

© Васильева С.Н. и др., 2023

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.89-008.441.13:616.895:616.89-008.441.44:159.9.072.59

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-42-49>

Влияние коморбидной алкогольной зависимости на клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства у пациентов специализированного психиатрического стационара

С.Н. Васильева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастный, Е.В. Лебедева, Н.А. Бохан

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск, Россия

Автор для корреспонденции: Светлана Николаевна Васильева, vasilievasn@yandex.ru

Резюме

Обоснование: многочисленные исследования выявляют высокий уровень коморбидности биполярного аффективного расстройства (БАР) с другими психическими расстройствами. Алкогольную зависимость относят к одной из наиболее часто встречаемых коморбидных патологий, наряду с тревожными расстройствами и расстройствами личности. **Цель:** определение частоты коморбидности БАР с алкогольной зависимостью у пациентов специализированного психиатрического стационара и выявление клинико-динамических особенностей БАР при данной коморбидности. **Пациенты и методы:** в психиатрическом отделении обследованы 188 пациентов с верифицированным диагнозом БАР по МКБ-10 (136 женщин и 52 мужчины). Возраст пациентов женского пола составил $41,6 \pm 14,4$ года, мужского пола — $39,4 \pm 14,0$ года. В зависимости от текущего аффективного расстройства пациенты распределились следующим образом: депрессивный эпизод — 62,2% ($n = 117$), гипоманиакальный эпизод — 2,7% ($n = 5$), маниакальный эпизод — 1,6% ($n = 3$), смешанный эпизод — 33,5% ($n = 63$). Проведена сравнительная оценка клинико-динамических характеристик БАР в двух группах пациентов: с биполярным аффективным расстройством и коморбидной алкогольной зависимостью — 30 человек (14 женщин и 16 мужчин), возраст 43 года [29; 55] и без коморбидности с алкогольной зависимостью — 59 человек (39 женщин и 20 мужчин), возраст 36 лет [29; 50]. В ходе исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический методы. **Результаты и их обсуждение:** определен уровень коморбидности БАР с алкогольной зависимостью — 15,9%. Было выявлено, что при БАР с коморбидной алкогольной зависимостью, по сравнению с БАР без алкогольной зависимости, пациенты имеют ранний возраст начала аффективного заболевания, чаще имеют в его структуре смешанные эпизоды. Кроме того, у таких пациентов отмечается более высокий риск суицидального поведения, БАР I типа и обострения аффективной симптоматики. Показано, что алкогольная зависимость затрудняет распознавание БАР при первичном обращении за специализированной психиатрической помощью. **Заключение:** присоединение алкогольной зависимости к БАР негативно сказывается на его основных клинико-динамических показателях и отдалает сроки его диагностики.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, коморбидность, тревожные расстройства, алкогольная зависимость, суицидальный риск, социальная адаптация

Источник финансирования. Исследование выполнено в рамках государственного задания № 122020200054–8 темы «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири». Протокол ЛЭК № 147 от 22.11.2021 г. Дело № 147/6.2021.

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Лебедева Е.В., Бохан Н.А. Влияние коморбидной алкогольной зависимости на клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства у пациентов специализированного психиатрического стационара. *Психиатрия*. 2023;21(6):42–49. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-42-49>

RESEARCH

UDC 616.89-008.441.13:616.895:616.89-008.441.44:159.9.072.59

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-42-49>

Influence of Alcohol Dependence on the Clinical and Dynamic Characteristics of Bipolar Disorder with Their Comorbidity in Psychiatric Hospital Patients

S.N. Vasilieva, G.G. Simutkin, E.D. Schastnyy, E.V. Lebedeva, N.A. Bokhan

FSBSI "Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences", Mental Health Research Institute, Tomsk, Russia
Siberian State Medical University, Tomsk, RussiaCorresponding author: Svetlana N. Vasilieva, vasilievasn@yandex.ru

