

Клиническое значение коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости

Рощина О.В.¹, Розин А.И.¹, Счастный Е.Д.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 – изучение клинко-психопатологических, клинко-катамнестических, клинко-динамических особенностей аффективных расстройств (АР) и алкогольной зависимости (АЗ) при их коморбидных сочетаниях.

Материалы и методы. Обследованы 88 человек с АР и АЗ – 33 женщины (37,5%) и 55 (62,5%) мужчин. Первая группа – 31 пациент (35,0%) с АЗ без коморбидной аффективной симптоматики, вторая – 29 больных (33,0%) с расстройством настроения без зависимости от алкоголя, третья – 28 пациентов (32,0%) с коморбидным течением АЗ и АР. Между группами по половозрастному составу по уровню статистической значимости различий не выявлено ($p = 0,115$ – по половому составу, $p = 0,248$ – по возрастному составу). В исследовании использовались клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, клинко-динамический и статистические методы. Статистическую обработку проводили с использованием χ^2 Пирсона, U -критерия Манна – Уитни для сравнения независимых выборок и корреляционного анализа Спирмена (r).

Результаты. У пациентов второй и третьей групп по уровню статистической значимости различий реже диагностировалась дистимия (10,4 и 32,1% соответственно, $p = 0,023$), что свидетельствует о хроническом варианте течения аффективной патологии в группе пациентов, страдающих АЗ. Средняя продолжительность псевдозапаев в первой группе пациентов была выше – 7 (4; 17) сут, чем в третьей группе – 5,5 (3,5; 9,5) ($p = 0,043$). Давность заболевания в первой и третьей группах составила 10 (6; 18,5) и 14 (10; 19,75) лет соответственно ($p = 0,036$), что подтверждает негативное влияние коморбидности на клинко-динамические особенности при сочетании АЗ и АР.

Заключение. Сосуществование АЗ и аффективной патологии усиливает суицидальный риск отдельных заболеваний; в случае коморбидного течения АЗ и аффективной патологии отмечена тенденция к раннему появлению симптомов АЗ и быстрой их динамике, меньшая продолжительность светлых промежутков АР и АЗ, относительно низкая толерантность к спиртному, более выражен депрессогенный эффект этилового спирта.

Ключевые слова: расстройства настроения, алкогольная зависимость, коморбидность.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Источник финансирования. Исследование выполнено при поддержке гранта РФФ № 19-15-00023 «Клинические особенности и поиск потенциальных биомаркеров коморбидности алкоголизма и аффективных расстройств».

Соответствие принципам этики. Все пациенты подписали информированное согласие. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья, ТНИМЦ РАН (протокол № 6 от 21 июня 2017 г.).

Для цитирования: 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. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-110-118>.

УДК 616.89-008.441.13-02:616.895-06
<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-110-118>

Clinical value of comorbidity of affective disorders and alcohol dependence

Roshchina O.V.¹, Rozin A.I.¹, Schastnyy E.D.¹, Bokhan N.A.^{1,2,3}

¹ *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMC) of 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 was to study the clinical-psychopathological, clinical-follow-up, clinical-dynamic features of mood disorders (MD) and alcohol use disorder (AUD) with their comorbidity combinations.

Materials and methods. The study included 88 people with AUD and MD: 33 women (37.5%) and 55 (62.5%) men. The first group was 31 patients (35.0%) with AUD without comorbid affective symptoms, the second was 29 patients (33.0%) with MD without alcohol dependence, and the third was 28 patients (32.0%) with comorbid AUD and MD. There were no statistically significant differences between the groups by age and sex composition, by the level of statistical significance of differences ($p = 0.115$ – by sex, $p = 0.248$ – by age). The study used clinical, psychopathological, clinical and follow-up, clinical, dynamic and statistical methods. Statistical processing was performed using Pearson's χ^2 , Mann – Whitney U -test for comparing independent samples and Spearman's correlation analysis (r).

