

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.4:616.89-008.441.13-045.45-047.72

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Суровцева А.К., Украинцев И.И., Алтынбеков К.С. Сочетание аффективных расстройств и алкогольной зависимости: клиническое значение коморбидности, социальная адаптация пациентов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 4 (117). С. 14-21. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-14-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-14-21)

## Сочетание аффективных расстройств и алкогольной зависимости: клиническое значение коморбидности, социальная адаптация пациентов

Васильева С.Н.<sup>1</sup>, Симуткин Г.Г.<sup>1</sup>, Счастный Е.Д.<sup>1</sup>, Суровцева А.К.<sup>1</sup>, Украинцев И.И.<sup>2</sup>, Алтынбеков К.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук  
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

<sup>3</sup> РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК  
Казахстан, 050022, Алматы, ул. Амангельды, д. 88

### РЕЗЮМЕ

**Актуальность.** Проявления тревоги и депрессии усугубляют течение деструктивных процессов при алкоголизме. Распространённость депрессивных и тревожных расстройств в контингенте лиц, злоупотребляющих алкоголем, выше, чем в мировой и российской популяции в целом. В структуре психической патологии отмечается рост коморбидных состояний, с чем связано повышение уровня госпитализации и регоспитализации коморбидных пациентов. Сопутствующая патология аффективных расстройств (АР) и алкогольной зависимости ухудшает прогноз и эффективность терапии, усугубляет несоблюдение пациентами рекомендаций, снижает их уровень социальной адаптации и качества жизни, обуславливает серьезные экономические проблемы в семье из-за нарастания нетрудоспособности пациентов и неблагоприятные последствия медицинского и социального характера. **Цель:** выявление клинико-динамических характеристик аффективных расстройств при их коморбидном течении с алкогольной зависимостью. **Материал и методы.** Исследование выполнено на базе отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Из числа обследованных (n=63) сформированы две группы пациентов с АР с преобладанием мужчин (n=43) по сравнению с женщинами (n=20). В основную группу (n=32) включены пациенты с АР и сопутствующей алкогольной зависимостью, группу сравнения (n=31) составили пациенты с АР без сопутствующей аддиктивной патологии. Сопоставление по трем переменным (пол, возраст и нозологическая оценка АР) не обнаружило статистически значимых ( $p > 0,05$ ) различий между пациентами обеих групп. Использовались клиническая глобальная шкала впечатлений (CGI), шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS-17), шкала оценки тревоги Гамильтона (HARS) и шкала самооценки социальной адаптации (SASS). **Результаты.** Суицидальные попытки в анамнезе статистически значимо ( $p < 0,05$ ) преобладали в основной группе (25% и 6,5%). По HARS высокий уровень тревоги статистически значимо ( $p = 0,03$ ,  $\chi^2 = 4,58$ ) чаще встречался в основной группе. Тяжелое расстройство (по S-CGI  $\geq 6$  баллов) статистически значимо ( $p = 0,04$ ,  $\chi^2 = 4,00$ ) чаще обнаружено в основной группе (n=11; 34,4% и n=4; 12,9%). По SASS в обеих группах большинство составили пациенты с затрудненной и плохой социальной адаптацией. При АР с коморбидной алкогольной зависимостью по сравнению с АР без алкогольной зависимости чаще возникают обострения аффективной патологии, отмечаются более высокие уровни тревоги, тяжесть заболевания и риск суицидального поведения. Пациенты с коморбидным течением расстройств имеют более низкий уровень социальной адаптации, чем пациенты с изолированными АР. **Заключение.** Алкогольная зависимость, сочетающаяся с аффективными расстройствами, негативно влияет на клинико-динамические показатели и уровень социальной адаптации пациентов.

**Ключевые слова:** аффективные расстройства, алкогольная зависимость, коморбидное течение, социальная адаптация пациентов.

