

УДК 616.89-008-1:616-036.12:616.895:616.89-008.441

Для цитирования: Васильченко В.В., Рукавишников Г.В., Яковлева Я.В., Мазо Г.Э. Влияние психической и соматической мультиморбидности на суицидальные тенденции у пациентов с аффективными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 4 (129). С. 84-93. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-4\(129\)-84-93](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-4(129)-84-93)

Влияние психической и соматической мультиморбидности на суицидальные тенденции у пациентов с аффективными расстройствами

Васильченко В.В., Рукавишников Г.В., Яковлева Я.В., Мазо Г.Э.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Суицидальные тенденции представляют собой серьезную проблему у пациентов с аффективными расстройствами. Роль мультиморбидной патологии в формировании суицидального риска требует уточнения с учетом нозологической специфики, в особенности при сравнении биполярного аффективного расстройства (БАР) и рекуррентного депрессивного расстройства (РДР). **Цель.** Оценить влияние психической и соматической мультиморбидности на суицидальные тенденции у пациентов с БАР и РДР и выявить связанные с их повышенным риском клинические характеристики. **Материал и методы.** В поперечное мультицентровое исследование включено 182 пациента в соответствии с критериями МКБ-10 (F31.0 БАР – n=139, F33 РДР – n=43). Диагностика проводилась с использованием Краткого международного нейропсихиатрического опросника (MINI). Для оценки суицидальных тенденций применялась Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений (C-SSRS), для оценки тяжести депрессии – шкала Монгмери-Асберга (MADRS). Статистический анализ выполнялся с использованием непараметрических критериев в R. **Результаты.** У пациентов с БАР выявлена статистически значимо более высокая частота психической мультиморбидности по сравнению с пациентами с РДР, преимущественно расстройств, связанных с употреблением алкоголя ($p=0,003$) и психоактивных веществ с вредными последствиями ($p=0,038$), а также расстройств пищевого поведения ($p<0,05$). В отличие от этого посттравматическое стрессовое расстройство статистически значимо ($p=0,044$) чаще встречалось в группе РДР. Наличие психической мультиморбидности у пациентов с БАР было ассоциировано со статистически значимо более высокими показателями суицидальных идей ($p=0,002$) и поведения ($p=0,004$) на протяжении жизни, а также с большим фактическим количеством суицидальных попыток ($p=0,0005$), тогда как при РДР подобной связи не выявлено. Соматическая мультиморбидность не оказывала статистически значимого влияния на суицидальный риск в обеих группах пациентов. Для группы БАР установлена слабая статистически значимая отрицательная корреляция между возрастом и количеством суицидальных попыток ($r_s=-0,29$, $p=0,0005$), а также между возрастом манифестации заболевания и суицидальным поведением ($r_s=-0,18$, $p=0,038$). Обнаружена статистически значимая умеренная положительная корреляция между тяжестью депрессии по шкале MADRS и актуальными суицидальными идеями ($r_s=0,590$, $p<0,001$) в общей выборке. **Заключение.** Влияние мультиморбидности на суицидальный риск носит дифференцированный характер в зависимости от основного диагноза. Психическая мультиморбидность – один из ключевых факторов суицидального риска именно при БАР, что обосновывает необходимость целенаправленной интегративной помощи для данной категории пациентов. При РДР суицидальный риск, по-видимому, в большей степени опосредован текущим аффективным состоянием, чем структурой мультиморбидности. Полученные данные подчеркивают важность дифференцированной оценки и профилактики суицидального поведения с учетом нозологической специфики и профиля мультиморбидности.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, мультиморбидность, суицидальные тенденции, Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений.

ВВЕДЕНИЕ

Суициды остаются одной из наиболее серьезных проблем современного общества, включающей как важные клинические, так и социальные вопросы. Статистические данные ВОЗ указывают на то, что по всему миру в результате самоубийств ежегодно погибает около 727 000 человек [1]. Однако официальные статистические данные могут

существенно занижать реальное число суицидов. Это происходит по ряду причин, включая стигматизацию, недостаточную подготовленность медицинского персонала к распознаванию завершенных суицидов, низкую осведомленность в обществе о правильности и надежности точной статистики, что особенно актуально для непсихиатрических специальностей [2].

Суицидальные тенденции представляют собой сложный феномен, подверженный влиянию различных биологических, психологических, социальных, экономических и культуральных факторов, подчёркивается необходимость смещения фокуса с факторов риска на алгоритмы оценки риска, основанные на машинном обучении [3]. Суицидальные идеи и поведение часто ассоциируются с психическими расстройствами, особенно с расстройствами аффективного спектра, такими как депрессия и БАР, наличие которых значительно повышает риск суицидальных попыток; регулярное наблюдение за совершившими попытку самоубийства службами психического здоровья имеет ключевое значение для предотвращения суицидального поведения в будущем [4]. В свою очередь течение данных заболеваний нередко осложняется дополнительной психической и/или соматической патологиями. Поэтому клиницистам рекомендуется проводить скрининг и систематический мониторинг коморбидных состояний у пациентов с расстройствами настроения. Распространенная коморбидность при расстройствах настроения поднимает фундаментальные вопросы о взаимопересекающейся и дискретной патоэтиологии [5].