Results. Patients of the second and third groups were diagnosed with dysthymia more rarely in statistically significant values by the level of statistical significance of differences (10.4% and 32.1% respectively, $p = 0.023$) and this testifies to MD taking chronic course in patients with AUD. The average duration of bout of heavy-drinking in the first group was longer than in the third group – 7 (4; 17) and 5,5 (3.5; 9.5) days accordingly ($p = 0.043$). Duration of the disease in the first and third groups was 10 (6; 18.5) and 14 (10; 19.75) years, respectively ($p = 0.036$). It confirms the negative impact of comorbidity on the clinical-dynamic features in the case of co-existing of AUD and MD.

Conclusion. The coexistence of alcohol dependence and affective pathology enhances the suicidal risk of certain diseases. A tendency to the early appearance of symptoms of AUD and their rapid dynamics, a shorter duration of light intervals of MD and AUC, a relatively low tolerance to alcohol and pronounced depressogenic effect of alcohol in the case of comorbidity were found.

Key words: alcohol dependence, mood disorders, comorbidity.

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 biomarkers of comorbidity of alcoholism and affective disorders”.

Conformity with the principles of ethics. All patients signed informed consent. The study was approved by the local ethics committee under the Mental Health Research Institute TNRMC (Protocol No. 6 of 06.21.2017).

For citation: Roshchina O.V., Rozin A.I., Schastnyy E.D., Bokhan N.A. Clinical value of comorbidity of affective disorders and alcohol dependence. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2019; 18 (4): 102–109. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-102-109>.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время актуальные проблемы психического здоровья населения в мире представлены депрессивными, тревожными, соматоформными расстройствами и алкогольной зависимостью [1]. Своевременная диагностика и раннее лечение этих состояний необходимы для предотвращения перехода их в злокачественные формы, снижения бремени социальной и трудовой недееспособности населения [2–5]. Проблема коморбидности психических расстройств широко обсуждается в психиатрическом сообществе в связи с тем, что преморбидную личность аддиктивного больного невозможно в полной мере назвать «здоровой», с одной стороны, и лица с аффективной патологией подвержены формированию патологического защитного поведения, к которому можно отнести и склонность к употреблению психоактивных веществ, с другой [6–8]. Основной проблемой в изучении данной категории больных является изменчивость клинических проявлений от злокачественных расстройств к наиболее часто встречающимся субклиническим. Таким образом, сочетание двух психиатрических патологий воздействует на патоморфоз клинико-динамических характеристик каждого из них, влияя на дифференциально-диагностическую и терапевтическую работу с данной когортой пациентов [9].

Цель – изучение клинико-психопатологических, клинико-катамнестических, клинико-динамических особенностей аффективных расстройств и алкогольной зависимости при их коморбидных сочетаниях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 88 человек, проходивших лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Проведено сплошное исследование пациентов, поступивших на лечение с верифицированным диагнозом по МКБ-10 [10] алкогольной зависимости (АЗ) или аффективного расстройства (АР).

Исследуемые пациенты были распределены на три группы. В первую группу включены пациенты, страдающие алкогольной зависимостью

без коморбидной аффективной симптоматики ($n = 31$), во вторую – с расстройством настроения без зависимости от алкоголя ($n = 29$), в третью – с коморбидным течением АЗ и АР ($n = 28$). Средний возраст пациентов по группам составил: 44 (40; 53) года среди больных АЗ, 50 (36,5; 57) лет у пациентов с АР и 44,5 (36,5; 48,75) года в группе пациентов с сочетанным диагнозом. В группе зависимых от алкоголя преобладали мужчины (87,1%), среди пациентов с расстройством настроения – женщины (72,4%), в группе пациентов с двумя заболеваниями мужчины составили 71,4%. Между группами по половозрастному составу различий не выявлено ($p = 0,115$ – по половому составу; $p = 0,248$ – по возрастному составу; критерий χ^2).

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-динамический и статистические методы исследования. При поступлении пациентам проводилось структурированное клиническое интервью с заполнением карты исследования больного.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета стандартных прикладных программ IBM SPSS Statistics 23 (США). Предварительно проводилась проверка выборок на соответствие нормальному закону распределения с помощью критерия Колмогорова – Смирнова, который проверяет гипотезу об отсутствии различий между наблюдаемым распределением признака и теоретически ожидаемым нормальным распределением. Количественные данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей $Me (Q_1; Q_3)$. Для сравнения групп по качественному признаку был использован критерий χ^2 Пирсона, уровень статистической значимости различий между группами определяли при помощи критерия Манна – Уитни. При проверке гипотез критический уровень значимости $p = 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные демографические характеристики расходятся с литературными данными, показывающими, что депрессивная патология в сочетании

с АЗ в 2 раза чаще встречается в женской популяции [11, 12].