## ВВЕДЕНИЕ

Большинство авторов причисляют алкогольную зависимость к одной из наиболее часто встречающихся коморбидных патологий при АР, так же как при тревожных расстройствах и расстройствах личности [1, 2, 3]. С ростом распространенности коморбидных форм алкоголизма связаны не только тяжесть и хронификация патологии, но и атипичность течения алкоголизма со стремительным наступлением негативных социальных последствий на фоне двойной патологии. Встречаемость зависимости от алкоголя среди пациентов с АР в несколько раз превышает таковую в общей популяции. При АР алкогольная зависимость чаще развивается у мужчин, тогда как у женщин в качестве коморбидной патологии чаще выступают тревожные расстройства [4]. Пациенты с АР нередко используют алкоголь для смягчения симптомов депрессии и тревоги [5, 6]. Среди пациентов с алкогольной зависимостью частота депрессивных расстройств также достигает высокого уровня – 43,2% (95% ДИ: 40,7–45,8) [7].

АР и алкогольная зависимость обоюдно повышают риск развития друг друга, однако ряд авторов отмечают такую закономерность только в отношении лиц мужского пола [8, 9]. Выделяют несколько вариантов формирования хронологической последовательности коморбидности АР и алкогольной зависимости. С более высокой частотой расстройство настроения манифестирует в первую очередь, и уже на его фоне формируется алкогольная зависимость. Коморбидность АР с зависимостью от алкоголя порождает, с одной стороны, трудности дифференциации сформированной алкогольной зависимости и симптоматического употребления алкоголя, с другой – депрессивных расстройств и вторичной депрессии, обусловленной интоксикацией этанолом или реакцией личности на социальные последствия алкоголизма. Важным дифференциальным критерием первичной депрессии является манифестация депрессивного расстройства до развития алкоголизма.

АР при коморбидности с алкогольной зависимостью отличаются более частым повторением депрессивных эпизодов, большей степенью социально-психологической дезадаптации и худшим клиническим прогнозом [10, 11, 12, 13]. Как известно, АР и алкогольная зависимость нередко сопровождаются суицидальным поведением [14, 15], при этом коморбидность вышеозначенных расстройств приводит к еще

большому росту агрессии и суицидального риска [16]. Литературные данные в отношении влияния коморбидного алкоголизма на эффективность антидепрессивного лечения при депрессивных расстройствах неоднозначны и по-разному интерпретируются. Одни авторы отмечают негативное воздействие алкоголизма на результаты лечения депрессии антидепрессантами [17], другие исследователи такого влияния не подтверждают [18].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление клинико-динамических характеристик аффективных расстройств при их коморбидном течении с алкогольной зависимостью.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Критерии включения: наличие диагностированных по МКБ-10 аффективных расстройств (депрессивный эпизод, дистимия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство) и алкогольной зависимости, информированное согласие пациента, возраст пациентов 18-65 лет.

Критерии исключения: выраженные когнитивные нарушения/деменция, тяжелые или декомпенсированные соматические или неврологические заболевания.

Из числа обследованных (n=63) были сформированы две группы пациентов с АР с преобладанием мужчин (n=43) по сравнению с женщинами (n=20). Возраст пациентов женского пола составлял 45,5 года (интерквартильная широта – 35; 56), возраст пациентов мужского пола – 38 лет (31; 57). Большинство (n=38; 60,3%) пациентов получили высшее образование, с меньшей частотой встречались пациенты со средним специальным (n=13; 20,6%) и средним (n=12; 19,1%) образованием. В зависимости от семейного положения исследуемые пациенты распределились следующим образом: 61,9 % (n=39) – состояли в браке на момент исследования, 14,3% (n=9) – были в разводе, 11,1% (n=7) – никогда не состояли в браке, 12,1% (n=8) – овдовевшие. Клинико-нозологическое распределение показало более высокую встречаемость текущего депрессивного эпизода (ДЭ) в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) (n=27; 42,9%) по сравнению с частотой однократного ДЭ (n=17; 27,0%), текущего ДЭ в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР) (n=12; 19,0%) и дистимии (n=7; 11,1%).

