих группах выявлена тесная взаимосвязь ($p<0,05$), указывающая на снижение риска суицидального поведения с увеличением возраста пациентов. К факторам, повышающим риск суицида в более молодом возрасте, можно отнести: ограниченный опыт в преодолении трудностей, неразвитое критическое мышление, эмоциональный характер поведения. В группе с «изолированным» БАР более неблагоприятные показатели SBQ-R были связаны с мужским полом, меньшей давностью БАР и более молодым возрастом к началу аффективного расстройства.

Patients achieved strangulation asphyxia for the purpose of suicide by hanging or strangulation with a loop. For the purpose of poisoning, patients in both groups mostly used psychotropic drugs. Only in 1 case in the bipolar disorder and AA group did the patient take an antihypertensive drug, and in the bipolar disorder without AA group, 2 patients used NSAIDs. One patient with bipolar disorder and AA tried to drown herself in the bathtub. Using cutting objects, patients cut themselves in the forearm area. In 57.9% of cases (n=11), patients with bipolar disorder and comorbid AA tried to commit suicide while intoxicated. Two patients intentionally used alcohol to commit suicide in order to reduce self-control and fear.

An assessment of the risk of suicidal behavior in groups by comparing the scores of the SBQ-R scale showed that in patients with bipolar disorder and AD this indicator was higher – 13 [10; 14], compared to patients with bipolar disorder without AA – 7 [4; 9] (Mann-Whitney test, U=368.5, Z=5.960, p=0.00).

Table 2 presents the results of the correlation analysis of the relationship between SBQ-R scores and clinical and dynamic indicators of bipolar disorder and demographic characteristics of patients. In both groups, a close relationship was found ($p<0.05$), indicating a decrease in the risk of suicidal behavior with increasing age of patients. Factors that increase the risk of suicide at a younger age include: limited experience in overcoming difficulties, underdeveloped critical thinking, and an emotional nature of behavior.

Таблица / Table 2

Взаимосвязь балльных оценок по SBQ-R с демографическими характеристиками пациентов и клинико-динамическими показателями БАР в сравниваемых группах
Relationship between SBQ-R scores and patient demographic characteristics and clinical and dynamic indicators of bipolar disorder in the compared groups

Показатели Indicators	Балльная оценка по SBQ-R SBQ-R Scoring	
	Группа с БАР и АЗ BPD with AA	Группа с БАР без АЗ BPD without AA
Возраст, в годах Age, years	r=-0,42#	r=-0,44#
Пол Gender	rs=-0,20	rs=-0,32#
Давность БАР, в годах BPD duration, years	r=-0,28	r=-0,32#
Возраст к началу БАР, в годах BPD onset age, years	r=-0,28	r=-0,33#
Тип БАР BDP type	rs=-0,08	rs=0,12
Психотическая симптоматика в рамках БАР Psychotic symptoms in the context of bipolar disorder	rs=0,01	rs=0,08
Сезонный паттерн в рамках БАР Seasonal pattern within the BPD	rs=-0,03	rs=0,02
Количество депрессивных эпизодов Number of depressive episodes	r=-0,09	r=-0,01
Количество гипоманиакальных эпизодов Number of hypomaniac episodes	r=-0,22	r=0,03
Количество маниакальных эпизодов Number of maniac episodes	r=-0,14	r=-0,04
Количество смешанных эпизодов Number of mixed episodes	r=-0,16	r=-0,13

Примечание / NB: # p<0,05

Подобных корреляций в группе БАР с коморбидной АЗ не выявлялось.

Следующим этапом статистического анализа была оценка соотношения балльных оценок шкал SASS и SBQ-R.

In the group with "isolated" bipolar disorder, more unfavorable SBQ-R scores were associated with male gender, shorter duration of bipolar disorder, and younger age at onset of affective disorder.

Таблица / Table 3

Взаимосвязь балльных оценок по SBQ-R с уровнем удовлетворенности отдельными сферами жизни пациентами сравниваемых групп
The relationship between SBQ-R scores and the level of satisfaction with individual areas of life in patients of the compared groups

SASS / SBQ-R	Группа БАР и АЗ BPD with AA group	Группа БАР без АЗ BPD without AA group
Интерес к работе, деятельности Interest in work, activities	rs=0,11	rs=-0,35#
Потребность общения с членами семьи The need to communicate with family members	rs=-0,59#	rs=-0,01
Затруднения в выражении своего мнения Difficulty expressing one's opinion	rs=-0,21	rs=-0,34#
Соблюдение общественных правил, правил вежливости Observance of social rules, rules of politeness	rs= -0,45#	rs=-0,13
Вовлечённость в общественную жизнь Involvement in public life	rs=-0,05	rs=-0,38#

Примечание / NB: # p<0,05

В таблице 3 представлены только статистически значимые взаимосвязи между данными показателями.

