

Аффективные расстройства при коморбидности с алкогольной зависимостью: клиничко-динамические особенности, уровень социальной адаптации больных

Васильева С.Н.¹, Симуткин Г.Г.¹, Счастный Е.Д.¹, Лебедева Е.В.¹, Бохан Н.А.^{1,2,3}

¹ Научно-исследовательский институт (НИИ) психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр (НИМЦ) Российской академии наук
Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4

² Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ)
Россия, 634055, г. Томск, Московский тракт, 2

³ Национальный исследовательский Томский государственный университет (НИ ТГУ)
Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – выявление клиничко-динамических характеристик аффективных расстройств (АР) при их коморбидности с алкогольной зависимостью (АЗ).

Материалы и методы. Обследованы 65 пациентов с АР – 22 женщины (34%) и 43 (66%) мужчины. Основная группа – 34 пациента с аффективными расстройствами и коморбидной алкогольной зависимостью в возрасте 44,5 лет [36,0; 51,5]. Группа сравнения – 31 пациент с аффективными расстройствами без коморбидной наркологической патологии в возрасте 45 лет [32; 52]. Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту и нозологической структуре ($p > 0,05$). В исследовании применялись следующие методы: клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, психометрический, статистический, а также психометрические шкалы: шкала глобальной клинической оценки CGI, шкала депрессии Гамильтона HDRS-17, шкала тревоги Гамильтона HARS, шкала самооценки социальной адаптации SASS.

Результаты. Проведена сравнительная оценка клиничко-динамических характеристик аффективных расстройств и уровня социальной адаптации. Проанализирована хронология возникновения коморбидных аффективных расстройств и алкогольной зависимости.

Заключение. Присоединение алкогольной зависимости к аффективным расстройствам ухудшает их клиничко-динамические показатели и уровень социальной адаптации пациентов.

Ключевые слова: аффективные расстройства, алкогольная зависимость, коморбидность, клиника, адаптация.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ 19-15-00023 «Клинические особенности и поиск потенциальных биомаркеров коморбидности алкоголизма и аффективных расстройств».

Соответствие принципам этики. Все участники исследования подписали информированное согласие. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья (протокол № 53 от 01.10.2012).

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д. Аффективные расстройства при коморбидности с алкогольной зависимостью: клиничко-динамические особенности, уровень социальной адаптации больных. *Бюллетень сибирской медицины*. 2020; 19 (1): 29–35. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-29-35>.

✉ Васильева Светлана Николаевна, e-mail: vasilievasn@yandex.ru.

Affective disorders in comorbidity with alcohol addiction: clinical and dynamic features, social adaptation level of patients

Vasilieva S.N.¹, Simutkin G.G.¹, Schastnyy E.D.¹, Lebedeva E.V.¹, Bokhan N.A.^{1,2,3}

¹ Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (TNRMC) of the Russian Academy Sciences 4, Aleutskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation

² Siberian State Medical University (SSMU) 2, Moscow Trakt, Tomsk, 634050, Russian Federation

³ National Research Tomsk State University (NR TSU) 36, Lenin Av., Tomsk, 634050, Russian Federation

ABSTRACT

The aim of the study was to reveal clinical and dynamic characteristics of affective disorders (AD) in comorbidity with alcohol addiction (AA).

Materials and methods. 65 patients with affective disorders [22 women (34%) and 43 men (66%)] were examined. The main group included 34 patients aged 44.5 [36.0; 51.5] with affective disorders and comorbid alcohol addiction. The comparison group included 31 patients aged 45 years [32; 52] with affective disorders without comorbid narcological pathology. Compared groups were matched by sex, age and nosological structure ($p > 0.05$). The following methods were used in the study: clinical and psychopathological, clinical follow-up, psychometric, statistical, as well as these psychometric scales: Clinical Global Impression (CGI), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS).

Results. The comparative assessment of clinical and dynamic characteristics of affective disorders and social adaptation level was conducted. Chronology of occurrence of comorbid affective disorders and alcohol addiction was analyzed.

Conclusion. Addition of alcohol addiction to affective disorders worsens the clinical and dynamic indices and social adaptation level of patients.