В соответствии с современными международными подходами в настоящее время всё более широкое распространение в литературе получает термин «мультиморбидность», который указывает на наличие у одного пациента нескольких хронических заболеваний, ни одно из которых не выделяется в качестве приоритетного (индексного). Данный подход принципиально отличается от понятия «коморбидности», предполагающей сочетание патогенетически связанных заболеваний с выделением основного диагноза. Концепция мультиморбидности представляет собой неиерархический подход к оценке сочетанной патологии, этиологически и патогенетически не связанной между собой, что в большей степени отражает реалии клинической практики ведения пациентов с аффективными расстройствами, позволяет проанализировать более широкие варианты ассоциаций заболеваний и оценить совокупный вклад сопутствующей патологии [6]. Пациенты, у которых аффективные расстройства сочетаются с соматическими заболеваниями (сахарный диабет, сердечно-сосудистые нарушения, хроническая боль) или другими психическими расстройствами, имеют повышенную суицидальную уязвимость [7, 8]. Научные работы демонстрируют, что пациенты с сочетанными заболеваниями имеют более выраженные симптомы депрессии, более высокий уровень функциональных ограничений и социальной изоляции, способствующие развитию суицидального поведения [9].

Несмотря на подтвержденную роль мультиморбидности в отношении риска суицида, работы по

оценке её влияния на суицидальные тенденции достаточно немногочисленны и оставляют ряд вопросов для дальнейшей дискуссии [10]. Однако сведения о высокой частоте сочетания и взаимовлиянии депрессии и соматических заболеваний служат основанием предполагать, что такие группы пациентов также должны иметь значительную выраженность суицидального риска [11]. В связи с этим профилактика суицидов в группе пациентов с мультиморбидными состояниями требует дальнейшего комплексного изучения, включающего раннюю оценку состояния и выявление ключевых клинических признаков для оптимизации терапии и психосоциальной поддержки. Исследования показывают, что интеграция психиатрической помощи в общемедицинскую практику снижает суицидальные риски [12]. Однако в настоящее время отсутствуют сведения о том, какие особенности клинической картины аффективных расстройств необходимо учитывать при оценке суицидального риска в группе пациентов с мультиморбидными состояниями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить влияние психической и соматической мультиморбидности на суицидальные тенденции у пациентов с БАР и РДР и выявить связанные с их повышенным риском клинические характеристики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное поперечное мультицентровое исследование является частью проекта, выполняемого в рамках гранта РФФИ № 23-15-00347 и представляющего промежуточные результаты. Основной набор пациентов проводился на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Дополнительный набор осуществлялся на базах ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва), ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» (Нижний Новгород), Институт биохимии и генетики, Уфимский федеральный исследовательский центр Российской академии наук (Уфа), ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница» (Липецк), ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» (Ростов-на-Дону). Все участники были набраны в период 2023-2025 гг.

Критерии включения, невключения и исключения пациентов в исследование подробно отражены в публикациях исследовательской группы [13].

Проводилось изучение психической патологии и оценка психического статуса пациента при помощи специальной карты исследования, в которую входили также вопросы по антропометрическим данным, уровню образования, семейному анамнезу, наследственной отягощенности по психиатрической и соматической патологии, наркологическому анамнезу, характеристике текущего состояния и гинекологическому анамнезу.

Для верификации диагноза использовался Краткий международный нейропсихиатрический опросник MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview). Для оценки наличия и выраженности суицидальных тенденций в исследовании использовалась Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS). Также для оценки тяжести актуальной депрессивной симптоматики применялась шкала депрессии Монтгомери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS).

Статистический анализ и визуализация данных проводились на языке программирования R в среде RStudio (Version 2025.05.0+496). В качестве мер центральной тенденции использовались арифметическая средняя и стандартное отклонение – M (σ), а также медиана и межквартильный размах – Md (IQR). Категориальные переменные описывались процентными долями с приведением абсолютных чисел – % (n). Межгрупповые сравнения были осуществлены при помощи непараметрических критериев – критерия Манна-Уитни для количественных переменных и критерия χ^2 Пирсона для категориальных переменных. Корреляционный анализ между количественными переменными был проведен с помощью метода Спирмена. В качестве критического уровня значимости было выбрано p -значение 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего в мультицентровое исследование было включено 182 пациента: 139 – с БАР и 43 – с РДР. Доля женщин в группе БАР (78%) превышала подобную в группе РДР (63%), не достигая статистической значимости ($p=0,080$). Пациенты с БАР были статистически значимо ($p=0,003$) моложе: медиана возраста в группе БАР составила 26,0 года [IQR) 22,0–34,0] по сравнению с 32,0 года [IQR)

25,0–47,0] в группе РДР. Кроме того, в группе БАР отмечалась статистически значимая ($p=0,014$) меньшая продолжительность образования (срока обучения) – 15,0 года [IQR) 13,0–17,0] по сравнению с 16,0 года [IQR) 13,5–18,0] в группе РДР. В обеих группах пациентов наибольшую долю составляли лица, никогда не состоявшие в браке: 54% ($n=75$) – в группе БАР и 47% ($n=20$) – в группе РДР ($p=0,497$). Доли пациентов, состоящих в официальном браке, в группах БАР и РДР (16% [$n=22$] vs 30% [$n=13$]; $p=0,061$) и в разводе (12% [$n=17$] vs 9% [$n=4$]; $p=0,306$) статистически значимо не различались. Статус «вдовец/вдова» был зарегистрирован у 1% ($n=1$) пациентов с БАР и 5% ($n=2$) пациентов с РДР ($p=0,278$).