У пациентов с БАР и АЗ ухудшение показателей суицидального поведения было сопряжено с нарушением норм общественного поведения и снижением потребности общения с членами семьи (табл. 3). Неадекватное поведение человека в состоянии алкогольного опьянения варьируется от нарушений правил вежливости до асоциальных поступков (правонарушения, преступления). После алкогольных эксцессов нередко пациенты испытывают чувство вины, стыда за своё поведение, за исключением случаев значительного негативного изменения личностных особенностей вследствие длительной алкоголизации. При наличии аффективной симптоматики эти переживания становятся более тягостными и могут трансформироваться в суицидальное поведение. Снижение потребности общения с членами семьи может быть обусловлено не только тяжестью аффективной патологии, но и отсутствием доверительных, поддерживающих отношений в семье. Как известно, поддержка близких людей помогает противостоять стрессам. Напротив, дисфункциональная семья, недостаток поддержки и теплых взаимоотношений снижают толерантность к психотравмирующим ситуациям, ухудшают течение как БАР, так и алкогольной зависимости, а также играют немаловажную роль в суицидогенезе.

В группе с изолированным БАР рост суицидального риска у пациентов ассоциировался с нарастанием трудностей в выражении своих эмоций и утратой интереса к работе и общественной жизни (табл. 3). Сложности в выражении своих эмоций приводят к нарастанию внутренней напряжённости и проблемам в сфере социальных отношений. Неудовлетворённость работой может быть связана с проблемами взаимодействия с коллегами из-за алкоголизации или проявлений текущего аффективного эпизода в рамках БАР.

Таким образом, анализ взаимосвязей балльных оценок, полученных с использованием шкал SASS и SBQ-R, в обеих исследуемых группах выявил, что утяжеление характеристик суицидального поведения коррелирует с трудностями, возникающими при взаимоотношении с другими людьми.

Заключение

Результаты нашего исследования выявили более тяжёлые показатели суицидального поведения у па-

Similar correlations were not found in the bipolar disorder group with comorbid AA.

The next stage of statistical analysis was the assessment of the correlation between the scores of the SASS and SBQ-R scales. Table 3 presents only statistically significant relationships between these indicators.

In patients with bipolar disorder and AA, deterioration of suicidal behavior indicators was associated with violation of social norms and decreased need for communication with family members (Table 3). Inappropriate behavior of a person in a state of alcoholic intoxication varies from violations of the rules of politeness to antisocial acts (offenses, crimes). After alcoholic episodes, patients often experience a feeling of guilt, shame for their behavior, except in cases of significant negative changes in personality traits due to long-term alcohol abuse. In the presence of affective symptoms, these experiences become more burdensome and can transform into suicidal behavior. A decrease in the need for communication with family members can be caused not only by the severity of affective pathology, but also by the absence of trusting, supportive relationships in the family. As is known, the support of loved ones helps to resist stress. On the contrary, a dysfunctional family, lack of support and warm relationships reduce tolerance to psychotraumatic situations, worsen the course of both bipolar disorder and alcohol addiction, and also play an important role in suicidogenesis.

In the group of isolated bipolar disorder, the increase in suicidal risk in patients was associated with increasing difficulties in expressing their emotions and loss of interest in work and social life (Table 3). Difficulties in expressing their emotions lead to increasing internal tension and problems in the sphere of social relations. Dissatisfaction with work may be associated with problems interacting with colleagues due to alcohol abuse or manifestations of the current affective episode within the bipolar disorder.

Thus, the analysis of the relationships between the scores obtained using the SASS and SBQ-R scales in both study groups revealed that the severity of the characteristics of suicidal behavior correlates with the difficulties that arise in relationships with other people.

циентов с коморбидными БАР и АЗ по сравнению с «изолированным» БАР. При БАР без АЗ утяжеление характеристик суицидального поведения было связано с мужским полом, меньшей давностью БАР и более молодым возрастом к началу аффективного расстройства. Наличие АЗ нивелировало влияние данных показателей на риск суицидального поведения. При БАР независимо от наличия коморбидной АЗ рост суицидального риска был сопряжен с более молодым возрастом пациентов и снижением удовлетворённости межличностными отношениями. Полученные результаты могут иметь важное практическое значение и использоваться для разработки оптимальных подходов к реабилитации пациентов при коморбидноссти БАР и АЗ, а также для снижения риска суицидального поведения в соответствующих клинических случаях.