Key words: affective disorders, alcohol addiction, comorbidity, clinical picture, adaptation.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The study was supported by the Russian Science Foundation grant 19-15-00023 "Clinical features and the search for potential comorbidity biomarkers of alcoholism and affective disorders".

Conformity with the principles of ethics. All participants of the study signed an informed consent. The study was approved by the local Ethics Committee at the Mental Health Research Institute (Protocol No. 53 of 01.10.2012).

For citation: Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D. Affective disorders in comorbidity with alcohol addiction: clinical and dynamic features, social adaptation level of patients. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2020; 19 (1): 29–35. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-29-35>.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема коморбидности психических расстройств остается актуальной и требует дальнейшего изучения, несмотря на огромное количество исследований, посвященных ей [1–4]. Высокий уровень коморбидности аффективных расстройств (АР) с другими психическими расстройствами подтверждается результатами эпидемиологических и клинических исследований [5, 6]. Алкогольную зависимость (АЗ) относят к

одной из наиболее часто встречаемых коморбидных патологий при АР наряду с тревожными расстройствами и расстройствами личности [7–10]. Частота встречаемости зависимости от алкоголя среди пациентов с АР в несколько раз превышает таковую в общей популяции. При АР алкогольная зависимость развивается чаще у мужчин, в то время как у женщин в качестве коморбидной патологии чаще выступают тревожные расстройства [11]. При биполярном аффективном расстройстве (БАР) риск развития АЗ в 6–7 раз

выше, чем в общей популяции, а при депрессии АЗ встречается у 25–40% [12–13].

По результатам анализа данных, собранных из специализированных учреждений восьми европейских стран, среди пациентов с АЗ ($n = 1767$) в возрасте 18–64 лет депрессия выявлялась в 43,2% случаев (95%-й ДИ: 40,7–45,8) [14]. Пациенты с АР нередко используют алкоголь для смягчения симптомов депрессии и тревоги [15]. При наркологической патологии частота расстройств настроения также достигает высокого уровня. Аффективные расстройства и АЗ повышают риск развития друг друга, но по данным отдельных авторов, такая закономерность отмечается лишь у лиц мужского пола [16].

Множество исследований посвящено выявлению патогенетических взаимодействий при коморбидности АЗ и аффективной патологии. Получены результаты, указывающие на общность генетических факторов в развитии обоих расстройств [17], вовлеченность в патогенез одних и тех же нейрогуморальных механизмов. Такие личностные особенности, как алекситимия и социальная тревожность, являются общими психологическими факторами алкоголизма и депрессии [18]. В настоящее время проблема взаимоотношений АР и патологического влечения к алкоголю остается неразрешенной и актуальной.

Известно, что АЗ может формироваться до и после развития аффективной патологии. По некоторым данным, расстройство настроения манифестирует раньше и уже на его фоне формируется АЗ [19]. Коморбидность АР с зависимостью от алкоголя порождает трудности дифференциации, с одной стороны, со сформированной АЗ и симптоматического употребления алкоголя, с другой – депрессивных расстройств (ДР) и вторичной депрессии, обусловленной интоксикацией этанолом или реакцией личности на социальные последствия алкоголизма. Важным дифференциальным критерием первичной депрессии является манифестация ДР до развития алкоголизма.

Аффективные расстройства при коморбидности с АЗ отличаются более частым повторением депрессивных эпизодов (ДЭ), большим числом суицидальных попыток, большей степенью дезадаптации и худшим прогнозом [20, 21]. Литературные данные в отношении влияния коморбидного алкоголизма на эффективность антидепрессивного лечения при ДР неоднозначны. Одни авторы указывают на негативное влияние алкоголизма на результаты лечения депрессии антидепрессантами [22], другие такого влияния не подтверждают [23]. Также злоупотребление алкоголем затрудняет сотрудничество

врача и пациента, снижает комплаентность.