В качестве основных методов исследования применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, психометрический, статистический. Степень тяжести заболевания оценивалась при помощи шкалы общего клинического впечатления (S-CGI – тяжесть заболевания). Уровень депрессии определялся при помощи шкалы депрессии Гамильтона (HDRS-17), тревоги – шкалы тревоги Гамильтона (HARS). Уровень качества жизни и социального функционирования пациентов в различных сферах жизнедеятельности оценивали с помощью опросника «The Social Adaptation Self-evaluation Scale» (SASS), разработанного в 1997 г. M. Bosc, A. Dubini, V. Polin. Вопросы, включенные в эту шкалу, направлены на оценку удовлетворенности отдельными сферами жизни (работой, внутрисемейными отношениями, отношениями за пределами семьи, досугом и т.д.) и своим социальным функционированием.

С целью изучения влияния коморбидной алкогольной зависимости на клиничко-динамические характеристики АР исследуемые пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 32 пациента с АР и коморбидной алкогольной зависимостью (9 женщин и 23 мужчины), возраст которых составлял 44,5 года [36; 51,5]. Нозологическая структура АР была представлена РДР – 40,6% (n=13), ДЭ – 28,1% (n=9), БАР – 25,0% (n=8), дистимией – 6,3% (n=2). Давность алкогольной зависимости пациентов составила 8 лет [3,5; 11]. Большинство (n=19; 59,4%) пациентов в связи со сниженным настроением и стремлением к ограничению контактов меняли манеру потребления спиртных напитков в период депрессии – начинали пить в одиночестве. Основными мотивами употребления алкоголя при развитии депрессивной симптоматики были следующие: отвлечься от непреодолимых тягостных и мрачных мыслей, заглушить чувство тоски, снять стресс, отключиться от проблем, повседневных забот и неудач, справиться с тревогой, упадком сил и бессонницей.

Группа сравнения (n=31) состояла из пациентов с АР без коморбидной наркологической патологии, с большей долей мужчин (20 против 11 женщин), возраст которых составил 45 лет [32, 52]. АР были представлены следующими нозологиями: РДР – 45,2% (n=14), ДЭ – 25,8% (n=8), дистимия – 16,1% (n=5), БАР – 12,9% (n=4). Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту и нозологической структуре (p>0,05).

В исследуемых группах проводилась сравнительная оценка следующих характеристик АР: возраст к началу АР, синдромальный вариант депрессии, показатели суицидального поведения пациентов, количество аффективных эпизодов в год (при БАР и РДР), уровни депрессии (по HDRS-17) и тревоги (по HARS), тяжесть депрессивной симптоматики (по CGI-S). Также были оценены уровень социальной адаптации пациентов (по SASS) и хронологическая последовательность развития АР и алкогольной зависимости.

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 8.0). Для количественных показателей, не отвечающих критериям нормального распределения, вычисляли медиану, интерквартильную широту – ME [IQR]. Статистическую значимость различий между группами определяли по критерию Манна-Уитни. Для оценки частот встречаемости признака использовали критерий Пирсона (хи-квадрат).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст к началу АР у пациентов основной группы был более молодым – 28,5 года [20; 39,5], чем в группе сравнения – 30 лет [26; 40], но без статистически значимых различий (p>0,05). Однако в литературе представлены данные о более молодом возрасте манифестации АР в случае их коморбидности с другими психическими расстройствами [16]. Результаты наших предыдущих исследований также указывали на более ранний возраст пациентов на момент начала депрессивных расстройств при их коморбидности с тревожными расстройствами по сравнению с пациентами с депрессивными расстройствами, не имеющими коморбидной патологии [17]. В таблице 1 представлено распределение пациентов исследуемых групп в зависимости от ведущего синдрома депрессии. Межгрупповых статистически значимых различий по синдромальной структуре депрессии не обнаружено (p>0,05).

Т а б л и ц а 1. Распределение пациентов основной группы и группы сравнения в зависимости от синдромального варианта депрессии

Синдромальный вариант депрессии	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс.	%	Абс.	%
Тревожная	12	37,5	9	29,1
Дисфорическая	13	40,6	8	25,8
Ипохондрическая	3	9,3	4	12,9
Конверсионная	2	6,3	5	16,1
Адинамическая	2	6,3	5	16,1
Всего	32	100	31	100

При анализе данных таблицы 1 обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов с АР как при коморбидности с алкогольной зависимостью, так и без таковой более чем в половине случаев выявляются тревожный и дисфорический варианты депрессии. По результатам эпидемиологических и клинических исследований установлено, что распространенность разверну-

тых тревожных расстройств у пациентов как с АР, так и с алкогольной зависимостью достигает высоких значений [3, 5, 21].