При оценке психической мультиморбидности пациенты с БАР демонстрировали значительно более высокую частоту мультиморбидных психических расстройств, особенно связанных с употреблением алкоголя, ПАВ (с вредными последствиями) и расстройствами пищевого поведения, по сравнению с пациентами с РДР. Обратная тенденция отмечалась для посттравматического стрессового расстройства, которое статистически значимо ($p=0,044$) чаще встречалось в группе РДР. Вместе с тем мультиморбидные психические расстройства статистически значимо ($p=0,027$) чаще отсутствовали у пациентов с РДР, чем с БАР (43% vs 31%) (табл. 1).

Результаты оценки наличия соматической мультиморбидности показали, что в группах пациентов с БАР и РДР не установлено статистически значимых различий по большинству мультиморбидных соматических расстройств, в то же время сердечно-сосудистые заболевания демонстрировали тенденцию к преобладанию в группе РДР (табл. 2).

Таблица 1. Частота встречаемости мультиморбидных психических расстройств у пациентов с БАР и РДР

Мультиморбидность	БАР ($n=139$)	РДР ($n=43$)	p -значение
Генерализованное тревожное расстройство	13% (18)	9% (4)	0,092
Паническое расстройство	28% (39)	21% (9)	0,082
Агорафобия	17% (23)	14% (6)	0,101
Социальное тревожное расстройство	9% (13)	7% (3)	0,098
Обсессивно-компульсивное расстройство	10% (14)	9% (4)	0,104
Посттравматическое стрессовое расстройство	3% (4)	7% (3)	0,044
Нервная булимия текущая	17% (24)	5% (2)	0,017
Нервная булимия в прошлом	7% (10)	0% (0)	0,024
Нервная анорексия текущая	14% (20)	2% (0)	0,014
Нервная анорексия в прошлом	12% (17)	2% (1)	0,022
Компульсивное переедание	6% (9)	5% (2)	0,098
Употребление алкоголя с вредными последствиями	20% (28)	2% (1)	0,003
Употребление ПАВ с вредными последствиями	5% (7)	0% (0)	0,038
Другие диагнозы	7% (10)	2% (1)	0,059
Нет сопутствующих диагнозов	31% (43)	42% (18)	0,027

Примечание. Для сравнения категориальных переменных использовался критерий χ^2 Пирсона.

Таблица 2. Частота встречаемости мультиморбидных соматических расстройств у пациентов с БАР и РДР

Мультиморбидность	БАР (n=139)	РДР (n=43)	p-значение
Заболевания щитовидной железы	9% (12)	16% (7)	0,251
Эндокринные заболевания	8% (11)	9% (4)	1,000
Заболевания желудочно-кишечного тракта	32% (45)	42% (18)	0,337
Заболевания мочеполовой системы	14% (20)	16% (7)	0,953
Неврологические заболевания	13% (18)	12% (5)	1,000
Заболевания опорно-двигательного аппарата	13% (18)	9% (4)	0,709
Сердечно-сосудистые заболевания	8% (11)	19% (8)	0,086
Легочные заболевания	4% (6)	7% (3)	0,764
Сахарный диабет 2-го типа	1% (2)	0% (0)	1,000
Новообразования любой природы	6% (8)	5% (2)	1,000
Другие заболевания	22% (30)	28% (12)	0,514
Нет сопутствующих диагнозов	32% (45)	28% (12)	0,716

Примечание. Для сравнения категориальных переменных использовался критерий χ^2 Пирсона.

При анализе влияния мультиморбидности на фактическое количество суицидальных попыток в течение жизни были получены следующие результаты. В группе БАР наличие психической мультиморбидности было ассоциировано с небольшим, но статистически значимым ($p=0,0005$) увеличением числа попыток (1,0 [0,0–1,75] vs 0,0 [0,0–0,0]). В группе РДР суицидальные попытки практически отсутствовали, и их единичные случаи были представлены исключительно у пациентов с психической мультиморбидностью ($p=0,031$). При этом соматическая мультиморбидность не оказывала значимого влияния в обеих группах пациентов. Наличие мультиморбидной психической патологии у пациентов с БАР было ассоциировано со статистически значимо более высокими показателями суицидальных идей и поведения как в долгосрочной (на протяжении жизни), так и в краткосрочной (последний месяц, год) перспективе по сравнению с пациентами с БАР без мультиморбидных психических расстройств. Одновременно с этим в группе РДР не было обнаружено статистически значимых различий по параметрам Колумбийской шкалы между подгруппами с мульти-

морбидной психической патологией и без неё (табл. 3).

Наличие соматической мультиморбидности не было ассоциировано со статистически значимыми различиями по основным параметрам шкалы C-SSRS в группах БАР и РДР (табл. 4).