Conclusion

The results of our study revealed more severe rates of suicidal behavior in patients with comorbid BPD and AA compared to "isolated" bipolar disorder. In BPD without AA, the severity of suicidal behavior characteristics was associated with male gender, shorter duration of BPD, and younger age at onset of affective disorder. The presence of AA neutralized the effect of these indicators on the risk of suicidal behavior. In BPD, regardless of the presence of comorbid allergic reaction, the increase in suicidal risk was associated with younger age of patients and decreased satisfaction with interpersonal relationships. The obtained results may have important practical significance and be used to develop optimal approaches to the rehabilitation of patients with comorbid BPD and AA, as well as to reduce the risk of suicidal behavior in appropriate clinical cases.

Литература / References:

1. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004; 4 (4): 37. DOI: 10.1186/1471-244X-4-37. PMID: 15527502; PMCID: PMC534107.
2. Kang J, Lim J, Lee J., et al. Suicide rates and subgroups with elevated suicide risk among patients with psychiatric disorders: a nationwide cohort study in Korea. *J Korean Med Sci.* 2024; 14 (39): 264. DOI: 10.3346/jkms.2024.39.e264. PMID: 39403750; PMCID: PMC11473262.
3. Berardelli I, Aguglia A, Amerio A., et al. Characterization of psychiatric inpatients: the role of gender differences in clinical and pharmacological patterns. *J Psychiatr Pract.* 2024; 1 (30-1): 2-12. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000756. PMID: 38227722.
4. Benz MB, Rafferty NS, Arias SA., et al. Means to an end: Characteristics and follow-up of emergency department patients with a history of suicide attempt via medication overdose. *Acad Emerg Med.* 2025; 32 (2): 147-157. DOI: 10.1111/acem.15023. Epub 2024 Sep 20. PMID: 39305066.
5. Baldessarini RJ, Tondo L. Suicidal Risks in 12 DSM-5 Psychiatric Disorders. *J Affect Disord.* 2020; 15 (271): 66-73. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.083. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32312699.
6. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P., et al. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ.* 2008; 18 (337): 2205. DOI: 10.1136/bmj.a2205. PMID: 19018040; PMCID: PMC2590902.
7. Aaltonen KI, Rosenström T, Jylhä P., et al. Do Suicide Attempts of Mood Disorder Patients Directly Increase the Risk for a Reattempt? *Front Psychiatry.* 2020; 26 (11): 547791. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.547791. PMID: 33324247; PMCID: PMC7725715.
8. Pompili M, Gonda X, Serafini G., et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord.* 2013; 15 (5): 457-90. DOI: 10.1111/bdi.12087. Epub 2013 Jun 12. PMID: 23755739.
9. Schaffer A, Isometsä ET, 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. *Bipolar Disord.* 2015; 17 (1): 1-16. DOI: 10.1111/bdi.12271. Epub 2014 Oct 20. PMID: 25329791; PMCID: PMC6296224.
10. Miller JN, Black DW. Bipolar disorder and suicide: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2020; 22 (2): 6. DOI: 10.1007/s11920-020-1130-0. PMID: 31955273.
11. Plans L, Barrot C, Nieto E, et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2019; 1 (242): 111-122. DOI: 10.1016/j.jad.2018.08.054. Epub 2018 Aug 23. PMID: 30173059.
12. Разводовский Ю.Е. Влияние ценового регулирования доступности алкоголя на уровень суицидов в России. *Девиантология.* 2019; 3 (2): 9-12. [Razvodovsky YE. The effects of alcohol pricing policy on suicide rates in Russia. *Deviant Behavior (Russia).* 2019; 3 (2): 9-12.] (In Russ)
13. Сидорова Е.Ю., Ахметова Э.А., Ашуров З.Ш., Асадуллин А.Р., Насырова Р.Ф., Ефремов И.С. Генетические ассоциации полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) с формами суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 23-29. [Sidorova EYu, Akhmetova EA, Ashurov ZSh, Asadullin AR, Nasyrova RF, Efremov IS. Genetic associations of polymorphic variants of MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) genes with forms of suicidal behavior in patients with alcohol dependence. *Academic Journal of West Siberia*. 2022; 18 (1): 23-29.] (In Russ) DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-23-29.
14. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, et al. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed

suicide: a meta-analysis. *PLoS One.* 2015; 10 (5): 0126870. DOI: 10.1371/journal.pone.0126870
15. Norström T, Rossow I. Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual and at the population level. *Arch Suicide Res.* 2016; 20 (4): 489–506. DOI: 10.1080/13811118.2016.1158678
16. Conner KR, Bagge CL. Suicidal behavior: links between alcohol use disorder and acute use of alcohol. *Alcohol Res*. 2019 Jan 1; 40 (1): arcr.v40.1.02. DOI: 10.35946/arcr.v40.1.02. PMID: 31649836; PMCID: PMC6799956.
17. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, et al. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med.* 2017; 47 (5): 949-957. DOI: 10.1017/S0033291716002841. Epub 2016 Dec 8. PMID: 27928972; PMCID: PMC5340592.
18. Галкин С.А., Кисель Н.И. Динамика изменений когнитивного процесса принятия решений при формировании паттернов зависимого потребления алкоголя. *Российский психиатрический журнал*. 2023; 1: 43-50. [Galkin SA, Kisel NI. Dynamics of changes in the cognitive decision-making process in the formation of patterns of dependent alcohol consumption. *Russian Psychiatric Journal*. 2023; 1: 43-50.] (In Russ) DOI: 10.47877/1560-957X-2023-10408
19. Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol Alcohol.* 2006; 41 (5): 473–478. DOI: 10.1093/alcalc/agl060
20. Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. Suicidal behaviour and memory: a systematic review and meta-analysis. *World J Bio Psychiatry.* 2015; 16 (8): 544–566. DOI: 10.3109/15622975.2014.925584
21. Rizk MM, Herzog S, Dugad S., et al. Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders. *Curr Addict Rep*. 2021; 8 (2): 194-207. DOI: 10.1007/s40429-021-00361-z. Epub 2021 Mar 14. PMID: 33747710; PMCID: PMC7955902.
22. Collados-Ros A, Torres-Sánchez C, Pérez-Cárceles MD, et al. Suicidal Behavior and Its Relationship with Postmortem Forensic Toxicological Findings. *Toxics.* 2022; 11 (10-6): 319. DOI: 10.3390/toxics10060319. PMID: 35736927; PMCID: PMC9229491.
23. Carrà G, Bartoli F, Crocamo C., et al. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014; 167: 125-35. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.066. Epub 2014 Jun 6. PMID: 24955564.
24. Tokumitsu K, Sugawara N, Adachi N, et al. Real-world clinical determinants of alcohol dependence in outpatients with bipolar disorder: a multicenter treatment survey for bipolar disorder in psychiatric outpatient clinics with 2,392 participants. *Front Psychiatry.* 2024; 7 (15): 1434810. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1434810. PMID: 39575198; PMCID: PMC11578974.
25. Бохан Н.А., Рощина О.В., Счастный Е.Д. и др. Коморбидность аффективных расстройств и алкогольной зависимости. Томск: «Интегральный переплет», 2021. 143 с. [Bohan NA, Roshchina OV, Schastny ED, et al. Comorbidity of affective disorders and alcohol dependence. Tomsk: Integral Binding, 2021. 143 p.] (In Russ)
26. Oquendo MA, Currier D, Liu S, et al. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders. *The Journal of clinical psychiatry.* 2010; 71 (7): 902-909. DOI: 10.4088/JCP.09m05198gry
27. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, et al. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment.* 2001; 8 (4): 443-454.
28. Bosc M, Dubini A, Polin V. The Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS). *European Neuropsychopharmacology.* 1997; 1 (7): 57-70.

SUICIDAL RISK IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER, TAKING INTO ACCOUNT ITS COMORBIDITY WITH ALCOHOL ADDICTION

G.G. Simutkin[1], S.N. Vasileva[1], N.S. Smirnova[1], A.K. Surovtseva[1], N.A. Bokhan[1,2]

[1]Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, RAS, Tomsk, Russia; ggsimutkin@gmail.com
[2]National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Abstract:

