

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК МАРКЕР ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Т.В. Клименко, А.А. Козлов, Б.С. Положий, С.А. Игумнов, А.Л. Игонин, А.Д. Шустов

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Клименко Татьяна Валентиновна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2275-4219; AuthorID: 575376; ORCID iD: 0000-0003-1032-6277; Researcher ID: AAC-6815-2019). Место работы и должность: директор ННЦ наркологии - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (916) 671-40-78; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Козлов Александр Александрович – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4693-7096; AuthorID: 108161; ORCID iD: 0000-0003-0939-5937; Researcher ID: C-7311-2013). Место работы и должность: заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (905) 506-6390; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ (SPIN-код: 1734-3563; AuthorID: 959343; ORCID iD: 0000-0001-5887-8885; Researcher ID: X-9588-2018). Место работы и должность: руководитель Отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава РФ. Адрес: Россия, 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: +7 (906) 776-24-68; электронный адрес: pbs.moscow@gmail.com

Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1607-8697; AuthorID: 567874; ORCID iD: 0000-0002-0529-420X; Researcher ID: E-7975-2018). Место работы и должность: заведующий отделом клинической наркологии Национального научного центра наркологии, филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119002, г. Москва, Малий Могильцевский пер., д. 3. Электронный адрес: igumnov.s@serbsky.ru

Игонин Андрей Леонидович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2415-7710; AuthorID: 330645; ORCID iD: 0000-0002-1222-0516; Researcher ID: Y-7525-2018). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (985) 221-81-82; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Шустов Александр Дмитриевич (SPIN-код: 8906-5399; AuthorID: 921822; ORCID iD: 0000-0003-4088-5109; Researcher ID: AAE-3523-2019). Место учёбы: аспирант ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (930) 870-81-82; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Целью исследования являлось выявление связи между суицидальным поведением в анамнезе и клинико-социальными характеристиками алкогольной зависимости у лиц с пограничным расстройством личности (ПРЛ). Материал и методы: Обследовано 66 лиц с ПРЛ (мужчин – 52, женщин – 14), страдающих алкогольной зависимостью, находившихся на лечении в клинике ННЦ наркологии – филиал «НМИЦПН им. В.П. Сербского». Диагностика алкогольной зависимости и ПРЛ проводилась с использованием критериев МКБ-10 клинико-психопатологическим, клинико - анамнестическим и психометрическим методами. Все обследованные были разделены на две группы: с наличием в анамнезе суицидального поведения (группа 1 – n=24) и без анамнестических данных о суицидальном поведении (группа 2 – n=42). Сравнение проводилось по основным социально-демографическим параметрам и клинико-динамическим особенностям алкогольной зависимости. Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12. Результаты: Установлено, что пациенты с суицидальным поведением в анамнезе (группа 1) были более молодого возраста – 29,3±2,1 года, отличались высокопрогредиентными характеристиками алкогольной зависимости. Об этом свидетельствуют более короткие сроки формирования последовательных этапов болезни (продолжительность 1-й стадии: группа 1 – 2,9±2,6; группа 2 – 4,5±3,2 года), появление уже на донологическом этапе изменённых форм алкогольного опьянения (группа 1 – 45,8%; группа 2 – 19,0%), развитие синдрома отмены алкоголя тяжелой степени (группа 1 – 70,8%; группа 2 – 50,0%). Лица с суицидальным поведением (группа 1) так же характеризовались отягощенным семейным алкогольным (16,6%) и суицидальным анамнезом (16,6%). Более тяжелые социальные последствия алкогольной зависимости у лиц с суицидальным анамнезом (дисфункции

ональная семейная ситуация и социально-трудовой статус) также позволяют говорить о более прогрессивном развитии алкогольной зависимости у данного контингента пациентов. Выводы: Установленная корреляция суицидального анамнеза с прогрессивными формами алкогольной зависимости позволяет ставить вопрос о диагностической значимости суицидального поведения в анамнезе как маркера прогрессивного развития алкогольной зависимости у лиц с ПРЛ.