Summary

Background: numerous studies indicate a high level of comorbidity of bipolar disorder with other psychiatric disorders. Alcohol dependence is one of the most common comorbid pathologies, along with anxiety disorders and personality disorders. **Objective:** determination of the frequency of comorbidity of BAR with alcohol dependence in patients of a specialized psychiatric hospital and identification of clinical and dynamic features of BAR with this comorbidity. **Patients and methods:** in the psychiatric unit, 188 patients with bipolar disorder diagnosed according to ICD-10 (136 women and 52 men) were examined. The age of female patients was 41.6 ± 14.4 years, male — 39.4 ± 14.0 years. Depending on the current affective disorder, patients were distributed as follows: a depressive episode — 62.2% ($n = 117$), a hypomanic episode — 2.7% ($n = 5$), a manic episode (ME) — 1.6% ($n = 3$), mixed episode — 33.5% ($n = 63$). A comparative assessment of the clinical and dynamic characteristics of bipolar disorder was carried out in 2 groups of patients: with bipolar disorder and comorbid alcohol dependence — 30 individuals (14 women and 16 men), aged 43 years [29; 55] and without comorbidity with alcohol dependence — 59 individuals (39 women and 20 men), age 36 years [29; 50]. During the study, clinical-psychopathological, clinical-catamnestic, psychometric, statistical methods were used. **Results and discussion:** the level of comorbidity of bipolar disorder with alcohol dependence was determined — 15.9%. It was found that in BD with comorbid alcohol dependence, compared with BD without alcohol dependence, patients have an early onset age of BD, more often have mixed episodes during an affective disorder. In addition, such patients have a higher risk of suicidal behavior, bipolar-I, and exacerbation of affective symptoms. It has also been shown that alcohol dependence makes it difficult to recognize bipolar disorder during the primary visit to specialized psychiatric care. **Conclusion:** addition of alcohol dependence to bipolar disorder affects negatively its main clinical and dynamic parameters and delays the terms of its diagnostics.

Keywords: bipolar disorder, comorbidity, alcohol dependence, suicide risk, social adjustment

Funding. The study was carried out within the framework of governmental business no. 122020200054–8 of the theme “Biopsychosocial mechanisms of pathogenesis and clinical polymorphism, adaptive potential and predictors of the effectiveness of therapy in patients with mental and behavioral disorders in the Siberian region”. Protocol of the LEC #147 dated November 22, 2021. File no. 147/6.2021.

For citation: Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Lebedeva E.V., Bokhan N.A. Influence of Alcohol Dependence on the Clinical and Dynamic Characteristics of Bipolar Disorder with Their Comorbidity in Psychiatric Hospital Patients. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2023;21(6):42–49. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-42-49>

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы коморбидности биполярного расстройства (БАР) и алкогольной зависимости сохраняют свою актуальность в связи с высоким уровнем распространенности данной коморбидности и серьезными социальными последствиями [1–10]. Известно, что БАР чаще страдают люди молодого и наиболее трудоспособного возраста. Хроническое и прогрессирующее течение БАР приводит к снижению качества жизни пациентов, утрате трудоспособности и инвалидизации. БАР — плохо распознаваемое расстройство [11], сопряженное с высоким суицидальным риском [12, 13]. Коморбидность БАР с алкогольной зависимостью усугубляет вышеозначенные проблемы [14–16].

В 2001–2002 гг. в ходе исследования NESARC из 43 093 опрошенных респондентов общей популяции были обнаружены 1643 человека, страдающих БАР (по DSM-IV). Из них 54% также сообщили о расстройстве, связанном с употреблением алкоголя [17]. По результатам метаанализа ($n = 65\,785$), 42% пациентов с БАР имеют расстройства, связанные с употреблением алкоголя [18].

В коморбидной связи с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, БАР встречается чаще у мужчин, чем у женщин (38,3 и 12,8% соответственно; $\chi^2 = 21,84$, $p < 0,001$); чаще при БАР II типа, чем при БАР I типа (26,8 и 14,9% соответственно; $\chi^2 = 5,46$, $p = 0,019$) [19]. J. Loftus и соавт. [20] также выявили более частую встречаемость расстройств, вызванных употреблением алкоголя, у мужчин. При этом в отношении подтипа БАР они обнаружили противоположные данные: данная коморбидность чаще отмечалась при БАР I типа.