С целью сравнения показателей оценки тяжести суицидального риска по шкале C-SSRS между группами БАР и РДР использовался U-критерий Манна-Уитни, так как данные имели распределение, отличное от нормального. Данные представлены в формате медианы выборки (25-й и 75-й процентиля).

По результатам анализа суицидальных тенденций у пациентов с мультиморбидной психической патологией не было выявлено статистически значимых различий между группами БАР и РДР. Несмотря на отсутствие статистической значимости, отмечаются клинически важные тенденции: пациенты с БАР показывают более высокие медианные значения как суицидальных идей (4,00 vs 3,00), так и суицидального поведения (2,00 vs 0,00) на протяжении жизни.

Таблица 3. Показатели шкалы C-SSRS у пациентов с БАР и РДР в зависимости от наличия мультиморбидной психической патологии

Показатель C-SSRS	БАР с МПП	БАР без МПП	p-значение	РДР с МПП	РДР без МПП	p-значение
Суицидальные идеи в течение жизни	4,00 (2,70–5,00)	2,00 (0,00–4,00)	0,002	3,00 (0,00–5,00)	2,00 (0,25–3,00)	0,312
Суицидальные идеи за последний месяц	0,00 (0,00–2,00)	0,00(0,00–0,00)	0,016	0,00 (0,00–1,00)	0,00 (0,00–0,75)	0,277
Суицидальное поведение в течение жизни	2,00 (1,00–4,00)	0,00(0,00–2,00)	0,004	0,00(0,00–3,00)	0,00(0,00–0,00)	0,100
Суицидальное поведение за последний год	0,00(0,00–0,00)	0,00(0,00–0,00)	0,035	0,00(0,00–0,00)	0,00(0,00–0,00)	0,941

Примечание. C-SSRS – Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений. БАР с МПП – БАР с мультиморбидной психической патологией, БАР без МПП – БАР без мультиморбидной психической патологии, РДР с МПП – РДР с мультиморбидной психической патологией, РДР без МПП – РДР без мультиморбидной психической патологии.

Т а б л и ц а 4. Показатели шкалы C-SSRS у пациентов с БАР и РДР в зависимости от наличия мультиморбидной соматической патологии

Показатель C-SSRS	БАР с МСП	БАР без МСП	р-значение	РДР с МСП	РДР без МСП	р-значение
Суицидальные идеи в течение жизни	3,00 (1,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	0,907	1,00(0,00-5,00)	2,00 (1,00-3,00)	0,845
Суицидальные идеи за последний месяц	0,00 (0,00-1,00)	0,00 (0,00-1,00)	0,529	0,00 (0,00-1,00)	0,00 (0,00-1,00)	1,000
Суицидальное поведение в течение жизни	0,00 (0,00-3,00)	0,00 (0,00-3,00)	0,966	0,00 (0,00-1,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,170
Суицидальное поведение за последний год	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,983	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,393

Примечание. C-SSRS – Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений. БАР с МСП – БАР с мультиморбидной соматической патологией, БАР без МСП – БАР без мультиморбидной соматической патологии, РДР с МСП – РДР с мультиморбидной соматической патологией, РДР без МСП – РДР без мультиморбидной соматической патологии.

Полученные результаты свидетельствуют о тождественном уровне суицидального риска у пациентов с БАР и РДР при наличии мультиморбидной психической патологии. В то время как наличие соматической патологии ассоциировано с более выраженным долгосрочным суицидальным

риском у пациентов с БАР по сравнению с РДР, что достигает статистической значимости. Однако в краткосрочной перспективе (последний месяц/год) уровень суицидальной активности в обеих группах был сравнительно низким и статистически значимо не различался (табл. 5).

Т а б л и ц а 5. Сравнительный анализ суицидальных тенденций у пациентов с БАР и РДР при психической и соматической мультиморбидности

Показатель C-SSRS	БАР с МПП	РДР с МПП	р-значение	БАР с МСП	РДР с МСП	р-значение
Суицидальные идеи в течение жизни	4,00 (2,75-5,00)	3,00 (0,00-5,00)	0,112	3,00 (1,00-5,00)	1,00(0,00-5,00)	0,028
Суицидальные идеи за последний месяц	0,00 (0,00-2,00)	0,00 (0,00-1,00)	0,947	0,00 (0,00-1,00)	0,00 (0,00-1,00)	0,762
Суицидальное поведение в течение жизни	2,00(0,00-4,00)	0,00 (0,00-3,00)	0,117	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,102
Суицидальное поведение за последний год	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,440	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,95

Примечание. C-SSRS – Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений. БАР с МПП – БАР с мультиморбидной психической патологией, РДР с МПП – РДР с мультиморбидной психической патологией, БАР с МСП – БАР с мультиморбидной соматической патологией, РДР с МСП – РДР с мультиморбидной соматической патологией.