В группе пациентов с сочетанием АЗ и расстройством настроения коморбидная аффективная патология была представлена преимущественно дистимией (32,1%), депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках биполярного (28,6%) и рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) (25%). В 14,3% случаев коморбидность была представлена депрессивным эпизодом легкой (3,6%) или средней (10,7%) степени. По данным литературы, среди 45–60% злоупотребляющих алкоголем пациентов выявляются признаки биполярного аффективного расстройства (БАР) или циклотимии [13, 14].

Структура АР в группе без коморбидности с синдромом зависимости была представлена дистимией (10,4%), депрессивным эпизодом различной степени тяжести (34,5%), депрессивным эпизодом в рамках РДР (31,0%) и смешанным или депрессивным эпизодом в рамках БАР (24,1%).

Полученные данные свидетельствуют о преимущественно хроническом и стертом варианте течения аффективной патологии в группе пациентов, страдающих также синдромом зависимости, по сравнению с группой больных с «чистыми» АР ($p = 0,023$, χ^2).

При катamnестической оценке суицидального поведения обследуемых пациентов по уровню статистической значимости различий обнаружены различия ($p = 0,04$, χ^2). В группе больных АЗ в 91,9% наблюдений не было указаний на суицидальные мысли или действия. Пациенты с «чистыми» АР ($n = 7$; 24,1%) в анамнезе имели место суицидальные мысли ($n = 4$; 13,8%) и действия ($n = 3$; 10,3%), а один из обследованных (3,4%) предпринимал суицидальные попытки. Суицидальное поведение в этой группе в 85,7% случаев ($n = 6$) не было связано с состоянием алкогольного опьянения.

В группе пациентов с коморбидностью аффективного и аддиктивного расстройства суицидальные мысли отмечались в 17,9% случаев ($n = 5$), действия – в 7,1% ($n = 2$) и в 10,7% ($n = 3$) предпринимались суицидальные попытки. Суицидальная активность в половине случаев была сопряжена с состоянием алкогольного опьянения.

По данным отечественных исследователей, из числа суицидентов с психическими расстройствами 29,7% страдают АЗ, 18,9% – депрессивными расстройствами (ДР) [15]. Злоупотребление алкоголем или АЗ обнаруживаются в 43% случаев самоубийств, а среди выживших после парасуицида

мужчин 50% имели проблемы, связанные с употреблением алкоголя, у 23% из них диагностирована алкогольная зависимость [16, 17].

Исходя из данных, полученных в данном исследовании, сосуществование аддикции и аффективной патологии усиливает суицидальный риск отдельных заболеваний, а суицидальные тенденции в группе пациентов с коморбидными расстройствами чаще приводят к активным аутоагрессивным действиям ($p = 0,04$, χ^2).

При анализе семейного анамнеза пациентов отмечается более высокая наследственная отягощенность АЗ в группе с коморбидным диагнозом. Родственники этих пациентов страдали АЗ в 57,1% наблюдений ($n = 16$), в то время как в группе с «чистой» АЗ – 29,0% ($n = 9$), «чистым» АР – в 24,0% ($n = 7$). Наследственная отягощенность аффективной патологией была выше в группе с АР – 20,7% ($n = 6$), против 14,3% ($n = 4$) у пациентов с коморбидностью и 6,5% ($n = 2$) в группе зависимых. В группах с коморбидностью и чистым АР наследственная отягощенность суицидами наблюдалась в 17,9% ($n = 5$) и 17,2% ($n = 5$) случаев соответственно, парасуицидами – в 3,4% ($n = 1$) и 3,6% ($n = 1$). Среди родственников пациентов, страдающих «чистой» АЗ, суицидов не отмечалось.