Хронология развития алкогольной зависимости и БАР при их сочетании может быть различной. Чаще БАР возникает раньше, а алкогольная зависимость формируется на его фоне [21].

При БАР в сочетании с алкогольной зависимостью отмечаются более частые обострения депрессивной симптоматики, более выраженная степень дезадаптации и худший прогноз [22]. В свою очередь, утяжеление аффективной патологии и рост негативных социальных последствий (утрата работы, семьи и т.д.) повышают суицидальный риск. Кроме того, суицидальная активность у данной категории пациентов может возрастать за счет того, что алкоголь ослабляет механизмы самоконтроля и повышает вероятность реализации импульсивных поступков.

Цель исследования: определение частоты коморбидности БАР с алкогольной зависимостью у пациентов специализированного психиатрического стационара и выявление клинико-динамических особенностей БАР при данной коморбидности.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Критерии включения больных в исследование: соответствие диагностическим критериям БАР по МКБ-10 (F31.0–F31.6, F31.8), возраст исследуемых от 18 до 65 лет, согласие пациента на участие в исследовании и выполнение всех предписаний.

Критерии не включения больных в исследование: деменция, шизофрения, тяжелые или декомпенсированные соматические и неврологические заболевания, выраженные когнитивные нарушения/деменция, беременность или кормление грудью.

Таблица 1. Основные социальные характеристики пациентов изучаемой выборки
Table 1 The main social and demographic characteristics of patients under study

Характеристики/Characteristics		% (n)	
		Группа сравнения/ Comparison group (n = 59)	Основная группа/ The main group (n = 30)
Семейное положение/ Marital status	в браке/married	39,0 (23)	30,0 (9)
	холост/single	33,9 (20)	40,0 (12)
	в разводе/divorced	15,3 (9)	26,7 (8)
	вдовы/widowed	11,9 (7)	3,3 (1)
Уровень образования/ Educational level	незаконченное высшее/incomplete higher	15,3 (9)	13,3 (4)
	высшее/higher	54,2 (32)	46,7 (14)
	средне-специальное/post-secondary education	22,0 (13)	13,3 (4)
	среднее/secondary	8,5 (5)	26,7 (8)
Профессиональный статус/ Employment status	работает/employed	49,2 (29)	50 (15)
	не работает/unemployed	39,0 (23)	23,3 (7)
	не работает по причине наличия психической патологии/ unemployed due to presence of mental pathology	11,8 (7)	26,7 (8)

Дизайн исследования предполагал набор сплошным методом группы пациентов, поступающих на стационарное лечение в отделение аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, соответствующих диагностическим критериям БАР (для определения частоты случаев коморбидности БАР и алкогольной зависимости), с последующим итоговым формированием двух групп, сопоставимых по полу: основная группа — с наличием коморбидности БАР и алкогольной зависимости (30 человек) и группа сравнения — пациенты с БАР, не имеющие коморбидности с другими психическими расстройствами (59 человек). Всего были обследованы 188 пациентов с диагнозом БАР по МКБ-10 (136 женщин и 52 мужчины). Распределение пациентов в зависимости от текущего аффективного расстройства: смешанный эпизод — 33,5% ($n = 63$), депрессивный эпизод — 62,2% ($n = 117$), маниакальный эпизод — 1,6% ($n = 3$), гипоманиакальный эпизод — 2,7% ($n = 5$). Возраст женщин составил $41,6 \pm 14,4$ года, мужчин — $39,4 \pm 14,0$ года.

Из методов исследования применялись: клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, психометрический, статистический. Для оценки риска суицидального поведения у обследованных пациентов применяли опросник суицидального поведения — SBQ-R (the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised) [23].