Цель – выявление клинко-динамических характеристик аффективных расстройств при их коморбидности с алкогольной зависимостью. Для достижения цели проведена сравнительная оценка клинко-динамических показателей АР, коморбидных с АЗ и АР, протекающих изолированно.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 65 пациентов с АР в соответствии с МКБ-10 [24] – 22 женщины (34%) и 43 (66%) мужчины. Медиана *Me* возраста пациентов женского пола – 45,5 лет, интерквартильная широта (*MDQ*) – [35; 56], мужского пола – 38 лет [31; 57]. Анализ семейного положения пациентов изучаемой группы выявил значительный удельный вес одиноких пациентов – 39 (60%); вдовых – 9 (14%), состоящих в разводе – 9 (14%), холостых – 8 (12%). В исследуемой группе пациенты с высшим образованием составили 59% ($n = 38$), средним специальным образованием – 20% ($n = 13$), средним образованием – 21% ($n = 14$). В зависимости от АР пациенты изучаемой выборки распределились следующим образом: БААР, текущий ДЭ – 18% ($n = 12$), рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) – 42% ($n = 27$), ДЭ – 26% ($n = 17$), дистимия – 14% ($n = 9$).

Исследуемые пациенты были разделены на две группы. В основную группу вошли 34 пациента с АР и коморбидной АЗ (11 женщин и 23 мужчины) в возрасте 44,5 лет [36; 51,5]. Нозологическая структура АР была представлена: БААР – 24% ($n = 8$), РДР – 38% ($n = 13$), ДЭ – 26% ($n = 9$) и дистимией – 12% ($n = 4$). Давность АЗ пациентов составила 8 лет [3,5; 11]. В 60% случаев ($n = 19$) больные в период депрессии меняли манеру потребления спиртных напитков – начинали пить в одиночестве, небольшими порциями. В единичных случаях ($n = 3$) отмечался прием оглушающих доз алкоголя. Основными мотивами употребления алкоголя при развитии депрессивной симптоматики являлись: отвлечься от тягостных мрачных мыслей, заглушить чувство тоски, отключиться от проблем, справиться с тревогой, бессонницей.

Группа сравнения состояла из 31 пациента (11 женщин и 20 мужчин) с АР без коморбидной наркологической патологии, в возрасте 45 лет [32; 52]. АР были представлены следующими нозологиями: БААР – 13% ($n = 4$), РДР – 45% ($n = 14$), ДЭ – 26% ($n = 8$), дистимия – 16% ($n = 5$). Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту и нозологической структуре ($p > 0,05$).

В работе с обследуемыми лицами соблюдались этические принципы, предъявляемые Хель-

синкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (1975) с поправками (2008). Из основных методов исследования применялись: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический. В ходе исследования использовались следующие психометрические шкалы: шкала глобальной клинической оценки CGI, шкала депрессии Гамильтона HDRS-17, шкала тревоги Гамильтона HARS. Уровень качества жизни и социального функционирования пациентов в различных сферах жизнедеятельности определялся при помощи шкалы самооценки социальной адаптации (ШССА), разработанной в 1997 г. М. Bosc, A. Dubini, V. Polin. Вопросы, включенные в эту шкалу, направлены на оценку удовлетворенности отдельными сферами жизни (работой, внутрисемейными отношениями и отношениями за пределами семьи, досугом и т.д.) и своим социальным функционированием.

В исследуемых группах оценивались следующие характеристики АР [25]: возраст к началу АР, синдромальный вариант депрессии, показатели суицидального поведения пациентов, количество аффективных эпизодов в год при БАР и РАР, уровень депрессии по HDRS-17, тревоги по HARS, тяжести заболевания по CGI-S. Также были оценены уровень социальной адаптации пациентов по ШССА и хронологическая последовательность развития АР и АЗ.

Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica v. 8.0 (Stat Soft Inc., США). Для количественных показателей, не отвечающих критериям нормального распределения, вычисляли медиану, интерквартильный размах $Me [Q_1; Q_3]$, уровень статистической значимости различий между группами определяли по критериям Манна – Уитни. Анализ качественных признаков проводился через исследование их частот посредством таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 . При работе с малыми выборками применяли критерий Фишера. Оценку достоверности различий между долями проводили с использованием Z -критерия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст к началу АР в основной группе составил 28,5 лет [20,0; 39,5], в группе сравнения – 30 лет [26; 40]. Группы по данному показателю не имели статистически значимых различий ($p > 0,05$). Распределение пациентов исследуемых групп в зависимости от ведущего синдрома депрессии представлено в табл. 1. Межгрупповых различий по синдромальной структуре депрессии не обнаружено ($p > 0,05$).