В нашу исследовательскую выборку пациенты с тревожными расстройствами не включались, а имеющиеся симптомы тревоги являлись составляющей частью общеклинической картины АР и алкогольной зависимости.

**Т а б л и ц а 2. Распределение пациентов основной группы и группы сравнения в зависимости от степени выраженности депрессии и тревоги**

Психометрическая шкала	Основная группа, n (%)			Группа сравнения, n (%)		
	Легкая	Умеренная	Тяжелая	Легкая	Умеренная	Тяжелая
HDRS-17	2 (6,3)	22 (68,7)	8 (25)	4 (12,9)	23 (74,2)	4 (12,9)
HARS	1 (3,1)	9 (28,1)	22 (68,8) <sup>#</sup>	1(3,2)	17 (54,9)	13 (41,9)

Пр и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: <sup>#</sup> –  $p < 0,05$ , где # – межгрупповые различия.

С целью анализа суицидального поведения пациентов обеих групп проведена сравнительная оценка наличия 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 ( $p > 0,05$ ) межгрупповых различий: основная группа – 65,6 %, группа сравнения – 48,4%. У пациентов основной группы на фоне абстинентного синдрома суицидальные мысли становились тягостными и мучительными, нередко приобретали навязчивый характер, размышления о будущем «пугали», «не давали покоя». Анализ анамнестических и катamnестических данных продемонстрировал более высокую встречаемость у пациентов основной группы суицидальных попыток в анамнезе: 25% и 6,5% ( $p < 0,05$ ). Наиболее значимыми для суицидогенеза в основной группе были не только тягостные депрессивные переживания, но и психотравмирующие обстоятельства, в качестве которых зачастую выступали социальные последствия алкоголизации (разводы, потеря семьи и работы, инвалидизация и бедность), порождавшие чувство безысходности. Полученные результаты подтверждают литературные данные, свидетельствующие об увеличении риска суицидального поведения пациентов с АР в случае их коморбидности с алкогольной зависимостью.

Анализ количественной оценки частоты аффективных эпизодов в течение года у пациентов с диагнозами РДР и БАР показал, что в основной группе данный показатель имел более высокое значение при сопоставлении с таковым в группе сравнения – 1,5 [0,9; 2,0] и 0,9 [0,7; 1,6] соответственно по критерию Манна-Уитни ( $U=200,0000$ ,  $Z=2.509120$ ,  $p=0,012$ ).

Как представлено в таблице 2, степень выраженности депрессивной симптоматики по HDRS-17 в сравниваемых группах не имела статистически значимых различий. В то время как количественная балльная оценка по HARS показала статистически значимую ( $p=0,03$ ,  $\chi^2=4,58$ ) более частую встречаемость пациентов с высоким уровнем тревоги в основной группе, чем в группе сравнения. По результатам оценки тяжести депрессивного состояния по S-CGI обнаружено, что тяжелое расстройство ( $\geq 6$  баллов) в основной группе выявлялось статистически значимо ( $p=0,04$ ,  $\chi^2=4,00$ ) чаще, чем в группе сравнения: 34,4% ( $n=11$ ) и 12,9% ( $n=4$ ).

В зависимости от общего количества баллов по SASS пациенты обеих групп были разделены на подгруппы: 1) с плохой социальной адаптацией (0-22 балла), 2) с затрудненной социальной адаптацией (23-35 баллов), 3) с хорошей социальной адаптацией (36-52 балла). Оценка уровня социальной адаптации пациентов исследовательской выборки показала, что в основной группе и группе сравнения большая доля приходилась на лиц с затрудненной и плохой социальной адаптацией, испытывающих неуверенность и трудности в решении проблем (табл. 3).