Согласно многофакторной биопсихосоциальной модели АЗ и АР, неспецифическими, общими биологическими факторами для возникновения депрессивных расстройств и АР являются наследственная отягощенность, а также особенности микросоциального окружения, оказывающие влияние на формирование психологических конструктов и социальных навыков [18]. Интерпретируя полученные данные, можно сделать вывод о более отягощенной наследственности в группе пациентов с двойным диагнозом как по наркологической, так и по психиатрической патологии в сравнении с группой аддиктов и значительно выраженной отягощенности АР по сравнению с группой пациентов с расстройством настроения ($p = 0,048$; χ^2).

Клинико-катamnестические особенности течения заболевания

Давность появления первичного депрессивного эпизода составила 5 (2,5; 11,0) лет в группе пациентов с «чистой» аффективной патологией и 7,5 (2,25; 13,0) лет у пациентов с коморбидностью ($p = 0,042$; критерий Манна – Уитни).

Для синдрома зависимости от алкоголя давность заболевания (от возраста формирования алкогольного абстинентного синдрома) составила в группах с АЗ и коморбидностью 10 (6; 18,5)

и 14 (10; 19,75) лет соответственно ($p = 0,036$; критерий Манна – Уитни). То есть давность заболевания как аффективной, так и аддиктивной патологией была выше в группе пациентов с двумя сосуществующими диагнозами по сравнению с группами пациентов с люцидными формами заболевания при том, что существенных различий по возрастным показателям в группах не наблюдалось. Следовательно, отмечается тенденция к раннему появлению симптомов и быстрой их динамике в случае коморбидности аффективного и аддиктивного расстройства, что согласуется с результатами, полученными отечественными учеными [7, 11].

При анализе катамнеза пациентов в исследуемых группах обнаружено, что предыдущие госпитализации с диагнозом, аналогичным текущему, имели место среди 71,0% больных АЗ (2 (0; 3) раза), 55,2% больных аффективными расстройствами (1 (0; 2) раз). Из числа пациентов группы с коморбидными заболеваниями 60,7% госпитализировались с АР и синдромом зависимости от алкоголя или АЗ с выраженной депрессивной симптоматикой, требовавшей назначения антидепрессивной терапии (2 (0; 5) раза).

Среди пациентов с коморбидностью госпитализировались ранее с другим диагнозом 14,3% ($n = 4$). Из них 75% ($n = 3$) лечились от единичных или повторяющихся депрессивных эпизодов и 25,0% ($n = 1$) – от АЗ. Из числа пациентов с аффективной патологией 6,9% ($n = 2$) обращались за помощью по поводу тревожного расстройства.

Анализируя литературные данные, сложно прийти к единому мнению относительно влияния коморбидных депрессивных расстройств на клиническое течение АЗ. Часть исследователей говорят о том, что алкогольная зависимость, возникающая на фоне расстройства настроения, отличается относительно малой прогрессивностью, а углубление эндогенной депрессии ведет к прекращению алкоголизаций [19]. Некоторые авторы отмечают тенденции к злокачественному течению АЗ и депрессии, существующих коморбидно [20]. В проведенном клинико-катамнестическом исследовании получены данные, демонстрирующие меньшую продолжительность светлых промежутков аффективного расстройства и АЗ в коморбидности по сравнению с группами пациентов с «чистой» патологией ($p = 0,037$; критерий Манна – Уитни) (табл. 1).

Таблица 1
Table 1

Светлые промежутки и ремиссии в течении заболевания, мес, $Me (Q_1; Q_3)$ Light intervals and remissions during the course of the disease, months, $Me (Q_1; Q_3)$				
Показатель Parameter	Максимальная продолжительность ремиссии аффективного расстройства Maximum duration of remission of a mood disorder	Максимальная продолжительность светлого промежутка АЗ Maximum duration of remission of alcohol use disorders	Длительность последней ремиссии аффективного расстройства The duration of the last remission of mood disorder	Длительность последнего светлого промежутка АЗ The duration of the last remission of alcohol use disorder
Пациенты с АЗ Patients with AUD	–	12 (3; 24)	–	9 (2; 18,5)
Пациенты с расстройствами настроения Patients with mood disorders	5 (3; 21,75)	–	3 (1; 6)	–
Пациенты с коморбидным диагнозом Patients with comorbidity	4 (0; 12)	6 (1,25; 34,5)	3 (0; 9)	3 (1; 12)