Таблица 1

Распределение больных основной и контрольной групп в зависимости от синдромального варианта депрессии, n (%)		
Синдромальные варианты депрессии	Основная группа	Группа сравнения
Тревожная	13 (38)	9 (29)
Дисфорическая	14 (41)	8 (26)
Ипохондрическая	3 (9)	4 (13)
Конверсионная	2 (6)	5 (16)
Динамическая	2 (6)	5 (16)
Всего	34 (100)	31 (100)

Далее нами были проанализированы следующие показатели суицидального поведения: наличие суицидальных мыслей в текущем эпизоде и суицидальных попыток в анамнезе. Распределение пациентов в зависимости от наличия в текущем состоянии суицидальных мыслей не имело статистически значимых межгрупповых различий ($p > 0,05$): в основной группе суицидальные мысли присутствовали в клинической картине в 65% случаев ($n = 22$), в группе сравнения – в 48% ($n = 15$). У пациентов основной группы на фоне абстинентного синдрома суицидальные мысли становились наиболее мучительными, нередко приобретали навязчивый характер. Анализ анамнестических и катамнестических данных указал на более частую встречаемость у пациентов основной группы суицидальных попыток в анамнезе: 27 и 6% соответственно ($p < 0,05$). Наиболее значимыми для суицидогенеза в основной группе были не только тягостные депрессивные переживания, но и психотравмирующие обстоятельства, в качестве которых часто выступали социальные последствия алкоголизации.

Оценка количества аффективных эпизодов в год у пациентов с диагнозом РАР и БАР показала, что в основной группе данный показатель оказался выше по сравнению с группой сравнения – 1,5 [0,9; 2,0] и 0,9 [0,7; 1,6] соответственно, $U = 200,000$; $Z = 2,509$, $p = 0,012$.

Степень выраженности депрессивной симптоматики по HDRS-17 в группах не имела статистически значимых различий (табл. 2).

Балльная оценка по шкале тревоги Гамильтона у обследованных пациентов показала, что пациентов с высоким уровнем тревоги в основной группе оказалось больше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). При анализе распределения пациентов в зависимости от тяжести заболевания по CGI-S обнаружено, что тяжелое расстройство (6 баллов) в основной группе выявлялось чаще, чем в группе сравнения: 35% ($n = 12$) и 13% ($n = 4$) соответственно ($p < 0,005$).

Распределение пациентов сравниваемых групп в зависимости от степени выраженности депрессии и тревоги, <i>n</i> (%)						
Шкала	Основная группа			Группа сравнения		
	легкая	умеренная	тяжелая	легкая	умеренная	тяжелая
HDRS-17	2 (5,9)	24 (70,6)	8 (23,5)	4 (12,9)	23 (74,2)	4 (12,9)
HARS	1 (2,9)	10 (29,5)	23 (67,6)#	1(3,2)	17 (54,9)	13 (41,9)

$p < 0,05$.

В зависимости от общего количества баллов по ШССА пациенты сравниваемых групп были разделены на три подгруппы: с плохой социальной адаптацией (0–22 балла), с затрудненной социальной адаптацией (22–35 баллов) и с хорошей социальной адаптацией (35–52 балла). Оценка уровня социальной адаптации исследуемых пациентов в основной и группе сравнения показала, что большую долю составили пациенты с затрудненной и плохой социальной адаптацией (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в исследуемых группах, <i>n</i> (%)		
Показатель	Основная группа	Группа сравнения
Плохая социальная адаптация	7 (21)	3 (10)
Затрудненная социальная адаптация	23 (68)	17 (55)
Хорошая социальная адаптация	4 (11)	11 (35)#

$p < 0,05$.

При этом в основной группе пациентов с хорошей социальной адаптацией по шкале ШССА оказалось меньше ($p < 0,05$), чем в группе сравнения. Оценка хронологической последовательности возникновения коморбидных расстройств в основной группе показала, что АР в большинстве случаев ($p < 0,05$) предшествовали развитию АЗ в 74% случаев ($n = 25$).

ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе данных обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов с АР как при коморбидности с АЗ, так и без таковой, более чем в половине случаев выявляются тревожный и дисфорический варианты депрессии. По результатам эпидемиологических и клинических исследований распространенность развернутых тревожных расстройств у пациентов с АР и АЗ достигает высоких значений [9, 26, 27]. В нашу выборку пациенты с тревожными расстройствами не включались, а имеющиеся симптомы тревоги были составляющей частью клинической картины АР и АЗ. При этом оценка степени выраженности тревоги в группах выявила более высокий уровень тревоги

у пациентов при сочетании АР с АЗ по сравнению с пациентами с АР без коморбидной АЗ. Возраст пациентов к началу АР при коморбидности с АЗ и без таковой по результатам нашего исследования не имел статистически значимых различий. В литературе встречаются данные о более молодом возрасте манифестации АР при их коморбидности с другими психическими расстройствами [28].

Как известно, АР и АЗ нередко сопровождаются суицидальным поведением [29–32], а их коморбидность приводит к еще большему росту суицидального риска [33]. Полученные нами данные в отношении суицидальных попыток в анамнезе подтвердили, что коморбидность АР с АЗ увеличивает риск суицидального поведения пациентов. Полученные показатели подтверждают литературные данные о негативном влиянии АР и АЗ на социальную адаптацию пациентов. Сочетание этих расстройств приводит к более выраженному снижению данного показателя. У исследуемых нами пациентов в большинстве случаев АР предшествовали развитию АЗ, что согласуется с литературными данными [19]. При этом ряд авторов указывают, что до манифестации АР чаще имеет место злоупотребление алкоголем, но не АЗ [34].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что при АР с коморбидной АЗ по сравнению с АР без алкогольной зависимости чаще возникают обострения аффективной патологии, отмечается более высокий риск суицидального поведения, уровень тревоги и тяжести заболевания. Также пациенты с коморбидностью этих расстройств имеют более худшие показатели социальной адаптации, чем пациенты с «чистыми» АР. В большинстве случаев алкогольная зависимость развивается на фоне АР. Таким образом, алкогольная зависимость при коморбидности с аффективными расстройствами негативно влияет на их клинико-динамические показатели и уровень социальной адаптации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуткевич Е.В. Психические расстройства и наследственные заболевания: коморбидность, фенотипы и