При оценке клинических характеристик и показателей суицидальных тенденций в виде мыслей, намерений, чувств у пациентов с БАР обнаружены статистически значимые, хотя и слабые по силе корреляционные связи. Выявлены слабая отрицательная корреляция между возрастом пациентов и количеством суицидальных попыток ($r_s = -0,29$, $p = 0,0005$), а также слабая отрицательная корреляция между возрастом манифестации заболевания и суицидальным поведением ($r_s = -0,18$, $p = 0,038$). Наряду с этим анализ клинических характеристик у пациентов с РДР не выявил статистически значимых корреляций между количеством суицидальных попыток и такими параметрами тяжести и характера депрессии, как количество депрессивных эпизодов, возраст дебюта и длительность заболевания.

Обнаружены статистически значимые корреляции между показателями количественной оценки тяжести депрессивного состояния по шкале Монгомери–Асберга (MADRS) и параметрами суицидального риска по шкале C-SSRS в общей выборке пациентов. Умеренная положительная корреляция установлена между выраженностью депрессивной симптоматики и суицидальными идеями за последний месяц ($r_s = 0,590$, $p < 0,001$). Слабые положительные корреляции наблюдались между суицидальными идеями на протяжении жизни ($r_s = 0,257$, $p = 0,002$) и суицидальным поведением в течение жизни ($r_s = 0,235$, $p = 0,003$) и за последний год ($r_s = 0,226$, $p = 0,004$). Статистически значимой связи между тяжестью депрессии и количеством мультиморбидных соматических расстройств не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ

В проведенном исследовании нами впервые в российской популяции на достаточно крупной выборке пациентов с аффективными расстройствами было оценено влияние мультиморбидной патологии на суицидальный риск.

У пациентов с БАР уровень мультиморбидной психической патологии был статистически значимо выше, чем при РДР, прежде всего за счёт расстройств, связанных с употреблением алкоголя/психоактивных веществ (с вредными последствиями) и расстройствами пищевого поведения. Этот паттерн мультиморбидности соответствует концепции об общих нейробиологических основах БАР и вышеуказанных расстройств, таких как импульсивность, нарушения функционирования систем вознаграждения и эмоциональной регуляции [14, 15].

Наличие психической мультиморбидности в нашем исследовании было ассоциировано со статистически значимым увеличением фактического числа суицидальных попыток при БАР и РДР. Однако с учетом низких медианных значений количества суицидальных попыток в выборке, в особенности у пациентов с РДР, оценка вклада психической мультиморбидности в суицидальный риск в зависимости от вида аффективных расстройств требует дополнительного уточнения.

Из мультиморбидных психических расстройств по результатам нашего исследования ПТСР статистически значимо ($p=0,044$) чаще диагностировалось в группе РДР по сравнению с группой БАР. Это наблюдение противоречит ряду данных литературы, в которых, напротив, подчеркивается более высокая распространенность ПТСР среди пациентов с БАР [16, 17]. Расхождение полученных нами данных с точкой зрения других авторов может быть объяснено несколькими факторами. Существенную роль могла сыграть особенность выборки: в нашей группе пациентов с БАР отмечалась высокая мультиморбидность с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя/ПАВ и расстройствами пищевого поведения, что могло «маскировать» диагноз ПТСР в клинической картине. Также возможно, что перекрывающиеся симптомы между БАР и ПТСР (например, нарушения сна, концентрации внимания, аффективная лабильность) в ряде случаев затрудняли диагностику последнего. Наконец, нельзя исключить, что выявленная нами связь ПТСР с РДР отражает специфический фенотип депрессии, в формировании которого психотравма играет ключевую роль.

Структура соматической мультиморбидности оказалась сходной в обеих группах, за исключением тенденции к более высокой частоте сердечно-сосудистых заболеваний при РДР, что может быть связано с более старшим возрастом этой когорты.

У пациентов с БАР выявлена статистически значимая слабоотрицательная корреляция количества суицидальных попыток с возрастом. Возраст пациента является значимым, но не определяющим фактором риска. Наибольшее количество суицидальных попыток было характерно для наиболее молодой когорты пациентов с БАР. Это согласуется с данными литературы о преобладании суицидального поведения в молодом возрасте [18], однако слабая сила связи ($r_s=-0,29$) может указывать, что возраст действует не изолированно, а в комплексе с другими факторами (например, тяжесть аффективных фаз, мультиморбидность, психосоциальные стрессоры). Дополнительным подтверждением роли раннего начала заболевания служит выявленная слабая отрицательная корреляция между возрастом манифестации БАР и суицидальным поведением, что подчеркивает уязвимость пациентов с дебютом в молодом возрасте. Как и ожидалось, у пациентов с БАР был выявлен более ранний возраст манифестации заболевания, а также несколько меньшая продолжительность образования по сравнению с группой пациентов с РДР. Эти данные согласуются с общепринятым представлением о более раннем и тяжелом дебюте БАР, который может нарушать образовательную и социальную адаптацию личности [19, 20]. Обнаруженная разница в образовании также может быть отчасти связана с более молодым возрастом выборки БАР, многие пациенты которой ещё находились в процессе получения образования. Кроме того, именно для БАР наличие мультиморбидной психической патологии продемонстрировало статистически значимую, хотя и слабую по силе связь с более высокими показателями как суицидальных мыслей, так и поведения на протяжении жизни. Это позволяет рассматривать мультиморбидные психические расстройства как один из маркеров тяжести течения БАР и мишень для профилактических вмешательств. В группе РДР, напротив, не обнаружено статистически значимой связи суицидальных тенденций с возрастом, основными клиническими характеристиками и наличием мультиморбидности. Это может указывать на то, что суицидальный риск при РДР в большей степени может определяться текущим аффективным состоянием и психосоциальными факторами, не учтенными в данном исследовании. Выявленная умеренная положительная корреляция между выраженностью депрессивной симптоматики по шкале MADRS и суицидальными идеями за последний месяц подтверждает важность оценки текущего аффективного состояния. В свою очередь обнаруженные слабые положительные корреляции с суицидальными идеями и поведением на протяжении жизни свидетельствуют о долгосрочном влиянии тяжести депрессии на суицидальную уязвимость.