Клинико-динамические особенности течения аддиктивных и аффективных расстройств в исследуемых группах

Продолжительность текущего аффективного эпизода в группе с коморбидным течением была больше, чем в группе с «чистой» депрессией: 8 (3; 24) и 6 (3; 12) мес соответственно ($p = 0,041$; критерий Манна – Уитни). Текущий период злоупотребления алкоголем также был продолжи-

тельнее в группе с коморбидностью: 8 (2,25; 12) мес, в то время как пациенты с зависимостью без расстройств настроения употребляли алкоголь до обращения за помощью в течение 7 (2; 24) мес ($p = 0,03$; критерий Манна – Уитни).

Примечательно, что опыт или потребность в приеме алкоголя с целью коррекции психоэмоционального состояния в той или иной степени присутствовал в каждой группе (табл. 2).

Таблица 2
Table 2

Прием алкоголя для коррекции психоэмоционального состояния, <i>n</i> (%)				
Alcohol intake for the correction of the psychoemotional state, <i>n</i> (%)				
Показатель Parameter	Не было желания принять алкоголь для коррекции настроения Absence of the desire to take alcohol for the correction of mood	Желание принять алкоголь возникло, но не осуществлялось The desire to take alco- hol was present, but not carried out	Прием алкоголя положительно влиял на фон настроения Alcohol intake posi- tively influenced mood background	Прием алкоголя усугублял аффективную симптоматику Alco- hol intake exacerbated affective symptoms
Пациенты с алкогольной зависимостью Patients with AUD	9 (29,0)	4 (12,9)	16 (51,6)	2 (6,5)
Пациенты с расстройствами настроения/Patients with mood disorders	22 (75,9)	3 (10,3)	–	4 (13,8)
Пациенты с коморбидным диагнозом Patients with comorbidity	4 (14,3)	4 (14,3)	11 (39,3)	9 (32,1)

По данным литературы, пациенты с коморбидной патологией чаще других прибегали к приему алкоголя в качестве «самолечения» от расстройств настроения [21]. В нашем исследовании показано, что алкогольные эксцессы осуществлялись не в силу ослабления борьбы мотивов, а в силу того, что мысли об алкоголе в качестве «терапевтического» средства возникали у них чаще. При этом депрессивный эффект алкоголя усугублял аффективную симптоматику в 45% случаев его приема ($p = 0,001$; χ^2).

Клиническая картина синдрома зависимости от алкоголя в группе с коморбидным заболеванием имела следующие особенности в сравнении с люцидной формой течения болезни: относительно низкая толерантность к спиртному: 11 (11; 17,75) стандартных порций против 16 (11; 23) ($p = 0,01$, критерий Манна – Уитни); преобладание амнестических форм опьянения в виде палимпсестов – 8 2,1% ($n = 23$) против 56,5% ($n = 17$) ($p = 0,042$; χ^2); преимущественно седативное влияние алкоголя, отмечаемое субъективно, – 57,1% ($n = 16$) против 48,4% ($n = 15$) ($p = 0,02$; χ^2). Иными словами, в картине опьянения пациентов, страдающих, наряду с АЗ расстройством настроения, более выражен депрессогенный эффект этилового спирта. При этом средняя продолжительность псевдозапоев в группе пациентов с коморбидностью была ниже – 5,5 (3,5; 9,5) сут против 7 (4; 17) сут в группе с монодиагнозом ($p = 0,043$; критерий Манна – Уитни). Продолжительность синдрома отмены алкоголя в обеих группах была одинакова – 3 (2; 4) сут.

Из общего числа пациентов с АЗ 54,8% ($n = 17$) употребляли алкоголь с гедонистической моти-

вацией, 33,9% ($n = 11$) преследовали атарактические цели. В группе пациентов с коморбидным АР ведущим мотивом алкоголизации выступали атарактические цели (42,9%, $n = 12$) и коррекция эмоционального состояния (35,7%, $n = 10$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Ранее неоднократно исследователи указывали на фактическое преобладание встречаемости АЗ у мужчин и ДР у женщин. При коморбидности такое соотношение мужчин и женщин меняется. По литературным данным, среди мужчин с алкогольной зависимостью ДР встречаются в 30%, у женщин в 60–70% [22, 23]. В проведенном нами исследовании среди пациентов с двойным диагнозом мужчин оказалось значительно больше (71,4%).