High risk of suicide in people with bipolar affective disorder and alcohol addiction has been demonstrated in numerous studies. Comorbid course of these disorders further increases the vulnerability of patients to suicidal thoughts and suicide attempts. *Aim:* to study the effect of comorbid alcohol addiction on the risk of suicidal behavior in patients with bipolar affective disorder. *Material and methods.* Two groups of patients were examined in a psychiatric hospital with subsequent comparison. The group of patients with bipolar affective disorder and comorbid alcohol addiction – 43 people aged 35 [24.0; 45.0] and the group of patients with bipolar affective disorder without comorbid alcohol addiction – 60 people aged 38 [24.0; 51.0]. The groups were comparable in age and gender (p> 0.05). Research methods: clinical-psychopathological, clinical-follow-up, psychometric, statistical. Various aspects of suicidal behavior in patients of the examined groups were assessed using the SBQ-R suicidal behavior questionnaire. The level of social functioning and quality of life of patients was determined using the SASS questionnaire. *Results.* In patients with comorbid bipolar affective disorder and alcohol dependence, compared with "isolated" bipolar affective disorder, a more frequent occurrence of suicide attempts in the anamnesis (44.2% versus 25.0%) and higher scores of the SBQ-R scale (13 [10; 14] and 7 [4; 9], respectively) (p<0.05) were revealed. Correlation analysis of the relationship SBQ-R scores with clinical and dynamic indica-

tors of bipolar affective disorder and demographic characteristics showed: in both groups, the risk of suicidal behavior decreases with increasing age of patients ($p<0.05$), with "isolated" bipolar affective disorder, more unfavorable SBQ-R scores are associated with male gender, shorter duration of affective disorder and younger age at onset of bipolar affective disorder ($p<0.05$). Similar correlations were not revealed in the group of bipolar affective disorder with comorbid alcohol addiction. Evaluation of the relationships between the SASS and SBQ-R scales showed that in both study groups, the severity of suicidal behavior scores correlates with difficulties arising in relationships with other people. *Conclusions.* Patients with comorbid bipolar affective disorder and alcohol addiction show more severe rates of suicidal behavior compared to patients with "isolated" bipolar affective disorder.

Keywords: suicidal behavior, bipolar affective disorder, comorbidity, alcohol addiction, clinical and dynamic characteristics, social adaptation

Вклад авторов:

ГГ. Симуткин: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
С.Н. Васильева: клиническое обследование пациентов, написание текста рукописи, статистический анализ;
Н.С. Смирнова: психометрическое обследование пациентов, написание текста рукописи;
А.К. Суровцева: психометрическое обследование пациентов, написание текста рукописи;
Н.А. Бохан: окончательное утверждение текста рукописи.

Authors' contributions:

G.G. Simutkin: conception and design of the study, drafting of the article, critical revision for important intellectual content;
S.N. Vasilieva: clinical study of patients, drafting of the article, statistical analysis;
N.S. Smirnova: psychometric study of patients, drafting of the article;
A.K. Surovtseva: psychometric study of patients, drafting of the article;
N.A. Bokhan: final approval of the text of the manuscript.

Источник финансирования: Работа выполнена при поддержке гранта РНФ № 23-15-00338 «Сравнительное изучение роли иммуновоспаления и нейропротекции в патогенезе и клинике аффективных расстройств и алкогольной зависимости», https://rscf.ru/project/23-15-00338/
Financing: The work was supported by the Russian Science Foundation grant No. 23-15-00338 "Comparative study of the role of immunoinflammation and neuroprotection in the pathogenesis and clinic of affective disorders and alcohol dependence", https://rscf.ru/project/23-15-00338/

Соответствие принципам этики: Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА 2000 г. и одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол №164 от 16.06.2023, дело №164/2.2023). Все пациенты дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.
Compliance with the principles of ethics: The study was carried out in accordance with the Helsinki Declaration of the BMA 2000 and approved by the local Ethical Committee of the Tomsk Scientific Research Institute of Mental Health (Protocol No. 164 dated 06/16/2023, case No. 164/2.2023). All patients gave voluntary informed consent to participate in the study.

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

Статья поступила / Article received: 22.03.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.04.2025.

Для цитирования: Симуткин Г.Г., Васильева С.Н., Смирнова Н.С., Суровцева А.К., Бохан Н.А. Суицидальный риск при биполярном аффективном расстройстве с учетом его коморбидности с алкогольной зависимостью. *Суицидология.* 2025; 16 (1): 146-156. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-01(58)-146-156

For citation: Simutkin G.G., Vasileva S.N., Smirnova N.S., Surovtseva A.K., Bokhan N.A. Suicidal risk in bipolar affective disorder taking into account its comorbidity with alcohol addiction. *Suicidology.* 2025; 16 (1): 146-156. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-01(58)-146-156