

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ БИПОЛЯРНОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

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

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

ГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия

RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

*S.N. Vasilyeva, G.G. Simutkin,
E.D. Schastnyy, N.A. Bokhan*

Mental Health Research Institute, Tomsk National
Research Medical Center, RAS, Tomsk, Russia
Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Информация об авторах:

Васильева Светлана Николаевна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6482-2439; Researcher ID: I-9405-2017; ORCID iD: 0000-0002-0939-0856). Место работы и должность: научный сотрудник отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-38-24, электронный адрес: vasilievasn@yandex.ru

Симуткин Герман Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 6482-2439; Researcher ID: I-9405-2017; ORCID iD: 0000-0002-9813-3789). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-38-24, электронный адрес: ggsimutkin@gmail.com

Счастный Евгений Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6482-2439; Researcher ID: S-3674-2016; ORCID iD: 0000-0003-2148-297X). Место работы и должность: заведующий отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-38-24, электронный адрес: evgeny.schastnyy@gmail.com

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 Томского НИМЦ РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: bna909@gmail.com

Author's information:

Vasilyeva Svetlana Nikolaevna – MD, PhD (SPIN-code: 6482-2439; Researcher ID: I-9405-2017; ORCID iD: 0000-0002-0939-0856). Place of work and position: Researcher at the Department of Affective States of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-38-24, email: vasilievasn@yandex.ru

Simutkin German Gennadievich – MD, PhD (SPIN-code: 6482-2439; Researcher ID: I-9405-2017; ORCID iD: 0000-0002-9813-3789). Place of work and position: Leading researcher at the Department of Affective States of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-38-24, email: ggsimutkin@gmail.com

Schastny Evgeny Dmitrievich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6482-2439; Researcher ID: S-3674-2016; ORCID iD: 0000-0003-2148-297X). Place of work and position: Head of the Department of Affective States of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-38-24, email: evgeny.schastnyy@gmail.com

Bokhan Nikolay Aleksandrovich – 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: 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 T. Phone: +7 (3822) 72-40-15, email: bna909@gmail.com

Цель: Выявление факторов риска суицидального поведения пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР). *Материал.* В специализированном психиатрическом отделении обследовано 164 пациента с верифицированным диагнозом БАР. В обследуемой группе преобладали женщины (70,1%), воз-

раст женщин составил 44 года [28; 54], мужчин – 35 лет [30; 51]. Проведён сравнительный анализ социально-демографических показателей и клинико - динамических характеристик БАП в двух группах пациентов с наличием (n=42) и отсутствием (n=122) суицидальных попыток в течение аффективного расстройства. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы SPSS Statistics v26. *Результаты.* Выявлен значительный удельный вес пациентов с БАП, совершивших суицидальную попытку (25,6%). Пациенты с суицидальной попыткой в анамнезе, по сравнению с пациентами без таковой, чаще страдали БАП I типа, имели коморбидное расстройство личности и алкогольную зависимость, более ранний возраст манифестации аффективного расстройства, более частое обострение аффективной симптоматики и смешанные эпизоды в течение БАП. Также данные пациенты были менее адаптированы: чаще не состояли в браке, имели незаконченное высшее образование, были безработными или имели инвалидность вследствие психического заболевания. *Выводы.* Более тяжёлое течение БАП, наличие коморбидной психической патологии и снижение уровня социального функционирования повышают риск суицидального поведения пациентов.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, факторы риска, биполярное аффективное расстройство, БАП

У пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАП) завершённые суициды регистрируются в 20-30 раз чаще, по сравнению с общей популяцией [1]. До 20% больных БАП (в основном не леченных) заканчивают свою жизнь самоубийством, а 20-60% совершают суицидальные попытки [2].

Данные литературы в отношении влияния подтипа БАП на уровень суицидальности разнятся. A. Schaffer и соавт. [3] в ходе мета-анализа не выявили различий в частоте встречаемости суицидальных попыток у пациентов с разным подтипом БАП. L. Plans с коллегами [1] при систематическом обзоре статей, посвящённых завершённому суициду, выявили самый высокий риск смерти от суицида у пациентов с БАП II типа. Так же было показано, что при депрессивной полярности первого эпизода настроения при БАП пациенты почти в два раза чаще предпринимают попытку самоубийства [3]. При анализе взаимосвязи суицидального риска и клиническими проявлениями депрессии при БАП наибольший риск суицидального поведения выявляется у пациентов с психотическими и выраженными тревожными симптомами [4].