Ключевые слова: суицидальное поведение, парасуицид, алкогольная зависимость, пограничное расстройство личности

Несмотря на наблюдающуюся последние годы положительную динамику количество самоубийств в Российской Федерации остаётся на высоком уровне. Современная суицидология среди экстраперсональных причин самоубийств к наиболее частым относит алкогольное опьянение и алкогольную зависимость [1, 2]. Алкоголизм является причиной 15-25% всех завершённых суицидов, а риск суицида на 2 стадии алкогольной зависимости в 80 раз выше, чем у здоровых лиц [3].

К интраперсональным факторам повышенного суицидального риска обычно относят особенности характера, среди которых последние годы всё чаще упоминают пограничное расстройство личности (ПРЛ) [4]. Риск суицида в течение жизни у лиц с ПРЛ составляет 3-10% [5, 6]. У мужчин с ПРЛ он в 2 раза выше, чем у женщин [7]. Доля завершённых суицидов среди лиц с ПРЛ по разным исследованиям от 10% до 28-30%. Высказывается мнение, что многие мужчины, которые покончили жизнь самоубийством, имели недиагностированное ПРЛ [8].

Установлено, что ПРЛ наблюдается у 20-40% больных алкогольной зависимостью, что в свою очередь усугубляет тяжесть алкогольной зависимости и приводит к множеству негативных медицинских и социальных последствий [9].

Практически во всех случаях суицидальное поведение у лиц с ПРЛ и с алкогольной зависимостью развивается в ответ на отрицательные эмоциональные переживания [10]. При этом нередко они входят в цикл, начинающийся с эмоциональной боли, затем идёт импульсивное поведение для избавления от неё, чувство стыда и вины за эти действия, эмоциональная боль из-за этого стыда и вины и, наконец, сильное желание нового импульсивного действия для облегчения новой боли, что замыкает цикл. Со временем импульсивное поведение может стать автоматическим ответом на эмоциональную боль [9].

Имеющиеся данные позволяют ставить вопрос о синэргическом взаимодействии суицидального поведения, ПРЛ и алкогольной зависимости и о диагностическом значении суицидального поведения в анамнезе у лиц с ПРЛ как

одного из прогностических признаков алкогольной зависимости.

Целью настоящего исследования стало выявление связи между суицидальным поведением в анамнезе у лиц с ПРЛ и наличием у них сочетанной алкогольной зависимости.

Материал и методы.

Сплошным методом за период 2016-2018 гг. для настоящего исследования были отобраны пациенты с ПРЛ, страдающие алкогольной зависимостью. Обследовано 66 пациентов, отвечающих данным критериям отбора, которые находились для лечения алкогольной зависимости в стационарных условиях в клинике ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского». Исследование проводилось с соблюдением принципов Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. От всех пациентов было получено в письменной форме добровольное информированное согласие на участие в исследовании и на обработку данных. Продолжительность клиникотамнестического наблюдения 1 год.

На основании наличия и отсутствия суицидального поведения в анамнезе все обследованные пациенты были разделены на две группы: группа 1 – с наличием в анамнезе суицидального поведения (24 пациента; 36,4%) и группа 2 – без анамнестических данных о суицидальном поведении (42 пациента; 63,6%).

Учитывались различные виды суицидального поведения в анамнезе: мысли о смерти; приготовления к смерти; намерения к самоубийству, попытки самоубийства; акт суицида [11]. Не учитывалось наличие или отсутствие телесных самоповреждений, которые DSM-5 [4] также как и суицидальное поведение относит к ключевым диагностическим критериям ПРЛ (порезы, ожоги, удары головой, укусы) [12]. В специальных исследованиях обычно разделяются самоповреждения и суицидальное поведение по признаку их мотивации [10]. Телесные самоповреждения обычно наносят без умысла суицида [13] как форма выражения гнева, либо с целью себя наказать, либо вызвать (часто в ответ на возникшую диссоциацию) естественные ощущения, либо отвлечь себя от субъективно чрезвычайных эмоциональных переживаний (эмоциональной боли)

или субъективно трудных жизненных обстоятельств. Нанесение телесных повреждений типично для лиц с ПРЛ и связано с тем, что они после этого нередко ощущают эмоциональное облегчение. В отличие от самоповреждений все виды суицидального поведения обычно отражают веру в то, что самоубийство является оптимальным выходом из сложившейся жизненной ситуации.