В итоге общей составляющей для обеих исследуемых групп является выявленная слабая положительная корреляция между уровнем депрессивной симптоматики по шкале MADRS и актуальными суицидальными идеями.

В серии публикаций для удобства оценки предложены варианты классификации мультиморбидности на ментальную (сочетание различных психических расстройств), телесную (сочетание соматических заболеваний), ментально-телесную (сочетание психических и соматических заболеваний) [11]. При этом согласно другим источникам неоспоримо подтверждены негативные эффекты на суицидальные мысли именно ментальной мультиморбидности, в то время как в отношении телесной были получены противоречивые данные [11]. В нашем исследовании не установлено связи между суицидальными тенденциями, уровнем депрессии и соматической мультиморбидностью, что тем не менее не исключает сложных опосредованных влияний соматических заболеваний на риск суицида [11]. Таким образом, хотя полученные данные подчеркивают ключевую роль психического состояния, вопрос о вкладе специфических аспектов соматического здоровья (например, таких как хроническая боль, вид, тяжесть и длительность соматических заболеваний) в суицидальную уязвимость требует дальнейшего целенаправленного изучения, а итоговые выводы делают акцент на важности дифференцированного подхода к оценке суицидального риска в зависимости от нозологической принадлежности и структуры мультиморбидности.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование имело ряд ограничений. Во-первых, исследование являлось кросс-секционным и в нём использовался однофакторный статистический анализ без многомерного моделирования (например, регрессионного анализа), что ограничивает возможность установления причинно-следственных связей. Во-вторых, на точности сведений могла сказаться оценка наличия соматической патологии по результатам самоотчетов пациентов и ретроспективного анализа ряда данных. В-третьих, в исследовании не учитывались другие потенциально значимые факторы (уровень стресса, социальная поддержка и история психотравм), способные оказывать существенное влияние на суицидальные мысли и поведение. Дизайн исследования также не включал анализ потенциальных эффектов лекарственной терапии. В-четвертых, отсутствие контрольной группы ограничивает возможность сравнения и выявления отличий между пациентами с аффективными расстройствами и общей популяцией. В-пятых, существенным ограничением является диспропорция в размерах сравниваемых групп. Несбалансиро-

ванность выборок могла снизить статистическую мощность анализа для группы с РДР и увеличить вероятность ошибок второго рода. Наконец, для анализа мультиморбидности использовался подход независимого учета всех актуальных диагнозов по МКБ-10. Это позволило оценить общую нагрузку мультиморбидной патологии в когорте, однако, поскольку один пациент мог вносить вклад в несколько диагностических категорий, данный метод не позволяет оценить распространенность отдельных комбинаций расстройств в группах с БАР и РДР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтверждает, что мультиморбидность является значимым фактором суицидального риска при аффективных расстройствах, однако её влияние носит дифференцированный характер в зависимости от основного диагноза. Таким образом, оценка суицидального риска у пациентов с аффективными расстройствами требует учета нозологической специфики и структуры мультиморбидности. Наличие мультиморбидной психической патологии, особенно при БАР, является одним из маркеров тяжести течения и мишенью для профилактических вмешательств. Полученные данные обосновывают необходимость интегративной помощи, направленной на лечение как основного аффективного расстройства, так и сопутствующих мультиморбидных расстройств.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено по гранту РФФИ № 23-15-00347 («Модели прогноза высокого риска суицида у пациентов с психическими расстройствами на основе комплексного анализа взаимодействия генома и неблагоприятного детского опыта»).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование реализовано в соответствии с «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации». Одобрено Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (протокол № 7, дело № ЭК-2316, 2023 г.).