В основной группе зафиксировано статистически значимо ( $p=0,03$ ,  $\chi^2=4,79$ ) меньшее число пациентов с хорошей социальной адаптацией по SASS, чем в группе сравнения: 9,4% и 35,5%. Полученные нами показатели, отражающие утрату стабильности и равновесия в социуме из-за постоянно испытываемого напряжения, подтверждают литературные данные о негативном влиянии АР и алкогольной зависимости на социальную адаптацию пациентов. Сочетание вышеозначенных расстройств приводит к более выраженному снижению данного показателя.

**Т а б л и ц а 3. Распределение пациентов основной группы и группы сравнения в зависимости от уровня социальной адаптации**

Уровень социальной адаптации	Основная группа, n (%)	Группа сравнения, n (%)
Плохая социальная адаптация	6 (18,7)	3 (9,7)
Затрудненная социальная адаптация	23 (71,9)	17 (54,8)
Хорошая социальная адаптация	3 (9,4)	11 (35,5) #

Примечание. Статистическая значимость различий: # –  $p < 0,05$ , где # – межгрупповые различия.

Оценка хронологической последовательности возникновения коморбидных расстройств у пациентов основной группы показала статистически значимое ( $p < 0,05$ ) преобладание первоочередности формирования АР ( $n=24$ ; 75%), что согласуется с литературными данными [22, 23]. Вместе с тем ряд авторов отмечают, что до манифестации АР в большинстве случаев имеет место злоупотребление алкоголем, но не алкогольная зависимость [24].

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что при АР с коморбидной алкогольной зависимостью по сравнению с АР без алкогольной зависимости чаще возникают обострения аффективной патологии, отмечаются более высокие уровень тревоги, тяжесть заболевания и риск суицидального поведения. Также пациенты с коморбидностью имеют более низкий уровень социальной адаптации, чем пациенты с изолированными АР. В большинстве случаев алкогольная зависимость развивается на фоне аффективных расстройств.

Полученные результаты позволили сделать доказательный вывод: алкогольная зависимость при коморбидности с АР оказывает негативное влияние на клиничко-динамические показатели аффективных расстройств и уровень социальной адаптации пациентов.

#### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

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

#### **ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Исследование выполнено в рамках ГЗ НИИ психического здоровья 075-01184-22-00, ПНИ «Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клиничко-динамических характеристик и предикторов ее эффективности», номер госрегистрации АААА-А20-120041690009-6.

#### **СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ**

Совместное исследование проводилось согласно этическим стандартам медицинских исследований, разработанным Хельсинской декларацией ВМА, и одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья (протокол № 53 от 01.10.2012).

#### **ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

1. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman AT, Penninx BW. 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 Jun;131(1-3):233-42. doi: 10.1016/j.jad.2010.12.014. Epub 2011 Jan 19. PMID: 21247636.
2. Perugi G, Angst J, Azorin JM, Bowden C, Vieta E, Young AH; BRIDGE Study Group. Is comorbid borderline personality disorder in patients with major depressive episode and bipolarity a developmental subtype? Findings from the international BRIDGE study. *J Affect Disord.* 2013 Jan 10;144(1-2):72-8. doi: 10.1016/j.jad.2012.06.008. Epub 2012 Aug 2. PMID: 22858216.
3. Nabavi B, Mitchell AJ, 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 Sep 8;2(10):1405-19. doi: 10.1016/j.ebiom.2015.09.006. PMID: 26629535; PMCID: PMC4634892.
4. Schuch JJ, Roest AM, Nolen WA, Penninx BW, de Jonge P. Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *J Affect Disord.* 2014 Mar;156:156-63. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.011. Epub 2013 Dec 17. PMID: 24388685.
5. Terra MB, Barros HM, Stein AT, Figueira I, Jorge MR, Palermo LH, Athayde LD, Gonçalves MS, Spanemberg L, Possa MA, Daruy Filho L, Da Silveira DX. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Compr Psychiatry.* 2006 Nov-Dec;47(6):463-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.02.004. Epub 2006 Apr 21. PMID: 17067869.
6. Crum RM, Mojtabai R, Lazareck S, Bolton JM, Robinson J, Sareen J, Green KM, Stuart EA, La Flair L, Alvanzo AA, Storr CL. A prospective assessment of reports of drinking to self-medicate mood symptoms with the incidence and persistence of alcohol dependence. *JAMA Psychiatry.* 2013 Jul;70(7):718-26. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1098. PMID: 23636710; PMCID: PMC4151472.
7. Rehm J, Allamani A, Aubin HJ, 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 KD, Snikere S, Struzzo P, Trapencieris M, Voller F, Wittchen HU, Gual A,