Коморбидная психическая патология при БАП способствует аутодеструктивному поведению больных [5–7]. Пациенты, страдающие БАП I типа и коморбидностью по оси I, в 40 раз чаще предпринимают суицидальную попытку, чем пациенты без наличия психической коморбидности [8]. Согласно результатам мета-аналитических исследований смертность от самоубийств ассоциирована с мужским полом [3], а суицидальные попытки – с женским [9].

К наиболее значимым факторам риска суицидального поведения в случае БАП относят [10]: ран-

Completed suicides are recorded 20-30 times more often in patients with bipolar affective disorder (BAD) compared to general population [1]. Up to 20% of patients with bipolar disorder (mostly untreated) end their lives by suicide, and 20-60 % make suicide attempts [2].

Literature data regarding the influence of the bipolar disorder subtype on the level of suicidality vary. In the course of a meta-analysis [3] A. Schaffer et al. did not reveal differences in the incidence of suicide attempts in patients with different subtypes of bipolar disorder. In a systematic review of articles on completed suicide [1] L. Plans et al found the highest risk of death from suicide in patients with BAD type II. It has also been shown that with the depressive polarity of the first episode of mood in bipolar disorder, patients are almost twice as likely to attempt suicide [3]. When analyzing the relationship between suicidal risk and clinical manifestations of depression in bipolar disorder, the highest risk of suicidal behavior is found in patients with psychotic and severe anxiety symptoms [4].

Comorbid mental pathology in bipolar disorder contributes to the self-destructive behavior of patients [5–7]. Patients with BAD type 1 and Axis I comorbidity are 40 times more likely to attempt suicide than patients without psychiatric comorbidity [8]. According to the results of meta-analytic studies, mortality from suicide is associated with the male sex [3], while suicide attempts are more characteristic of the female sex [9].

The most significant risk factors for

ний возраст к началу заболевания, отягощённая наследственность, выраженная тяжесть депрессии, быстрая цикличность течения БАР, смешанные эпизоды. Среди других: мужской пол, проживание в одиночестве, отсутствие детей, европеоидная раса, молодой и пожилой возраст, суицидальная попытка в анамнезе, отсутствие работы, семейный анамнез попытки самоубийства или самоубийства, преобладающая депрессивная полярность [11].

Медикаментозное лечение уменьшает смертность от суицидов более чем в 5 раз [12]. Поэтому приверженность к терапии имеет огромное значение в профилактике суицидального поведения пациентов. Лекарственные средства уменьшают риск суицидального поведения за счёт стабилизации состояния пациентов при обострении БАР. При профилактическом приёме психофармакологические средства предотвращают возникновение депрессивных и смешанных фаз, во время которых чаще совершаются суицидальные попытки пациентами. При этом собственно антисуицидальное действие на сегодняшний день доказано лишь у одного препарата, к которому относится литий [13]. В целом, по сравнению с плацебо, литий снижает риск самоубийства более чем на 60% при расстройствах настроения [1, 14]. Зарубежом в качестве скорой помощи при высоком суицидальном риске используют эскетамин (интраназальный спрей) с быстрым, но относительно коротким антисуицидальным действием [15, 16].

Наряду с наличием у пациентов высокой приверженности лечению к защитным факторам от суицида относят: социальную поддержку, высокое качество жизни, религиозность, сильное осознание смысла жизни, гипертимический аффективный темперамент [2, 8, 17].

Учитывая вышеизложенное, нами была принята попытка исследования, целью которого явилось выявление факторов риска суицидального поведения пациентов при БАР.

В задачи исследования входило определение удельного веса пациентов с БАР, у которых в анамнезе отмечались суицидальные попытки, с последующим сравнительным анализом социально-демографических и клинико-динамических показателей БАР у пациентов с наличием и отсутствием в анамнезе суицидальных попыток.

Материал и методы.

Сплошным методом в специализированном психиатрическом отделении нами было обследовано 164 пациента с БАР в возрасте от 18 до 65 лет (табл. 1).

suicidal behavior in the case of bipolar disorder include [10]: early age at the onset of the disease, aggravated heredity, pronounced severity of depression, rapid cyclicity of the course of bipolar disorder, mixed episodes. Other factors include: male gender, living alone, no children, Caucasian race, young and old age, history of suicide attempt, lack of work, family history of suicide attempt or suicide, predominant depressive polarity [11].