При сопоставлении клинико-катамнестической картины течения АР и АЗ в каждой группе отмечена тенденция к более раннему формированию патологии, снижение количества и продолжительности ремиссий (светлых промежутков) при их сосуществовании. Расстройства настроения в коморбидности с АЗ представлены в основном хроническими формами: дистимией, повторными депрессивными эпизодами в рамках БАР или РДР, в то время как в группе с «чистой» нозологией единичные ДЭ встречались более, чем в трети наблюдений. При оценке катамнеза уровень статистической значимости различий показал, что при коморбидности значимо возрастает риск суицидальной активности пациентов. Течение алкогольной зависимости в этой группе характеризуется меньшей толерантностью, выраженностью депрессогенного и анамнестического эффекта этилового спирта.

Полученные в данном исследовании результаты свидетельствуют о неблагоприятном взаимовлиянии АР и АЗ при коморбидности, что необходимо учитывать в их терапии. Преобладание хронических и субклинических форм аффективной патологии может приводить к диагностическим трудностям, когда расстройства настроения остаются невыявленными, скрываясь за фасадом алкогольной зависимости и, напротив, злоупотребление алкоголем может маскироваться на фоне длительного расстройства настроения. Таким образом, особый терапевтический алгоритм в отношении возможного коморбидного сочетания расстройств аффективного спектра и алкогольной зависимости необходим как в психиатрической, так и в наркологической практике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в исследовании данные свидетельствуют о том, что сосуществование АЗ и аффективной патологии усиливает суицидальный риск отдельных заболеваний и суицидальные тенденции чаще приводят к активным аутоагрессивным действиям. В группе пациентов с двойным диагнозом отмечается большая наследственная отягощенность как по наркологической, так и по психиатрической патологии в сравнении с группой аддиктов и значительно выраженная отягощенность АЗ по сравнению с группой пациентов с расстройством настроения. При изучении давности заболевания как аффективной, так и аддиктивной патологией отмечена тенденция к раннему появлению симптомов АЗ и быстрой их динамике в случае коморбидности двух расстройств. Определена меньшая продолжительность светлых промежутков аффективного расстройства и АЗ в коморбидности по сравнению с группами пациентов с «чистой» патологией.

В группе с коморбидными заболеваниями определены относительно низкая толерантность к спиртному; преобладание амнестических форм опьянения в виде палимпсестов; преимущественно седативное влияние алкоголя, отмечаемое субъективно. В картине опьянения пациентов, страдающих, наряду с АЗ, расстройствами настроения, более выражен депрессогенный эффект этилового спирта. Однако средняя продолжительность псевдозапоев в группе пациентов с коморбидностью была ниже (5,5 (3,5; 9,5) сут против 7 (4; 17) сут в группе с монодиагнозом).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Dawson A., Tylee A. Depression: social and economic timebomb. London: BMJ publishing group, 2001: 191.