- Wojnar M. People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries. *Alcohol Alcohol*. 2015 May;50(3):310-8. doi: 10.1093/alcalc/agn009. Epub 2015 Feb 25. PMID: 25716113.
8. 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 Dec;29(12):1058-64. doi: 10.1002/da.22001. Epub 2012 Sep 14. PMID: 22987574.
  9. Коморбидность аффективных расстройств и алкогольной зависимости / Н.А. Бохан, О.В. Рощина, Е.Д. Счастный, Г.Г. Симуткин, С.А. Иванова. Томск: ООО «Интегральный переплет», 2021. 143 с. Comorbidity of affective disorders and alcohol dependence / N.A. Bokhan, O.V. Roshchina, E.D. Schastnyy, G.G. Simutkin, S.A. Ivanova. Tomsk: Printing House Integrated Casework, 2021:143 (in Russian).
  10. Cardoso BM, Kauer Sant'Anna M, Dias VV, Andreazza AC, Ceresér KM, Kapczinski F. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*. 2008 Sep;42(6):451-7. doi: 10.1016/j.alcohol.2008.05.003. PMID: 18760714.
  11. Simhandl C, Radua J, König B, Amann BL. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016 Apr;50(4):345-51. doi: 10.1177/0004867415585855. Epub 2015 May 13. PMID: 25972409.
  12. Рощина О.В., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А., Суrowцева А.К. Уровень социальной адаптации и его связь с основными клинико-динамическими и психологическими характеристиками при коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022. Т. 14, № 3. С. 32-37. Roshchina OV, Simutkin GG, Bokhan NA, Surovtseva AK. The level of social adaptation and its relationship with the main clinical, dynamic and psychological characteristics in the comorbidity of affective disorders and alcohol dependence. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(3):32-37 (in Russian).
  13. Галкин С.А., Рощина О.В., Кисель Н.И., Иванова С.А., Бохан Н.А. Клинические и нейрофизиологические особенности при алкогольной зависимости и при ее коморбидности с аффективными расстройствами. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020. Т. 120, № 10. С. 56-59. Galkin SA, Roshchina OV, Kisel NI, Ivanova SA, Bokhan NA. Clinical and electrophysiological parameters of alcohol dependence and its comorbidity with affective disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry* 2020;120(10):56-59. DOI: 10.17116/jnevro202012010156 (in Russian).
  14. 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 Nov;16(6):384-9. doi: 10.1007/s12199-011-0209-y. Epub 2011 Feb 23. PMID: 21431807; PMCID: PMC3206975.
  15. Morin J, Wiktorsson S, Marlow T, Olesen PJ, Skoog I, Waern M. Alcohol use disorder in elderly suicide attempters: a comparison study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013 Feb;21(2):196-203. doi: 10.1016/j.jagp.2012.10.020. Epub 2013 Jan 22. PMID: 23343493.
  16. Oquendo MA, Currier D, Liu SM, Hasin DS, Grant BF, 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 (NES-ARC). *J Clin Psychiatry*. 2010 Jul;71(7):902-9. doi: 10.4088/JCP.09m05198gry. PMID: 20667292; PMCID: PMC2914308.
  17. Hashimoto E, Tayama M, Ishikawa H, Yamamoto M, Saito T. Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. *J Neural Transm (Vienna)*. 2015 Feb;122(2):301-6. doi: 10.1007/s00702-014-1254-7. Epub 2014 Jun 14. PMID: 24928545.
  18. Iovieno N, Tedeschini E, Bentley KH, Evins AE, Papakostas GI. 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 Aug;72(8):1144-51. doi: 10.4088/JCP.10m06217. Epub 2011 Apr 19. PMID: 21536001.
  19. Joslyn C, Hawes DJ, Hunt C, Mitchell PB. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *Bipolar Disord*. 2016 Aug;18(5):389-403. doi: 10.1111/bdi.12419. Epub 2016 Aug 17. PMID: 27530107.
  20. Vasilieva SN. Clinical-dynamic characteristics of depressive disorders comorbid with anxiety disorders [Supplemental material]. *European Psychiatry*, 2010. 25, 225. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)70225-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)70225-X)
  21. Merikangas KR, Pato M. Recent Developments in the Epidemiology of Bipolar Disorder in Adults and Children: Magnitude, Correlates, and Future Direction. *Clinical Psychology*. 2009;16(2):121-133. DOI:10.1111/j.1468-2850.2009.01152.x
  22. Zimmermann P, Zardi G, Lehmann M, Zeder C, Amrhein N, Frossard E, Bucher M. Engineering the root-soil interface via targeted expression of a synthetic phytase gene in trichoblasts. *Plant Biotechnol J*. 2003 Sep;1(5):353-60. doi: 10.1046/j.1467-7652.2003.00033.x. PMID: 17166134.
  23. Crum RM, La Flair L, Storr CL, Green KM, Stuart EA, Alvanzo AA, Lazareck S, Bolton JM, 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 Feb;30(2):174-83. doi: 10.1002/da.22024. Epub 2012 Dec 20. PMID: 23280888; PMCID: PMC4154590.