Drug treatment reduces suicide mortality by more than 5 times [12]. Therefore, adherence to therapy is of great importance in the prevention of suicidal behavior in patients. Medicines reduce the risk of suicidal behavior by stabilizing the condition of patients with an exacerbation of bipolar disorder. When taken prophylactically, psychopharmacological agents prevent the occurrence of depressive and mixed phases, during which suicidal attempts are more often made by patients. At the same time, the actual anti-suicidal effect has been proven to date only in one drug, which includes lithium [13]. Overall, compared with placebo, lithium reduces the risk of suicide by more than 60% in mood disorders [1, 14]. Esketamine (intranasal spray) with a quick but relatively short anti-suicidal effect is used abroad as an ambulance for high suicidal risk [15, 16].

Along with the high adherence of patients to treatment, protective factors against suicide include: social support, high quality of life, religiosity, strong awareness of the meaning of life, hyperthymic affective temperament [2, 8, 17].

Considering the above, we attempted to study the aim of which was to identify risk factors for suicidal behavior in patients with bipolar disorder.

The objectives of the study included determining the proportion of patients with BAD who had a history of suicide attempts, followed by a comparative analysis of the socio-demographic and clinical-dynamic parameters of BAD in patients with and without a history of suicidal attempts.

Material and methods.

Using a continuous method in a specialized psychiatric department, we examined 164 patients with bipolar disorder aged 18 to 65 (Table 1).

Таблица / Table 1

Социально-демографические показатели обследованных пациентов
Socio-demographic indicators of examined patients

Показатель / Indicator		Результат Result	
		n	%
Пол Sex	Женский / Female	115*	70,1
	Мужской / Male	49	29,9
Семейное положение Marital status	В браке / Married	70	42,7
	Холост / Single	50	30,5
	В разводе / Divorced	32	19,5
	Вдовы / Widowed	12	6,3
Уровень образования Education level	Среднее / Secondary	12	7,3
	Средне-специальное / Secondary Professional	37	22,6
	Незаконченное высшее / Incomplete higher	23	14,0
	Высшее / Higher	92	56,1
Профессиональный статус Professional status	Работает / Has a job	85	51,8
	Не работает / Has no job	53	32,
	Не работает, вследствие психической патологии Has no job due to psychopathology	26	15,9

Примечание / NB: * $p < 0,05$

Возраст обследуемых пациентов: женщины – 44 года (28; 54), мужчины – 35 лет [30; 51]. В обследуемой группе преобладали женщины ($p < 0,01$). Распределение пациентов в зависимости от текущего аффективного эпизода было следующим: эпизод депрессии – 61,6% ($n=101$), эпизод смешанный – 33,5% ($n=55$), эпизод гипомании – 3,1% ($n=5$), эпизод мании – 1,8% ($n=3$).

Использовались клинико-катамнестический, клинико-психопатологический и психометрический методы исследования. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением программы IBM SPSS Statistics v26.

Результаты и обсуждение.

Анамнестические и катамнестические сведения показали, что среди обследованных пациентов БАР 25,6% пациентов в течение аффективного заболевания предпринимали суицидальную попытку.

Для оценки риска суицидального поведения пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли пациенты с наличием суицидальных попыток в анамнезе в количестве 42 человек в возрасте 35,5 (25; 51). Из них женщин 64,3% ($n=27$). С суицидальной целью пациенты использовали самоповешение, самоотравление, колющие и режущие предметы.

The mean age of the examined patients are: 44 years (28; 54) for women, 35 years [30; 51] for men. The examined group was dominated by women ($p < 0.01$). The distribution of patients depending on the current affective episode was the following: 61.6% ($n=101$) episode of depression, 33.5% ($n=55$) mixed episode, 3.1% ($n=5$) episode of hypomania, 1.8% ($n=3$) episode of mania.

Clinical-catamnestic, clinical - psychopathological and psychometric research methods were used. Statistical data processing was carried out on a personal computer using the IBM program SPSS Statistics v26 (IBM SPSS, USA).

Results and discussion.

Anamnestic and follow-up information showed that among the examined patients with bipolar disorder, 25.6% of patients made a suicidal attempt during an affective illness.