- «поле действия гена». *Психическое здоровье*. 2018; 16 (3): 35–37. DOI: 10.25557/2074-014X.2018.03.35-37.
2. Kessler R.C., Sampson N.A., Berglund P., Gruber M.J., Al-Hamzawi A., Andrade L., Bunting B., Demyttenaere K., Florescu S., de Girolamo G., Gureje O., He Y., Hu C., Huang Y., Karam E., Kovess-Masfety V., Lee S., Levinson D., Medina Mora M.E., Moskalewicz J., Nakamura Y., Navarro-Mateu F., Browne M.A., Piazza M., Posada-Villa J., Slade T., Ten Have M., Torres Y., Vilagut G., Xavier M., Zarkov Z., Shahly V., Wilcox M.A. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr. Sci.* 2015; 24 (3): 210–226. DOI: 10.1017/S2045796015000189.
 3. Марусин А.В., Корнетов А.Н., Сваровская М.Г., Вагайцева К.В., Павленюк Е.С., Степанов В.А. Ассоциация генов подверженности к алкоголизму, шизофрении и болезни Альцгеймера с психодиагностическими признаками в популяции русских. *Бюллетень сибирской медицины*. 2016; 15 (5): 83–96. DOI: 10.20538/1682-0363-2016-5-83-96.
 4. Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Репин А.Н., Нонка Т.Г. Клиническая характеристика аффективных расстройств и эффективность антидепрессивной терапии у больных хронической ишемической болезнью сердца. *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (4): 85–93. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-4-85-93.
 5. Hollocks M.J., Lerh J.W., Magiati I., Meiser-Stedman R., Brugha T.S. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2019; 49 (4): 559–572. DOI: 10.1017/S0033291718002283.
 6. Wu Z., Cao L., Peng D., Mellor D., Zhang C., Li H., Wang Z., Song Y., Li C., Fang Y. The clinical correlates of comorbid anxiety symptoms and syndromal anxiety in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Res.* 2018; 269: 251–257. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.019.
 7. Gómez-Coronado N., Sethi R., Bortolasci C.C., Arancini L., Berk M., Dodd S. A review of the neurobiological underpinning of comorbid substance use and mood disorders. *J. Affect Disord.* 2018; 241: 388–401. DOI: 10.1016/j.jad.2018.08.041.
 8. Prior K., Mills K., Ross J., Teesson M. Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. *Drug Alcohol. Rev.* 2017; 36 (3): 317–324. DOI: 10.1111/dar.12419.
 9. Nabavi B., Mitchell A. J., Nutt D. A Lifetime prevalence of comorbidity between bipolar affective disorder and anxiety disorders: a meta-analysis of 52 Interview-based studies of psychiatric population. *EBioMedicine*. 2015; 2 (10): 1405–1419. DOI: 10.1016/j.ebiom.2015.09.006.
 10. Рощина О.В., Розин А.И., Счастный Е.Д., Бохан Н.А. Клиническое значение коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости. *Бюллетень сибирской медицины*. 2019; 18 (4): 110–118. DOI: 10.20538/1682-0363-2019-4-110-118.
 11. Schuch J.J., Roest A.M., Nolen W.A., Penninx B.W., de Jonge P. Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *J. Affect Disord.* 2014; 156: 156–163. DOI: 10.1016/j.jad.2013.12.011.
 12. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия; под ред. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпрессинформ; 2008: 384.
 13. Николишин А.Е., Шейн В.В., Конорева А.Е., Кибитов А.О., Гофман А.Г. Сочетание алкогольной зависимости и депрессии: трудности и особенности терапии. *Современная терапия психических расстройств*. 2017; 3: 7–15. DOI: 10.21265/PSYPH.2017.42.6849.
 14. Rehm J., Allamani A., Aubin H.J., Della Vedova R., Elekes Z., Frick U., Jakubczyk A., Kostogianni N., Landsmane I., Manthey J., Miquel L., Paille F., Pieper L., Probst C., Scafuri F., Shield K.D., Snikere S., Struzzo P., Trapencieris M., Voller F., Wittchen H.U., Gual A., Wojnar M. People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries. *Alcohol. Alcohol.* 2015; 50 (3): 310–318. DOI: 10.1093/alcalc/aggv009.
 15. Crum R.M., La Flair L., Storr C.L., Green K.M., Stuart E.A., Alvanzo A.A., Lazareck S., Bolton J.M., Robinson J., Sareen J., Mojtabai R. Reports of drinking to self-medicate anxiety symptoms: longitudinal assessment for subgroups of individuals with alcohol dependence. *Depress Anxiety*. 2013; 30 (2): 174–183. DOI: 10.1002/da.22024.
 16. Bulloch A., Lavorato D., Williams J., Patten S. Alcohol consumption and major depression in the general population: the critical importance of dependence. *Depress Anxiety*. 2012; 29 (12): 1058–1064. DOI: 10.1002/da.22001.
 17. Katz R.S., Kravitz H.M. Fibromyalgia, depression and alcoholism: A family history study. *J Rheumatol.* 1996; 23 (1): 149–154.
 18. Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении. Психология и лечение зависимого поведения; под ред. С. Даулинга. М.: Класс; 2000: 11–27.
 19. Crum R.M., Mojtabai R., Lazareck S., Bolton J.M., Robinson J., Sareen J., Green K.M., Stuart E.A., La Flair L., Alvanzo A.A., Storr C.L. A prospective assessment of reports of drinking to self-medicate mood symptoms with the incidence and persistence of alcohol dependence. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70 (7): 718–726. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1098.
 20. Cardoso B.M., Kauer Sant’Anna M., Dias V.V., Andrezza A.C., Ceresér K.M., Kapczinski F. The impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*. 2008; 42 (6): 451–457. DOI: 10.1016/j.alcohol.2008.05.003.
 21. Simhandl C., Radua J., König B., Amann B.L. 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. DOI: 10.1177/0004867415585855.
 22. Hashimoto E., Tayama M., Ishikawa H., Yamamoto M., Saito T. Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. *J. Neu-*