1;94(1-3):234-45. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.11.022. Epub 2008 Jan 22. PMID: 18215474; PMCID: PMC2386955.

24. Falk DE, Yi HY, Hilton ME. Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2008 Apr

Поступила в редакцию 30.08.2022  
Утверждена к печати 28.11.2022

Васильева Светлана Николаевна – к.м.н., науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ. SPIN-код 6482-2439. Author ID 750539. ResearcherID I-9405-2017. ORCID iD 0000-0002-0939-0856.

Симуткин Герман Геннадьевич, д.м.н., вед. науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ. SPIN-код 6482-2439. Author ID 185988. ResearcherID I-9405-2017. ORCID iD 0000-0002-9813-3789. e-mail ggsimutkin@gmail.com

Счастный Евгений Дмитриевич, д.м.н., профессор, зав. отделением аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ. SPIN-код 6482-2439. Author ID 571817. ResearcherID S-3674-2016. ORCID iD 0000-0003-2148-297X. e-mail evgeny.schastnyy@gmail.com

Суровцева Альфира Касимовна, к.п.н., медицинский психолог, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ. SPIN-код 3345-8230. ORCID iD 0000-0002-0045-2256. Author ID 445882. e-mail surov1964@sibmail.com

Украинцев Игорь Иванович – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. SPIN-код 2500-7022. Author ID 457120, ORCID iD 0000-0001-5112-2188, e-mail garik58garik@yandex.ru

Алтынбеков Куаныш Сагатович, д.м.н., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК. ResearcherID AGK-2650-2022. ORCID iD 0000-0003-3755-0914. e-mail kuanyshtyn@mail.ru

✉ Васильева Светлана Николаевна, vasilievasn@yandex.ru

UDC 616.895.4:616.89-008.441.13-045.45-047.72

For citation: Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Surovtseva A.K., Ukraintsev I.I., Altynbekov K.S. Combination of mood disorders and alcohol dependence: clinical significance of comorbidity, social adaptation of patients. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 4 (117): 14-21. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-14-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-14-21)

## **Combination of mood disorders and alcohol dependence: clinical significance of comorbidity, social adaptation of patients**

**Vasilieva S.N.<sup>1</sup>, Simutkin G.G.<sup>1</sup>, Schastnyy E.D.<sup>1</sup>, Surovtseva A.K.<sup>1</sup>, Ukraintsev I.I.<sup>2</sup>, Altynbekov K.S.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation*

<sup>3</sup> *"Republican Scientific and Practical Center for Mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan Amangeldy Street 88, 050022, Almaty, Kazakhstan*