To assess the risk of suicidal behavior, patients were divided into 2 groups. Group 1 included patients with a history of suicidal attempts in the amount of 42 people aged 35.5 (25; 51). Of these women made up 64.3% ($n=27$).

Таблица / Table 2

Уровень образования пациентов сравниваемых групп
The level of education of patients of the compared groups

Уровень образования Level of education of patients	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)		Без суицидальных попыток в анамнезе No History of suicide attempts (n=122)	
	Среднее Secondary	2	4,8	10
Средне-специальное Secondary Professional	8	19,1	29	23,7
Незаконченное высшее Incomplete Higher	11	26,1	*17	9,9
Высшее Higher	21	50,0	71	58,2

Примечание / NB: *p<0,05

Вторую группу составили пациенты без суицидальных попыток в анамнезе (n=122) в возрасте 42,5 (30; 55). Удельный вес женщин составил 72,1% (n=88).

Сравниваемые группы по давности БАР были сопоставимы (p>0,05). У пациентов с наличием суицидальных попыток в анамнезе данный показатель составил 8,5 (5; 16) лет, с отсутствием таковых – 10,5 (6; 17) лет.

В группах оценивались возраст к началу БАР, подтип БАР, индекс цикличности, наличие в течение БАР смешанных эпизодов, наличие коморбидной психической патологии, возраст, пол, образование, трудовой и семейный статус.

В группе с попытками суицида в анамнезе количество пациентов с незаконченным высшим образованием оказалось больше (p<0,05), чем в группе без суицидальных попыток в анамнезе (табл. 2). Вероятно, пациенты не смогли закончить ВУЗ в связи с более ранним возрастом манифестации БАР, на что указывают результаты нашего исследования, представленные выше.

For suicidal purposes, patients used self-hanging, self-poisoning, stabbing and cutting objects.

The second group consisted of patients without a history of suicide attempts (n=122) aged 42.5 (30; 55). The proportion of women was 72.1% (n=88).

The compared groups were comparable in terms of BAD prescription (p>0.05). In patients with a history of suicidal attempts, this indicator was 8.5 (5; 16) years, with no suicidal attempts this indicator was 10.5 (6; 17) years.

Age at the onset of bipolar disorder, subtype of bipolar disorder, index of cyclicity, presence of mixed episodes during bipolar disorder, presence of comorbid mental pathology, age, gender, education, labor and marital status were assessed in the groups.

In the group with a history of suicide attempts, the number of patients with incomplete higher education was higher (p < 0.05) than in the group without a history of suicide attempts (Table 2).

Таблица / Table 3

Разделение пациентов исследуемых групп в зависимости от трудового статуса
Distribution of patients of the studied groups on the grounds of their labor status

Трудовой статус пациентов Patients' labor status	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)		Без суицидальных попыток No history of suicide attempts (n=122)	
	Работает Has a job	21	50,0	64
Не работает, вследствие БАР Has no job due to BAD	8	19,1	*12	9,8
Инвалидность по психическому заболеванию Disability due to mental illness	4	9,5	*2	1,6
Не работает по другим причинам Has no job for other	9	21,4	44	36,1

Примечание / NB: *p<0,05

Таблица / Table 4

Распределение пациентов исследуемых групп в зависимости от семейного статуса
Distribution of patients in the study groups depending on marital status

Семейный статус пациентов Patients' marital status	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)		Без суицидальных попыток в анамнезе No history of suicide attempts (n=122)	
Холост / Single	16	38,1	34	27,9
Замужем / Married	12	*28,6	58	47,5
Разведён / Divorced	12	28,6	20	16,4
Вдов / Widowed	2	4,7	10	8,2

Примечание / NB: *p<0,05

Исходя из данных, представленных в таблице 3, удельный вес работающих пациентов в группах сравнения не имел статистически значимых различий (p>0,05).

Однако анализ в группе неработающих пациентов причин, по которым они не работают, выявил межгрупповые различия (p<0,05). Количество больных, не работающих из-за аффективного расстройства и больных, имеющих инвалидность по психическому заболеванию, было больше в группе с наличием суицидальной попытки в анамнезе.