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы благодарят коллег, принимавших участие в наборе пациентов в рамках мультицентрового исследования: В.Е. Голиббет, Т.В. Лежейко, У.О. Попович, М.И. Болгова, В.Г. Каледу, Е.М. Кирьянову, Л.И. Сальникову, А.Е. Николишина, К.С. Савицкую, А.С. Березкина, И.Д. Сарая, В.А. Солдаткина, А.А. Сидорова, А.Э. Гарееву, А.В. Казанцеву, Э.К. Хуснутдинову, Р.Г. Валинурова, И.Ф. Тимербулатова, А.Н. Яковлева.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2023. Accessed May 10, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074929>.
- Kammer J, Rahman M, Finnerty M, Layman D, Vega K, Galfalvy H, Labouliere C, Brown GK, Green K, Cummings A, Vasan P, Stanley B. Most individuals are seen in outpatient medical settings prior to intentional self-harm and suicide attempts treated in a hospital setting. *J Behav Health Serv Res*. 2021 Apr;48(2):306-319. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09717-1>. PMID: 32627095; PMCID: PMC7782208.
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017 Feb;143(2):187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27841450.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016 Mar 19;387(10024):1227-39. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2). Epub 2015 Sep 15. PMID: 26385066; PMCID: PMC5319859.
- McIntyre RS, Rosenbluth M, Ramasubbu R, Bond DJ, Taylor VH, Beaulieu S, Schaffer A; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. Managing medical and psychiatric comorbidity in individuals with major depressive disorder and bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 May;24(2):163-9. PMID: 22563572.
- Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Пинахина Д.В., Кибитов А.О., Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э. Концепция мультиморбидности как интегративный метод изучения механизмов формирования психических и соматических заболеваний. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023. Т. 57, № 4. С. 8-19. Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Pinakhina DV, Kibitov AO, Neznanov NG, Mazo GE. Multimorbidity concept as integrative research method of mental and somatic disorders mechanisms. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2023;57(4):8-19. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-854> (in Russian).
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009 Apr 18;373(9672):1372-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X). PMID: 19376453.
- Plana-Ripoll O, Musliner KL, Dalsgaard S, Momen NC, Weyer N, Christensen MK, Agerbo E, Iburg KM, Laursen TM, Mortensen PB, Pedersen CB, Petersen LV, Santomauro DF, Vilhjálmsson BJ, Whiteford HA, McGrath JJ. Nature and prevalence of combinations of mental disorders and their association with excess mortality in a population-based cohort study. *World Psychiatry*. 2020 Oct;19(3):339-349. <https://doi.org/10.1002/wps.20802>. PMID: 32931098; PMCID: PMC7491620.
- Hsu JW, Lin WC, Tsai SJ, Cheng CM, Chang WH, Bai YM, Su TP, Chen TJ, Chen MH. Somatic symptom disorder, psychiatric comorbidities, and suicide. *J Affect Disord*. 2025 Mar 15;373:459-464. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.105>. Epub 2024 Dec 31. PMID: 39746552.
- Xiong F, Wang L, Shen L, Guo W, Li S, Guan Q. The relationship between multimorbidity and suicidal ideation: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2020 Nov;138:110257. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110257>. Epub 2020 Sep 22. PMID: 32992210.
- Opoku R, Mensah AK, Nath M. The impact of multimorbidity on suicidal behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2025 Jul-Aug;95:80-92. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2025.04.008>. Epub 2025 Apr 30. PMID: 40324313.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):646-59. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X). Epub 2016 Jun 8. PMID: 27289303.
- Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Психометрические характеристики опросника детской травмы в российской выборке. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2024. Т. 34, № 2. С. 13-23. Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Kibitov AO, Mazo GE. Psychometric characteristics of the childhood trauma questionnaire in a Russian sample. *Social and Clinical Psychiatry*. 2024;34(2):13-23 (in Russian).
- Яковлева Я.В., Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э. Распространенность расстройств пищевого поведения у пациентов с биполярным расстройством: обзор предметного поля. *Consortium Psychiatricum*. 2023. Т. 4, № 2. С. 91-106. Yakovleva YV, Kasyanov ED, Mazo GE. Prevalence of eating disorders in patients with bipolar disorder: a scoping review of the literature. *Consortium Psychiatricum*. 2023;4(2):91-106. <https://doi.org/10.17816/CP6338> (in Russian).
- Goldberg JF. Substance abuse and switch from depression to mania in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2010 Jul;167(7):868-9; author reply 869. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10030367>. PMID: 20595434.
- Kim HJ, Song W, Park JW. Differences in trauma experience between patients with Bipolar I Disorder, patients with major depressive disorder, and healthy controls. *J Trauma Dissociation*. 2015;16(4):419-27. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1016254>. Epub 2015 May 26. PMID: 26011123.

17. Dilsaver SC, Benazzi F, Akiskal HS, Akiskal KK. Post-traumatic stress disorder among adolescents with bipolar disorder and its relationship to suicidality. *Bipolar Disord.* 2007 Sep;9(6):649-55. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00396.x>. PMID: 17845281.
18. Plans L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, Mitjans M, Vieta E, Benabarre A. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2019 Jan 1;242:111-122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.054>. Epub 2018 Aug 23. PMID: 30173059.
19. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet.* 2016 Apr 9;387(10027):1561-1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X). Epub 2015 Sep 18. PMID: 26388529.
20. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 May;64(5):543-52. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Sep;64(9):1039. PMID: 17485606; PMCID: PMC1931566.

Поступила в редакцию 04.08.2025

Утверждена к печати 08.12.2025

Рукавишников Григорий Викторович, к.м.н., ведущий научный сотрудник, руководитель отделения социальной нейropsychиатрии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 6859-8787. ResearcherID AAI-5164-2020. ORCID iD 0000-0002-5282-2036.