Диагностика ПРЛ и алкогольной зависимости проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 с использованием клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и психометрического методов. Психометрический метод использовался для объективизации клинико-психопатологической оценки психического состояния обследованных лиц. Психометрическая оценка алкогольной зависимости проводилась по Индексу тяжести зависимости (Addiction Severity Index, ASI) и Психиатрическому диагностическому скрининговому опроснику (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire, PDSQ).

Полученные в ходе обследования данные вносились в специально разработанную для данного исследования карту, которая содержала 148 формализованных позиций, отражающих клинико-динамические параметры ПРЛ, алкогольной зависимости и суицидального поведения.

Полученные данные были обработаны с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12: t-критерий Стьюдента, χ^2 Пирсона, критерий Фишера, коэффициент корреляции Кендалла, U-критерий Манна-Уитни для сравнения независимых выборок. За критический уровень значимости «р» при проверке гипотез был принят 0,05.

Результаты и обсуждение.

По выделенным группам исследования обследованные пациенты отличались по возрасту: лица группы 1 (наличие суицидального поведения в анамнезе) были моложе относительно лиц группы 2: средний возраст по группам соответственно $29,3 \pm 2,1$ и $38,1 \pm 8,4$ года. Это может быть связано с тем, что наличие суицидального поведения является значимым фактором для более раннего осознания и пациентами и их родственниками наличия факта заболевания алкогольной зависимостью и обращения в связи с этим за специализированной наркологической помощью.

В обеих группах исследования достоверно преобладали мужчины (соответственно 87,5% и 73,8%), что связано с тем, что и алкогольная

зависимость и ПРЛ у мужчин наблюдаются чаще, чем у женщин [7, 14].

Наследственность всех пациентов без достоверной разницы по группам была отягощена по алкоголизму родителей (чаще отцов) и других близких родственников (по группам соответственно 16,6% и 14,2%). При этом различий по данному показателю от предыдущих исследований [14] не выявлено. Одновременно выявлена достаточно высокая напряжённость наследственной отягощённости по суицидальному поведению (16,6%) и нанесению разного рода телесных самоповреждений (37,5%) среди обследованных группы 1. Среди лиц группы 2 в факты нанесения телесных повреждений выявлены в единичных случаях выявлены (7,1%). Данный факт может свидетельствовать о том, что в формировании и суицидального поведения и нанесения телесных самоповреждений большое значение имеет феномен «научения», когда дети в нуклеарной семье обучаются определённым формам реагирования на субъективно сложные ситуации.

Возраст первых проб алкоголя (соответственно $12,3 \pm 3,1$ и $13,5 \pm 2,2$ лет) и возраст появления первых признаков алкогольной зависимости (соответственно $18,3 \pm 5,1$ и $21,6 \pm 1,4$ года) по группам достоверно не отличались, но наблюдались в более раннем возрасте по сравнению с неосложнённым расстройством личности алкогольной зависимостью [15].

Сопоставление практически всех клинико-динамических показателей алкогольной зависимости у лиц из двух выделенных групп исследования выявило достоверные отличия (табл. 1).

Продолжительность всех стадий формирования алкогольной зависимости была достоверно короче у лиц из группы 1: донозологический этап злоупотребления алкоголем соответственно $6,1 \pm 2,1$ и $8,4 \pm 1,5$ лет; продолжительность 1 стадии алкогольной зависимости соответственно $2,9 \pm 2,6$ и $4,5 \pm 3,2$ лет; формирование синдрома отмены алкоголя соответственно $4,2 \pm 2,2$ и $5,6 \pm 3,2$ лет.

Уже на донозологическом этапе формирования алкогольной зависимости у всех обследованных наблюдались изменённые формы алкогольного опьянения, но у лиц группы 1 они наблюдались достоверно чаще (соответственно по группам 45,8% и 19,0%). Чаще всего наблюдались дисфорическая (соответственно 54,5%; 37,5%), истерическая (соответственно 27,3%; 25,0%) и эксплозивная (соответственно 18,2%; 37,5%) формы изменённого алкогольного опьянения.