Оценка данных таблицы 4 показала, что в группе лиц с суицидальными попытками в анамнезе удельный вес пациентов, не состоящих в браке, оказался больше (p<0,05), чем в группе сравнения. Возможно, это связано с более выраженными сложностями в создании семьи из-за более тяжёлого течения аффективного расстройства и его более раннего начала.

При оценке возраста к началу аффективного расстройства в группах сравнения были выявлены межгрупповые различия, свидетельствующие о более молодом возрасте к манифестации БАР у пациентов с наличием суицидальных попыток в анамнезе – 20,5 (17 до 29) лет, по сравнению с пациентами без суицидальных попыток в анамнезе – 28 (20; 39) лет (p<0,05).

Согласно данным таблицы 5 у пациентов, совершивших суицидальную попытку в анамнезе, возраст к началу БАР чаще (p<0,05) приходился на второе десятилетие. У пациентов, не проявляющих суицидальной активности в прошлом, БАР чаще манифестировало в период между 30 и 40 годами (p<0,05).

Эти данные согласовались и с значениями индекса цикличности течения заболевания. При суицидальных попытках в анамнезе данный показатель был достоверно меньше – 0,87 (0,5; 1,5), чем в группе сравнения – 1,2 (0,8; 1,8) (p<0,05).

It is likely that patients were not able to graduate from the university due to the earlier age of manifestation of bipolar disorder, as indicated by the results of our study presented above.

Based on the data presented in table 3, the proportion of working patients in the comparison groups had no statistically significant differences (p>0.05). However, analysis in the group of non-working patients of the reasons why they do not work revealed intergroup differences (p < 0.05). The number of patients not working due to an affective disorder and patients with disability due to mental illness was higher in the group with a history of a suicide attempt.

An evaluation of the data in Table 4 showed that in the group of individuals with a history of suicidal attempts, the proportion of unmarried patients was higher (p < 0.05) than in the comparison group. Perhaps this is due to more pronounced difficulties in creating a family due to the more severe course of affective disorder and its earlier onset.

When assessing the age of the onset of an affective disorder in the comparison groups, intergroup differences were revealed, indicating a younger age of the onset of bipolar disorder in patients with a history of suicidal attempts – 20.5 (17 to 29) years of age, compared with patients without suicidal attempts in history – 28 (20; 39) years of age (p<0.05).

According to Table 5, in patients with a history of suicide attempts, the onset of bipolar disorder more often (p<0.05) took place in their second decade. In patients who did not show suicidal activity in the past, BAD more often manifested between 30 and 40 years of age (p<0.05).

Таблица / Table 5

Возраст к началу БАР у пациентов сравниваемых групп
Age of the onset of bipolar disorder in patients of the compared groups

Возраст к началу БАР Age of BAD onset	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)		Без суицидальных попыток в анамнезе No history of suicide attempts (n=122)	
	Число	Процент	Число	Процент
< 20 лет / years of age	*20	47,6	34	27,9
20-30 лет / years of age	13	31,0	34	27,9
30-40 лет / years of age	*3	7,1	28	23,0
40-50 лет / years of age	4	9,5	19	15,5
> 50 лет / years of age	2	4,8	7	5,7

Примечание / NB: * p<0,05

То есть, у пациентов, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, выявлялось более частое повторение аффективных фаз, что свидетельствует о более тяжёлом течении БАР.

Пациенты с наличием суицидальной попытки в анамнезе чаще (p<0,05) страдали БАР I типа. При этом частота смешанного эпизода в этой группе была выше (66,7%), чем в группе сравнения (49,2%, p<0,05). Это согласуется с данными литературы, указывающих на высокую ассоциированность смешанных эпизодов с суицидальной активностью.

Поскольку коморбидная психическая патология усугубляет течение БАР, следующим шагом нашего исследования явился анализ наличия коморбидной психической патологии. В изучаемой выборке половина (50,6%; n=83) пациентов помимо БАР имели другое психическое расстройство, 17,1% (n=28) – два, а 6,1% (n=10) – три коморбидных психических расстройства. В группе лиц с суицидальным анамнезом коморбидная патология выявлялась чаще (71,4%; p<0,05), по сравнению с группой без суицидальных попыток (43,4%).

Распределение пациентов с БАР в зависимости от диагноза коморбидного расстройства в сравниваемых выборках продемонстрировано в таблице 6.