- ral. *Transm. (Vienna)*. 2015; 122 (2): 301–306. DOI: 10.1007/s00702-014-1254-7.
23. Iovieno N., Tedeschi E., Bentley K.H., Evins A.E., Papakostas G.I. Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J. Clin. Psychiatry*. 2011; 72 (8): 1144–1151. DOI: 10.4088/JCP.10m06217.
 24. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации. 1998: 292.
 25. Корнетов Н.А., Скороходова Т.Ф., Решетников В.И., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. Базисная карта формализованного описания диагностически стандартизированных клинических данных больных с аффективными расстройствами. Томск. 1991: 40.
 26. Terra M.B., Barros H.M., Stein A.T., Figueira I., Jorge M.R., Palermo L.H., Athayde L.D., Gonçalves M.S., Spanemberg L., Possa M.A., Daruy Filho L., Da Silveira D.X. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: High prevalence and undertreatment. *Comprehensive Psychiatry*. 2006; 47 (6): 463–467. DOI: 10.1016/j.comppsy.2006.02.004.
 27. Boschloo L., Vogelzang N., Smit J.H., van den Brink W., Veltman D.J., Beekman A.T., Penninx B.W. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J. Affect Disord.* 2011; 131; (1–3): 233–242. DOI: 10.1016/j.jad.2010.12.014.
 28. Joslyn C., Hawes D.J., Hunt C., Mitchell P.B. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *Bipolar Disord.* 2016; 18 (5): 389–403. DOI: 10.1111/bdi.12419.
 29. Orui M., Kawakami N., Iwata N., Takeshima T., Fukao A. Lifetime prevalence of mental disorders and its relationship to suicidal ideation in a Japanese rural community with high suicide and alcohol consumption rates. *Environ Health Prev. Med.* 2011; 16 (6): 384–389. DOI: 10.1007/s12199-011-0209-y.
 30. Morin J., Wiktorsson S., Marlow T., Olesen P.J., Skoog I., Waern M. Alcohol use disorder in elderly suicide attempters: a comparison study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2013; 21 (2): 196–203. DOI: 10.1016/j.jagp.2012.10.020.
 31. Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н. Особенности тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической ишемической болезнью сердца. *Суицидология*. 2014; 5 (5): 69–76.
 32. Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Иванова С.А., Бохан Н.А. Суицидальное поведение больных биполярным аффективным расстройством при коморбидных психических заболеваниях. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 86–92. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92.
 33. Oquendo M.A., Currier D., Liu S., Hasin D., Grant B., Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J. Clin. Psychiatry*. 2010; 71 (7): 902–909. DOI: 10.4088/JCP.09m05198gry.
 34. Falk D.E., Yi H.Y., Hilton M.E. Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug Alcohol. Depend.* 2008; 94 (1-3): 234–245. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.11.022.

Вклад авторов

Васильева С.Н., Лебедева Е.В. – проведение исследования, статистический анализ и интерпретация данных. Симуткин Г.Г. – разработка концепции и дизайна исследования, обоснование рукописи. Счастный Е.Д. – проверка критически важного интеллектуального содержания. Бохан Н.А. – окончательное утверждение рукописи для публикации.

Сведения об авторах

Васильева Светлана Николаевна, канд. мед. наук, науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0002-0939-0856.

Симуткин Герман Геннадьевич, д-р мед. наук, вед. науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0002-9813-3789.

Счастный Евгений Дмитриевич, д-р мед. наук, профессор, зав. отделением аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0003-2148-297X.

Лебедева Елена Владимировна, канд. мед. наук, науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0001-6117-6454.

Бохан Николай Александрович, д-р мед. наук, профессор, академик РАН, директор НИИ психического здоровья, ТНИМЦ РАН; зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии, СибГМУ; кафедра психотерапии и психологического консультирования, НИ ТГУ, г. Томск. ORCID 0000-0002-1052-855X.

✉ Васильева Светлана Николаевна, e-mail: vasilievasn@yandex.ru.

Поступила в редакцию 12.12.2018

Подписана в печать 25.12.2019