Васильченко Вероника Владимировна, лаборант-исследователь, врач-психиатр, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 2931-6117. ResearcherID OMK-9235-2025. ORCID iD 0009-0005-0563-2386. vasilchenko.nika@yandex.ru

Яковлева Яна Викторовна, младший научный сотрудник отделения социальной нейropsychиатрии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 9892-1833. ORCID iD 0000-0003-2526-0530. yakovlevayanav@gmail.com

Мазо Галина Элевна, д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию, руководитель Института трансляционной психиатрии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. ORCID iD 0000-0001-7910-9129. Scopus Author ID 6603942526. SPIN-код РИНЦ 1361-6333. AuthorID РИНЦ 235003. galina-mazo@yandex.ru

✉ Рукавишников Григорий Викторович, grigory_v_r@mail.ru

UDC 616.89-008-1:616-036.12:616.895:616.89-008.441

For citation: Vasilchenko V.V., Rukavishnikov G.V., Yakovleva Ya.V., Mazo G.E. The influence of mental and somatic multimorbidity on suicidal tendencies in patients with affective disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2025; 4 (129): 84-93. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-4\(129\)-84-93](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-4(129)-84-93)

The influence of mental and somatic multimorbidity on suicidal tendencies in patients with affective disorders

Vasilchenko V.V., Rukavishnikov G.V., Yakovleva Ya.V., Mazo G.E.

*Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Bekhterev Street 3, 192019, St. Petersburg, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. Suicidal tendencies are a serious problem in patients with affective disorders. The role of multimorbidity in the formation of suicide risk requires clarification taking into account the nosological specificity, especially when comparing bipolar affective disorder (BD) and recurrent depressive disorder (RDD). **Objective.** To assess the impact of mental and somatic multimorbidity on suicidal tendencies in patients with bipolar disorder and RDD and to identify clinical characteristics associated with their increased risk. **Material and Methods.** The cross-sectional multicenter study included 182 patients according to ICD-10 criteria (F31.0 BD – n=139, F33 RDD – n=43). Diagnosis was made using the Mini-International Neuropsychiatric Inventory (MINI). The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) was used to assess suicidal tendencies, and the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) was used to assess the severity of depression. Statistical analysis was performed using nonparametric tests in R. **Results.** Patients with bipolar disorder showed a statistically significantly higher frequency of psychiatric multimorbidity compared to patients with RDD, primarily disorders related to alcohol use ($p=0.003$) and harmful substance use ($p=0.038$), as well as eating disorders ($p<0.05$). In contrast, posttraumatic stress disorder was statistically significantly ($p=0.044$) more common in the RDD group. The presence of psychiatric multimorbidity in patients with bipolar disorder was associated with statistically significantly higher rates of suicidal ideation ($p=0.002$) and behavior ($p=0.004$) throughout life, as well as with a higher actual number of suicide attempts ($p=0.0005$), whereas no such association was found in patients with recurrent depression. Somatic multimorbidity did not have a statistically significant effect on suicide risk in either group of patients. For the bipolar disorder group, a weak statistically significant negative correlation was established between the age and the number of suicide attempts ($rs=-0.29$, $p=0.0005$), as well as between the age of disease manifestation and suicidal behavior ($rs=-0.18$, $p=0.038$). A statistically significant moderate positive correlation was found between the severity of depression on the MADRS scale and current suicidal ideation ($rs=0.590$; $p<0.001$) in the overall sample. **Conclusion.** The impact of multimorbidity on suicide risk is differentiated depending on the underlying diagnosis. Mental multimorbidity is one of the key factors of suicide risk specifically in bipolar disorder, which justifies the need for targeted integrative care for this category of patients. In recurrent depressive disorder, suicide risk is apparently mediated to a greater extent by the current affective state than by the multimorbidity structure. The obtained data emphasize the importance of differentiated assessment and prevention of suicidal behavior, taking into account the nosological specificity and multimorbidity profile.

Keywords: bipolar disorder, recurrent depressive disorder, multimorbidity, suicidal tendencies, Columbia Suicide Severity Rating Scale.

Received August 04, 2025

Accepted December 08, 2025

Rukavishnikov Grigory V., Cand. Sc. (Medicine), lead researcher, Head of the Department of Social Neuropsychiatry, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. SPIN-code RSCI 6859-8787. ResearcherID AAI-5164-2020. ORCID iD 0000-0002-5282-2036.

Vasilchenko Veronika V., laboratory research assistant, psychiatrist, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. SPIN-code RSCI 2931-6117. ResearcherID OMK-9235-2025. ORCID iD 0009-0005-0563-2386. vasilchenko.nika@yandex.ru

Yakovleva Yana V., junior research fellow, Department of Social Neuropsychiatry, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. SPIN-code RSCI 9892-1833. ORCID iD 0000-0003-2526-0530. yakovlevayana@gmail.com

Mazo Galina E., D. Sc. (Medicine), Deputy Director for Innovative Scientific Development, Head of the Institute of Translational Psychiatry, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-7910-9129. Scopus Author ID 6603942526. SPIN-code RSCI 1361-6333. AuthorID RSCI 235003. galina-mazo@yandex.ru

✉ Rukavishnikov Grigory V., grigory_v_r@mail.ru