Вероятно, частота встречаемости расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), при БАР в рутинной клинической практике является более высокой по сравнению с данными, полученными в нашем исследовании, поскольку наличие выраженных актуальных симптомов синдрома зависимости являлось противопоказанием для госпитализации в отделение аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

These data were also consistent with the values of the disease cyclicity index. With a history of suicide attempts, this indicator was significantly lower – 0.87 (0.5; 1.5), than in the comparison group – 1.2 (0.8; 1.8) (p<0.05).

That is, in patients with a history of suicidal attempts, a more frequent repetition of affective phases was detected, which indicates a more severe course of bipolar disorder.

Patients with a history of a suicide attempt were more likely (p<0.05) to suffer from type I bipolar disorder. At the same time, the frequency of a mixed episode in this group was higher (66.7%) than in the control group (49.2%, p<0.05). This is consistent with literature data indicating a high association of mixed episodes with suicidal activity.

Since comorbid mental pathology exacerbates the course of bipolar disorder, the next step in our study was to analyze the presence of comorbid mental pathology. In the study sample, half (50.6%; n=83) of patients had another mental disorder besides bipolar disorder, 17.1% (n=28) had two, and 6.1% (n = 10) had three comorbid mental disorders. In the group of persons with a history of suicide, comorbid pathology was detected more often (71.4%; p<0.05), compared to the group without suicide attempts (43.4%).

The distribution of patients with bipolar disorder depending on the diagnosis of a comorbid disorder in the compared samples is shown in Table 6.

Таблица / Table 6

Психические расстройства, коморбидные БАР, у исследуемых пациентов
Psychiatric disorders comorbid with BAD in the studied patients

Коморбидное психическое расстройство Comorbid mental disorder	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)	Без суицидальных попыток в анамнезе No history of suicide attempts (n=122)
	n/N (%)	
<i>Расстройства тревожного спектра</i> <i>Anxiety Spectrum Disorders:</i>	12/42 (28,5%)	25/122 (20,5%)
– агорафобия с паническим расстройством <i>agoraphobia with panic disorder</i>	1/12 (8,3%)	0/25 (0%)
– агорафобия без панического расстройства <i>agoraphobia without panic disorder</i>	1/12 (8,3%)	1/25 (4,0%)
– паническое расстройство / <i>panic disorder</i>	6/12 (50,0%)	15/25 (60,0%)
– генерализованное тревожное расстройство <i>generalized anxiety disorder</i>	1/12 (8,4%)	3/25 (12,0%)
– социальная фобия <i>social phobia</i>	0/12 (0%)	1/25 (4,0%)
– смешанное тревожное расстройство <i>mixed anxiety disorder</i>	3/12 (25,0%)	5/25 (20,0%)
<i>Расстройство личности</i> <i>Personality disorders:</i>	17/42 (40,5)*	26/122 (21,3%)
– смешанное расстройство личности <i>mixed personality disorder</i>	10/17 (58,8%)	18/26 (69,2%)
– пограничное расстройство личности <i>borderline personality disorder</i>	7/17 (41,2%)	3/26 (11,5%)
– истерическое расстройство личности <i>hysterical personality disorder</i>	0/17 (0%)	4/26 (15,4%)
– шизоидное расстройство личности <i>schizoid personality disorder</i>	0/17 (0%)	1/26 (3,9%)
<i>ОКР / OCD</i>	1/42 (2,4%)	2/122 (1,6%)
<i>Расстройства, связанные с употреблением ПАВ</i> <i>Substance abuse disorders</i>	16/42 (38,1%)*	19/122 (15,6%)
– алкогольная зависимость <i>alcohol addiction</i>	15/16 (93,8%)	17/19 (89,5%)
– зависимость от каннабиноидов, снотворных средств <i>cannabinoids, sleeping pills addiction</i>	1/16 (6,2%)	2/19 (10,5%)
<i>Нарушение пищевого поведения</i> <i>Eating disorders</i>	2/42 (4,8%)	1/122 (0,8%)

Примечание/NB: * p<0,05

В группе пациентов с наличием суицидальных попыток в анамнезе чаще в качестве коморбидной патологии выявлялись расстройство личности и алкогольная зависимость (p<0,05).

Учитывая вышеизложенное, коморбидность БАР с расстройством личности и алкогольной зависимостью можно отнести к факторам риска суицидального поведения пациентов.

Заключение.