2. Бохан Н.А., Лукьянова Е.В., Симуткин Г.Г. Депрессивные расстройства у женщин в климактерическом возрасте (обзор зарубежной литературы за 2012–2016 гг.). *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (2): 100–113. [Bokhan N.A., Lukyanova E.V., Simutkin G.G. Depressive disorders in women of climacteric age (review of foreign literature for 2012–2016). *Bulletin of Siberian Medicine*. 2018; 17 (2): 100–113 (in Russ.)]. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-2-100–113.
3. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: ТГУ, 2009: 510. [Bokhan N.A., Semke V.Ya. Comorbidity in narcology. Tomsk: TSU Publ., 2009: 510 (in Russ.)].
4. Пешковская А.Г., Мандель А.И., Бадырғы И.О., Бохан Н.А., Иванова С.А., Федоренко О.Ю. Психологические особенности больных алкоголизмом различных этнических групп коренного населения Сибири: пособие для врачей. Томск, 2015: 45. [Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Badyrgy I.O., Bokhan N.A., Ivanova S.A., Fedorenko O.Yu. Psychological features of alcoholics of various ethnic groups of the indigenous population of Siberia: A manual for doctors. Tomsk, 2015: 45 (in Russ.)].
5. Белокрылов И.И., Пешковская А.Г., Галкин С.А., Рощина О.В. Когнитивное функционирование и психотравмирующие ситуации в контексте алкогольной зависимости. *Вопросы наркологии*. 2018; 171 (12): 81–92. [Belokrylov I.I., Peshkovskaya A.G., Galkin S.A., Roshchina O.V. Cognitive functioning and psychotraumatic situations in the context of alcohol dependence. *Journal of Addiction Problems*. 2018; 171 (12): 81–92 (in Russ.)].
6. Сергина В.А., Логинов И.П. Коморбидность расстройств депрессивного спектра и алкогольной зависимости. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2014; 3: 100–106. [Sergina V.A., Loginov I.P. Comorbidity disorders of the depressive spectrum and alcohol dependence. *Far East Medical Journal*. 2014; 3: 100–106 (in Russ.)].
7. 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. [Marusin A.V., Kornetov A.N., Swarovskaya M.G., Vagaitseva K.V., Pavlenyuk E.S., Stepanov V.A. Genetic predisposition to alcoholism, schizophrenia and Alzheimer's disease with psychodiagnostic characteristics in Russian population. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2016; 15 (5): 83–96 (in Russ.)]. DOI 10.20538/1682-0363-2016-5-83–96.
8. Пешковская А.Г. Алкогольная зависимость и эмоциональные расстройства: траектория и перспективы исследования управляющих когнитивных функций. *Вестник Российского фонда фундаментальных исследований*. 2018; 4 (100): 58–61. [Peshkovskaya A.G. Alcohol dependence and emotional disorders: executive cognitive functions research outline and prospects. *Rus-*