Таблица 1 / Table 1

Клинико-динамические характеристики алкогольной зависимости
Clinical and dynamic characteristics of alcohol addiction

Показатель Indicator	Пациенты с суицидальным поведением в анамнезе – группа 1 Patients with a history of suicidal behavior – group 1, n=24	Пациенты без суицидального поведения в анамнезе – группа 2 Patients without a history of suicidal behavior – group 2, n=42	Р
Гендерный состав / Gender: – мужчины / male – женщины / female	87,5%; n=21 12,5%; n=3	73,8%; n=31 26,2%; n=11	p=0,3194 (χ^2 с поправкой Йейтса, df=1)
Отягощенная наследственность: Family history: – алкоголизмом / alcoholism	16,6%; n=4	14,2%; n=6	p=0,5291 (односторонний точный критерий Фишера, df=1)
– суицидальным поведением – suicidal behaviour	16,6%; n=4	–	p=0,0147 (односторонний точный критерий Фишера, df=1)
– самоповреждениями – self-harms	37,5%; n=9	7,1%; n=3	p=0,0034 (односторонний точный критерий Фишера, df=1)
Возраст первых проб (число полных лет) Age of first experiences (number of full years)	12,3±3,1	13,5±2,2	p=0,3766 (t= -0,3157, df=64)
Продолжительность донозологического этапа (годы) Duration of the prenosological stage (years)	6,1±2,1	8,4±1,5	p=0,1881 (t= -0,8912, df=64)
Возраст формирования синдрома зависимости (число полных лет) / Age of addiction formation (number of full years)	18,3±5,1	21,6±1,4	p=0,2674 (t= -0,6240, df=64)
Продолжительность I стадии алкогольной зависимости (годы) Duration of stage 1 of alcohol dependence (years)	2,9±2,6	4,5±3,2	p=0,3496 (t= -0,3881, df=64)
Период формирования синдрома отмены алкоголя (годы) Duration of alcohol withdrawal syndrome formation (years)	4,2±2,2	5,6±3,2	p=0,3598 (t= -0,3605, df=64)
Измененные формы алкогольного опьянения / Altered types of alcohol intoxication: – дисфорическая / dysphoric – истерическая / hysterical – взрывчатая / explosive	45,8%; n=11 54,5%; n=6 27,3%; n=3 18,2%; n=2	19,0%; n=8 37,5%; n=3 25,0%; n=2 37,5%; n=3	p=0,622 ($\chi^2=0,950$, df=2)
Уровень толерантности к алкоголю (мл): The level of tolerance to alcohol (ml): – низкая / low – средняя / medium – высокая / high	8,3%; n=2 25,0%; n=6 66,7%; n=16	14,3%; n=6 16,7%; n=7 69,0%; n=29	p=0,608 ($\chi^2=0,998$, df=2)
Тяжесть синдрома отмены алкоголя Alcohol withdrawal syndrome – легкая / light – средняя / medium – тяжелая / heavy	12,5%; n=3 16,7%; n=4 70,8%; n=17	26,2%; n=11 23,8%; n=10 50,0%; n=21	p=0,239 ($\chi^2=2,868$, df=2)
Форма употребления алкоголя: Type of alcohol consumption: – постоянная / constant – псевдозапой / pseudo- binges – запои / binges	25,0%; n=6 50,0%; n=12 25,0%; n=6	61,9%; n=26 28,6%; n=12 9,5%; n=4	p=0,014 ($\chi^2=8,633$, df=2)
Психозы в анамнезе History of psychosis	8,3%; n=2	–	p=0,1287 (односторонний точный критерий Фишера, df=1)

Таблица 2 / Table 2

Социальное функционирование обследованных лиц
Social functioning of the examined persons

Показатель Indicator	Пациенты с суицидальным поведением в анамнезе – группа 1 Patients with a history of suicidal behavior-group 1 n=24	Пациенты без суицидального поведения в анамнезе – группа 2 Patients without a history of suicidal behavior-group 2 n=42	P
Социально адаптированные Socially adapted	50,0%; n=12	69,1%; n=29	p=0,306 ($\chi^2=2,368$, df=2)
Диссоциальные Dissocial	37,5%; n=9	23,8%; n=10	
Асоциальные Asocial	12,5%; n=3	7,1%; n=3	

Толерантность к алкоголю у большинства обследованных обеих групп исследования была высокой (66,7% и 69,0%) и достигала 750-1000 мл 40 градусного алкоголя в сутки.