Среди пациентов с БАР каждый четвертый (25,6%) имел в анамнезе опыт совершения суи-

It is likely that the frequency of occurrence of disorders associated with the use of psychoactive substances (PAS) in BAD in routine clinical practice is higher compared to the data obtained in our study, since the presence of severe actual symptoms of the addiction syndrome was a contraindication for hospitalization in the department of affective states of the Research Institute mental health of the Tomsk NIMC. In the group of patients with a history of suicidal attempts, personality disorder and alcohol addiction were more often detected as a comorbid pathology (p < 0.05). Given the above, the comorbidity of bipolar disorder with personality disorder and alcohol addiction can

цидальной попытки. По сравнению с больными, отрицающими покушения на самоубийства, эти пациенты чаще: имеют возраст к началу БАР до 20 лет, страдают от обострения аффективной симптоматики, переносят смешанные эпизоды, имеют БАР I типа и коморбидные расстройство личности и алкогольную зависимость. Эти пациенты чаще: не состоят в браке, имеют незаконченное высшее образование, не работают вследствие аффективного расстройства, либо инвалидности по психическому заболеванию.

Полученные результаты исследования в целом позволяют дать более точную характеристику суицидоопасного контингента среди лиц, страдающих БАР. Они более могут быть использованы при оценке суицидального риска, а также при разработке диагностических и лечебно-реабилитационных программ для данной категории пациентов.

Литература / References:

- Plans L., Barrot C., Nieto E., Rios J., Schulze T.G., Papiol S. et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2019; 242: 111–122. DOI: 10.1016/j.jad.2018.08.054
- Dome P., Rihmer Z., Gonda X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina* (Kaunas). 2019; 55 (8): 403. DOI: 10.3390/medicina55080403
- Schaffer A., Isometsä E.T., Tondo L., Moreno D.H., Sinyor M., Kessing L.V., et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015; 49 (9): 785–802. DOI: 10.1177/0004867415594427
- Шелехов И.Л., Корнетов А.Н., Гребенникова Е.В. Суицидология: история и современные представления. Учебное пособие. Томск, 2016: 300. [Shelekhov I.L., Kor-netov A.N., Grebennikova E.V. Suicidology: history and modern ideas. Study guide. Tomsk, 2016: 300.] (In Russ)
- Isometsä E. Suicidal behaviour in mood disorders -- Who, when, and why? *Can J Psychiatry.* 2014; 59: 120–130. DOI: 10.1177/070674371405900303
- Simhandl C., König B., Amann B.L., Radua J. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016; 50 (4): 345–351.
- Bauer M., Glenn T., Alda M., Andreassen O.A., Angelopoulos E., Arduin R. et al. Association between solar insolation and a history of suicide attempts in bipolar I disorder. *J Psychiatr Res.* 2019; 113: 1–9. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2019.03.001
- Mazaheri M., Gharraee B., Shabani A., Lotfi M. Studying the predictive factors of suicide attempts in patients with type 1 bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2019; 275: 373–378. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.04.012
- be attributed to risk factors for suicidal behavior in patients.
- Conclusion.*
- Every fourth (25.6%) patient with bipolar disorder had a history of a suicide attempt. Compared with patients who deny attempted suicide, these patients are more likely to: have the onset of bipolar disorder before 20 years of age, suffer from an exacerbation of affective symptoms, suffer mixed episodes, have type I bipolar disorder and comorbid personality disorder and alcohol addiction. These patients are more often: unmarried, have incomplete higher education, do not work due to an affective disorder or disability due to mental illness.
- The results of the study as a whole allow us to give a more accurate description of the suicidal contingent among people suffering from bipolar disorder. They can be more used in the assessment of suicidal risk, as well as in the development of diagnostic and treatment and rehabilitation programs for this category of patients.
- Tondo L., Pompili M., Forte A., Baldessarini R.J. Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatr Scand.* 2016; 133 (3): 174–186. DOI: 10.1111/acps.12517
- 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.
- Miller J.N., Black D.W. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2020; 18; 22 (2): 6. DOI: 10.1007/s11920-020-1130-0
- Angst F., Stassen H.H., Clayton P.J., Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord.* 68 (2–3): 167–181. DOI: 10.1016/S0165-0327(01)00377-9
- Smith K.A., Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar Disord.* 2017; 19: 575–586. DOI: 10.1111/bdi.12543
- Cipriani A., Hawton K., Stockton S., Geddes J.R. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013; 346: f3646. DOI: 10.1136/bmj.f3646
- Fedgchin M., Trivedi M., Daly E.J., Melkote R., Lane R., Lim P., et al. Efficacy and safety of fixed-dose esketamine nasal spray combined with a new oral antidepressant in treatment-resistant depression: results of a randomized, double-blind, active-controlled study (TRANSFORM-1). *Int J Neuropsychopharmacol.* 2019; 22 (10): 616–630. DOI: 10.1093/ijnp/pyz039
- Canuso C.M., Ionescu D.F., Li X., Qiu X., Lane R., Turkoz I., et al. Esketamine nasal spray for the rapid reduction of depressive symptoms in major depressive disorder with acute suicidal ideation or behavior. *J Clin Psychopharmacol.* 2021; 41 (5): 516–524. DOI: 10.1097/JCP.0000000000001465
- Caribe A.C., Studart P., Bezerra-Filho S., Brietzke E., Nunes Noto M., Vianna-Sulzbach M. et al. Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatients? *J Affect Disord.* 2015; 186: 156–161. DOI: 10.1016/j.jad.2015.07.024

RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

S.N. Vasilyeva¹, G.G. Simutkin¹,
E.D. Schastnyy¹, N.A. Bokhan^{1,2}

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, RAS, Tomsk, Russia; vasilievasn@yandex.ru
²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; bna909@gmail.com

Abstract:

Aim: Identification of risk factors for suicidal behavior in patients with bipolar affective disorder (BAD). **Materials.** In a specialized psychiatric department, 164 patients with a verified diagnosis of bipolar disorder were examined. The examined group mostly consisted of women (70.1%) with mean age of 44 [28; 54], while the mean age for men was 35 [30; 51]. A comparative analysis of socio-demographic indicators and clinical-dynamic characteristics of BAD was carried out in two groups of patients with the presence (n=42) and absence (n=122) of suicidal attempts during an affective disorder episode. Statistical data processing was carried out using the SPSS program Statistics v26. **Results.** A significant proportion of patients with bipolar disorder who made a suicidal attempt (25.6%) was revealed. Patients with a history of suicide attempt, compared with patients without it, were more likely to suffer from BAD type 1, had comorbid personality disorder and alcohol addiction, an earlier age of onset of affective disorder, more frequent exacerbation of affective symptoms, and mixed episodes during BAD. Also, these patients were less adapted: they were more often unmarried, had incomplete higher education, were unemployed or had a disability due to mental illness. **Conclusions.** A more severe course of bipolar disorder, the presence of comorbid mental pathology and a decrease in the level of social functioning increase the risk of suicidal behavior in patients.

Keywords: suicide, suicidal behavior, risk factors, bipolar affective disorder, BAD

Вклад авторов:

С.Н. Васильева: разработка дизайна исследования, сбор данных, анализ данных, написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
Г.Г. Симуткин: сбор данных, анализ данных, написание статьи;
Е.Д. Счастныи: сбор данных, анализ данных, написание статьи;
Н.А. Бохан: редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

S.N. Vasilyeva: developing the research design, data collection, data analysis, article writing, article writing; article editing;
G.G. Simutkin: data collection, data analysis, article writing;
E.D. Schastnyy: data collection, data analysis, article writing;
N.A. Bokhan: article editing.

Финансирование: Работа выполнена в рамках ГЗ 075-01184-22-00, ПНИ «Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клинико-динамических характеристик и предикторов ее эффективности», номер государственной регистрации АААА-А20-120041690009-6.

Financing: The work was carried out within the framework of GZ 075-01184-22-00, PSI "Development of personalized therapy for affective and neurotic disorders taking into account clinical and dynamic characteristics and predictors of its effectiveness", state registration number ААААА-А20-120041690009-6.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 21.01.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 28.02.2022.

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастныи Е.Д., Бохан Н.А. Факторы риска суицидального поведения при биполярном аффективном расстройстве. *Суицидология*. 2022; 13 (1): 118-127. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-118-127

For citation: Vasilyeva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Bokhan N.A. Risk factors for suicidal behavior in bipolar affective disorder. *Suicidology*. 2022; 13 (1): 118-127. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-118-127 (In Russ / Engl)