- sian Foundation for Basic Research*. 2018; 4 (100): 58–61 (in Russ.]. DOI: 10.22204/2410-4639-2018-100-04-58-61.
9. Розин А.И., Рощина О.В., Пешковская А.Г., Белокрылов И.И. Коморбидные сочетания алкогольной зависимости и депрессивных расстройств. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 4 (101): 40–45. [Rozin A.I., Roshchina O.V., Peshkovskaya A.G., Belokrylov I.I. Comorbid combinations of alcohol dependence and depressive disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 4 (101): 40–45 (in Russ.)].
 10. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 1998: 292. [Mental and behavioral disorders (F00–F99) (ICD-10 Chapter V, adjusted for use in the Russian Federation). Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation, 1998: 292 (in Russ.)].
 11. Бузик О.Ж., Агibalова Т.В. Коморбидные расстройства у больных с зависимостью от алкоголя. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2008; 3: 79–85. [Buzik O.Zh., Agibalova T.V. Comorbid disorders in patients with alcohol dependence. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2008; 3: 79–85 (in Russ.)].
 12. Бохан Н.А., Анкудинова И.Э., Мандель А.И. Коморбидные формы алкоголизма у женщин. Томск, 2013: 182. [Bokhan N.A., Ankudinova I.E., Mandel A.I. Comorbid forms of alcoholism in women. Tomsk, 2013: 182 (in Russ.)].
 13. Tensae D.W., Solomon H., Boru B., Getinet W. Prevalence and correlates of alcohol use disorders among bipolar patients at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa (Ethiopia): A cross-sectional institution based study. *J. Public Health Afr*. 2018; 9 (3): 829. DOI: 10.4081/jphia.2018.829.
 14. Pavkovic B., Zaric M., Markovic M., Klacar M., Huljic A., Caricic A. Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. *Psychiatry Res*. 2018; 270: 483–489. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.10.013.
 15. Антонова А.А., Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б. Факторы риска развития суицидального поведения. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2012; 8 (2): 403–409. [Antonova A.A., Bachilo E.V., Barylnik Yu.B. Risk factors for suicidal behavior. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012; 8 (2): 403–409 (in Russ.)].
 16. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне. *Суицидология*. 2015; 6 (2): 35–46. [Sakharov A.V., Govorin N.V. Suicidal behavior and alcohol: estimation of correlations at the population level. *Suicidology*. 2015; 6 (2): 35–46 (in Russ.)].
 17. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суицид в странах Восточной Европы. *Суицидология*. 2014; 5 (3): 18–27. [Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicide in countries of Eastern Europe. *Suicidology*. 2014; 5 (3): 18–27 (in Russ.)].
 18. Пуговкина О.Д., Попинако А.В. Склонность к алкоголизации в структуре депрессивных расстройств с позиций биопсихосоциального подхода. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2012; 4: 26–29. [Pugovkina O.D., Popinako A.V. Tendency to alcoholism in the structure of depressive disorders from the standpoint of the biopsychosocial approach. *Modern Therapy in Psychiatry and Neurology*. 2012; 4: 26–29 (in Russ.)].
 19. Рыбакова К.В., Рыбакова Т.Г., Незнанов Н.Г., Ерышев О.Ф. Влияние коморбидных хронических депрессивных расстройств на формирование и течение алкогольной зависимости. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2013; 113 (6): 27–32. [Rybakova K.V., Rybakova T.G., Neznanov N.G., Eryshev O.F. The effect of chronic comorbid depressive disorders on the formation and course of alcohol dependence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Special Issues*. 2013; 113 (6): 27–32 (in Russ.)].
 20. Веретилло А.В., Трусова А.В., Егоров А.Ю., Крупицкий Е.М. Злокачественный алкоголизм: особенности формирования и клинические варианты. *Наркология*. 2014; 13 (2): 42–51. [Veretillo L.V., Trusova A.V., Egorov A.Yu., Krupitsky E.M. Malignant alcoholism: features of the formation and clinical options. *Narcology*. 2014; 13 (2): 42–51 (in Russ.)].
 21. Минко А.И., Линский И.В. Аффективные расстройства при зависимости от психоактивных веществ. *Международный медицинский журнал*. 2003; 9 (3): 28–30. [Minko A.I., Linsky I.V. Affective disorders in psychoactive substances addiction. *International Medical Journal*. 2003; 9 (3): 28–30 (in Russ.)].
 22. Bolton J.M., Belik S.L., Enns M.W., Cox B.J., Sareen J.J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Clin. Psychiatry*. 2008; 69 (7): 1139–1149.
 23. Fahlke C., Berggren U., Berglund K.J., Zetterberg H., Blennow K., Engel J.A., Balldin J. Neuroendocrine assessment of serotonergic, dopaminergic, and noradrenergic functions in alcohol-dependent individuals. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2012; 36 (1): 97–103. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2011.01598.x.

Вклад авторов

Рощина О.В., Розин А.И. – проведение исследования, статистический анализ и интерпретация данных. Счастный Е.Д. – проверка критически важного интеллектуального содержания. Бохан Н.А. – окончательное утверждение рукописи для публикации.

Сведения об авторах

Рощина Ольга Вячеславовна, мл. науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ РАН, г. Томск. ORCID iD 0000-0002-2246-7045.

Розин Александр Иосифович, канд. мед. наук, врач-психиатр, отделение аддиктивных НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ РАН, г. Томск. ORCID iD 0000-0001-8617-4754.

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

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

(✉) Рощина Ольга Вячеславовна, e-mail: roshchinaov@vtomske.ru.

Поступила в редакцию 26.05.2019

Подписана в печать 12.09.2019

Author contributions

Roshchina O.V., Rozin A.I. – conducting research, statistical analysis and data interpretation.

Schastny E. D. – verification of critical intellectual content. Bohan N.A. – final approval of the manuscript for publication.

Authors information

Roshchina Olga V., Junior Researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-2246-7045.

Rozin Alexander I., PhD, Psychiatrist, Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-8617-4754.

Schastnyy Evgeny D., DM, Professor, Head of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-2148-297X.

Bokhan Nikolay A., DM, Professor, Academician of RAS, Director of the Mental Health Research Institute, Tomsk NRMC; Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, SSMU; Department of Psychotherapy and Psychological Counseling of Faculty of Psychology, NR TSU, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-1052-855X.

(✉) Roshchina Olga V., e-mail: roshchinaov@vtomske.ru.

Received 26.05.2019

Accepted 12.09.2019