Синдром отмены алкоголя отличался различной структурой, но у лиц группы 1 он достоверно чаще был тяжёлой степени выраженности (по группам соответственно 70,8% и 50,0%).

Психозы в анамнезе обследованных пациентов были единичными и отмечены только у пациентов группы 1 (n=2; 8,3%).

Уровень социального функционирования у обследованных лиц был относительно высоким. У половины обследованных (50,0% и 69,1%) обеих групп социальное функционирование расценивалось как удовлетворительное: они имели достаточный образовательный уровень и постоянную работу, были заняты в квалифицированных видах труда, проживали в семье, где поддерживали относительно ровные взаимоотношения. Относительно благоприятный социальный статус более половины обследованных лиц может быть объяснён спецификой медицинской организации, где проводился набор клинического материала. В то же время сравнительный анализ пациентов двух групп исследования по данному показателю выявил между ними достоверные отличия. У обследованных группы 1 уровень социального функционирования был достоверно ниже (табл. 2). Только 16,6% из них были социально адаптированы. Большинство лиц группы 1 были отнесены либо к лицам диссоциальным (37,5% – не имели постоянной работы, отличались невысоким образовательным уровнем, своим поведением создавали дисфункциональную семейную

обстановку, что часто приводило к разводам), либо к асоциальным (отличались конфликтно-агрессивным поведением, повторно привлекались к административной ответственности за совершение различных правонарушений, в единичных случаях – имели условные судимости по уголовным делам).

Заключение.

Сравнительный анализ клинико - динамических характеристик алкогольной зависимости у лиц с ПРЛ, которые имели, либо не имели в анамнезе указание на суицидальное поведение (группа 1 и группа 2 исследования), показал, что у лиц с суицидальным поведением в анамнезе алкогольная зависимость развивалась более прогрессивно. Об этом свидетельствуют более короткие сроки формирования последовательных этапов болезни, высокий уровень толерантности к алкоголю, появление уже на донологическом этапе изменённых форм алкогольного опьянения, развитие синдрома отмены алкоголя тяжёлой степени. Более тяжёлые социальные последствия алкогольной зависимости у лиц с суицидальным анамнезом (дисфункциональная семейная ситуация и социально-трудовой статус) также позволяют говорить о более прогрессивном развитии алкогольной зависимости у данного контингента пациентов.

Установленная корреляция суицидального анамнеза с прогрессивными формами алкогольной зависимости у лиц с ПРЛ позволяет ставить вопрос о диагностической значимости суицидального поведения в анамнезе как маркера прогрессивного развития алкогольной зависимости у лиц с ПРЛ.

Литература / Reference:

1. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. 600 с. [National manual of suicide-studying / Under the editorship of B. S. Polozhy. Moscow: LLC

"publishing house" Medical information Agency", 2019. 600 p.] (In Russ)

2. Разводовский Ю.Е., Кандрычын С.В. Алкоголь как фактор гендерного градиента уровня самоубийств в Беларуси. *Девантология*. 2018; 2 (2): 25-30. [Razvodovsky Y.E., Kandrychyn S.V. Alcohol as a factor of gender gap in suicide mortality in Belarus. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 25-30.] (In Russ)

3. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. 207 с. ISBN 978-5-299-00760-2 [Shustov D. I. Autoaggression and suicide in alcohol dependence: clinic and psychotherapy. St. Petersburg: Spetslit, 2016. 207 P. ISBN 978-5-299-00760-2] (In Russ)
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th. Washington [etc.]: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 645, 663–6. ISBN 9780890425558.
5. Gunderson J.G. Borderline Personality Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2011; 364 (21): 2037-2042. doi: 10.1056/NEJMcp1007358
6. Gunderson J.G. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide / J.G. Gunderson, Paul S. Links. 2nd. American Psychiatric Publishing, Inc, 2008. P. 9. ISBN 978-1585623358.
7. Sometimes I Act Crazy. Living With Borderline Personality Disorder. Wiley & Sons, 2004. 206 p.
8. Paris J. Treatment of Borderline Personality Disorder. A Guide to Evidence-Based Practice. The Guilford Press, 2008. P. 21–22.
9. Manning, Shari. Loving Someone with Borderline Personality Disorder. The Guilford Press, 2011. ISBN 978-1-59385-607-6. 18 p.
10. Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002; 111 (1): 198-202. doi: 10.1037/0021-843X.111.1.198
11. FB.ru: <https://fb.ru/article/382369/vidyi-suitsidalnogo-povedeniya-opisanie-prichiny-i-profilaktika>
12. Oumaya, M; Friedman, S; Pham, A; Abou Abdallah, T; Guelfi, JD; Rouillon, F. Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la littérature. *L'Encephale*. 2008; 34 (5): 452-458. doi: 10.1016/j.encep.2007.10.007.
13. Urnes, O. [Self-harm and personality disorders]. (неопр.) *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. — 2009. 30 April, 129 (9): 872-876. doi: 10.4045/tidsskr.08.0140
14. Кирпиченко АА. Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2008. [Kirpichenko A.A. Alcohol dependence in women with different forms of social functioning: abstract. Diss. ... Doct. med. sciences'. Moscow, 2008.] (In Russ)
15. Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. 856 с. ISBN 978-5-9986-0059-3 [Alcoholism: A guide for doctors / edited By N. N. Ivanets, M. A. Vinnikova. Moscow: LLC "Publishing house" Medical information Agency", 2011. 856 PP. ISBN 978-5-9986-0059-3] (In Russ)

SUICIDAL BEHAVIOR AS A MARKER OF PROGRESSION OF ALCOHOL ADDICTION IN PERSONS WITH A PERSONALITY DISORDER

T.V. Klimenko, A.A. Kozlov, B.S. Polozhy, S.A. Igumnov, A.L. Igonin, A.D. Shustov

National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia; nscn@serbsky.ru

The aim of the study was to identify a relationship between a history of suicidal behavior and the clinical and social characteristics of alcohol addiction in individuals with borderline personality disorder (BPD). **Material and Methods:** 66 persons with BPD (52 men, 14 women) who were addicted to alcohol and were treated at the NSC Narcology Clinic, a branch of NIICPN under the name of V.P. Serbsky. The diagnosis of alcohol addiction and BPD was carried out using the ICD-10 criteria by clinical, psychopathological, clinical, anamnestic and psychometric methods. All examined patients were divided into two groups: with a history of suicidal behavior (group 1 – n=24) and without anamnestic data on suicidal behavior (group 2 – n=42). The comparison was carried out according to the main socio-demographic parameters and the clinical and dynamic characteristics of alcohol addiction. Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics and Statistica 12 programs. **Results:** It was established that patients with a history of suicidal behavior (group 1) were younger – 29.3±2.1 years old, had highly progreduated characteristics of alcohol addiction. This is evidenced by the shorter periods of the formation of successive stages of the disease (stage 1 duration: group 1 – 2.9 ± 2.6; group 2 – 4.5±3.2 years), the appearance of altered forms of intoxication already at the prenosological stage (group 1 – 45.8%; group 2 - 19.0%), the development of severe alcohol withdrawal syndrome (group 1 – 70.8%; group 2 – 50.0%). Persons with suicidal behavior (group 1) were also characterized by burdened family alcohol (16.6%) and a suicidal history (16.6%). More unfavorable social consequences of alcohol addiction in people with a suicidal history (dysfunctional family situation and social and labor status) also suggest a more progressive development of alcohol addiction in this group of patients. **Conclusions:** The established correlation of suicidal history with progressive forms of alcohol addiction raises the question of the diagnostic significance of suicidal history in history as a marker of progressive development of alcohol addiction in people with BPD.

Keywords: suicidal behavior, parasuicide, alcohol dependence, borderline personality disorder

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 05.08.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 07.11.2019.

Для цитирования: Клименко Т.В., Козлов А.А., Положий Б.С., Игумнов С.А., Игонин А.Л., Шустов А.Д. Суицидальное поведение как маркер прогрессивности алкогольной зависимости у лиц с пограничным расстройством личности. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 87-92. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-87-92

For citation: Klimenko T.V., Kozlov A.A., Polozhy B.S., Igumnov S.A., Igonin A.L., Shustov A.D. Suicidal behavior as a marker of progression of alcohol addiction in persons with a personality disorder. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 87-92. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-87-92