**ABSTRACT**

**Background.** Manifestations of anxiety and depression exacerbate the course of destructive processes in alcoholism. The prevalence of depressive and anxiety disorders in the contingent of people who abuse alcohol is higher than in the global and Russian population as a whole. In the structure of mental pathology, there is an increase in comorbid conditions, which is associated with an increase in the level of hospitalization and rehospitalization of comorbid patients. The comorbidity of mood disorders (MD) and alcohol dependence worsens the prognosis and effectiveness of the therapy, enhances patient non-compliance, reduces their level of social adaptation and quality of life, causes serious economic problems in the family due to increased disability of patients and adverse medical and social consequences. **Objective:** to identify the clinical and dynamic characteristics of mood disorders in their comorbid course with alcohol dependence. **Material and Methods.** The study was carried out based on Affective States Department of Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center. Of the examined, two groups of patients (n=63) with MD were formed with a predominance of men (n=43) compared with women (n=20). The main group (n=32) included patients with MD and concurrent alcohol dependence, the comparison group (n=31) consisted of patients with MD without concurrent addictive pathology. Comparison for three variables (gender, age, and nosological assessment of MD) did not reveal statistically significant ( $p>0.05$ ) differences between patients in both groups. The Clinical Global Impression Scale (CGI), the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17), the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), and the Social Adjustment Self-evaluation Scale (SASS) were used. Results. Suicidal thoughts were more often detected in the main group (n=21; 65.6%) than in the comparison group (n=15; 48.4%). Suicidal attempts in history statistically significantly ( $p<0.05$ ) prevailed in the main group (25% and 6.5%) According to HARS, a high level of anxiety was statistically significant ( $p=0.03$ ,  $\chi^2=4.58$ ) more common in the main group. Severe disorder (according to S-CGI score  $\geq 6$ ) was statistically significant ( $p=0.04$ ,  $\chi^2=4.00$ ) more often in the main group (n=11; 34.4% and n=4; 12.9%). According to SASS in both groups, the majority were patients with difficult and poor social adaptation. In MD with comorbid alcohol dependence, compared with MD without alcohol dependence, exacerbations of mood pathology occur more often, higher levels of anxiety, disease severity, and the risk of suicidal behavior are noted. Patients with a comorbid course of disorders have a lower level of social adaptation than patients with isolated MD. **Conclusion.** Alcohol dependence, combined with MD disorders, negatively affects the clinical and dynamic parameters and the level of social adaptation of patients.

**Keywords:** mood disorders, alcohol dependence, comorbid course, social adaptation of patients.

Received August 30.2022

Accepted November 28.2022

Vasilieva Svetlana N. – Ph.D., researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia. SPIN-code 6482-2439. Author ID 750539. ResearcherID I-9405-2017. ORCID iD 0000-0002-0939-0856.

Simutkin German G. – Ph.D., MD, lead researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia. SPIN-code 6482-2439. Author ID 185988. Researcher ID I-9405-2017. ORCID iD 0000-0002-9813-3789. e-mail ggsimutkin@gmail.com

Schastnyy Evgeny D. – MD, Ph.D., Professor, Head of the Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia. SPIN-code 6482-2439. Author ID 571817. Researcher ID S-3674-2016. ORCID iD 0000-0003-2148-297X. e-mail evgeny.schastnyy@gmail.com

Surovtseva Alfira K. – Cand. of Sci. (Psych.), Clinical Psychologist, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia. SPIN-code 3345-8230. ORCID iD 0000-0002-0045-2256. Author ID 445882. e-mail surov1964@sibmail.com

Ukrainsev Igor I. – Ph.D., Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Siberian State Medical University, Tomsk, Russia. SPIN-код 2500-7022. Author ID 457120. ORCID iD 0000-0001-5112-2188. e-mail garik58garik@yandex.ru

Altynbekov Kuanysh S., MD, General Director, “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health” of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. ResearcherID AGK-2650-2022. ORCID iD 0000-0003-3755-0914. e-mail kuanysh\_altyn@mail.ru

✉ Vasilieva Svetlana N., vasilievasn@yandex.ru