Для статистической обработки данных использовали пакет стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 8.0). Распределение количественных показателей определялось согласно критерию Колмогорова–Смирнова. Количественные показатели были представлены в виде медианы и межквартильного размаха — Me (IQR), в случаях отсутствия нормального распределения. Статистическую значимость различий между независимыми переменными оценивали

при помощи критерия Манна–Уитни. Качественные признаки оценивались при помощи критерия согласия χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследуемой группе в 48,9% случаев ($n = 92$) у пациентов наряду с БАР выявлялось другое психическое расстройство (преобладала коморбидность с расстройствами тревожного спектра — 19,7% ($n = 37$)), при этом коморбидность БАР с алкогольной зависимостью отмечалась у 30 пациентов (15,9%). У 96 пациентов БАР протекало без коморбидной психической патологии. С целью изучения влияния коморбидной алкогольной зависимости на клиничко-динамические характеристики БАР планировалось сравнение двух групп пациентов: основная группа — пациенты с БАР и коморбидной алкогольной зависимостью без других коморбидных психических расстройств — 30 человек, а группа сравнения — пациенты с БАР без коморбидности с другими психическими расстройствами — 96 человек. Однако при сравнении демографических показателей оказалось, что группы различались по полу: в группе пациентов с БАР, коморбидным с алкогольной зависимостью, преобладали мужчины: 53,3 и 20,8% соответственно ($\chi^2 = 11,8300$, $df = 1$, $p = 0,000583$). В связи с этим путем случайного исключения лиц женского пола нами была сформирована группа сравнения, сопоставимая по полу с основной группой, в количестве 59 пациентов (39 женщин и 20 мужчин) ($\chi^2 = 3,33333$, $df = 1$, $p = 0,067892$). Возраст пациентов основной группы составил 43 года [29; 55], группы сравнения — 36 лет [29; 50] ($U = 727,500$, $Z = 1,367$, $p = 0,012$).

Оценка продолжительности БАР у пациентов сравниваемых групп также не обнаружила статистически значимых различий ($U = 844,500$, $Z = 0,097$, $p = 0,922$). Давность алкогольной зависимости пациентов основной группы составила 9 лет [4,0; 10,5].

Таблица 2. Клинико-динамические характеристики БАР в исследуемых группах
Table 2 Clinical and dynamic characteristics of BD in groups under study

	Основная группа/ The main group (n = 30)	Группа сравнения/ Comparison group (n = 59)	p
Возраст к началу БАР/Age to onset of BD	20 [17;29]	27 [18;41]	0,054
Давность заболевания (в годах)/Length of disease (years)	10 [7;15]	11 [5;16]	0,922
БАР I типа/Bipolar-I	79,3% (n = 23)	47,5% (n = 28)	0,044
БАР II типа/Bipolar-II	20,7% (n = 7)	52,5% (n = 31)	
Наличие смешанных фаз в течение БАР/Presence of mixed phases in the BD course	73,3% (n = 22)	44,1% (n = 26)	0,009
Течение БАР с быстрым циклом смены фаз/Rapid-cycling pattern of BD course	10% (n = 3)	5,1% (n = 2)	0,428
Индекс цикличности/Index of cycling*	0,75 [0,5; 0,95]	1,2 [0,8;1,7]	0,009
Наличие психотических симптомов в клинической картине аффективных эпизодов/ Presence of psychotic symptoms in the clinical picture of affective episodes	30% (n = 9)	10,2% (n = 6)	0,018

Примечание: * Индекс цикличности равен длительности БАР (в годах), деленной на количество аффективных фаз [24].

Note: * The cyclicity index is equal to the duration of the BAR (in years) divided by the number of affective phases [24].

Анализ социальных показателей (табл. 1) в сравниваемых группах статистически значимых различий не выявил.

В обеих группах отмечался высокий уровень образования пациентов. Так, около половины из них имели высшее образование. В основной группе количество пациентов, не работающих вследствие психического заболевания, превышало таковое в группе сравнения более чем в 2 раза (табл. 1). Причины утраты работы были разными. Чаще пациенты самостоятельно увольнялись, поскольку не справлялись со своими трудовыми обязанностями вследствие депрессивной симптоматики. Часть пациентов теряла работу из-за конфликтов, возникших на фоне гипо-/маниакальной симптоматики, либо алкогольного опьянения. Также в обеих группах были пациенты с ранним началом БАР, у которых не было опыта работы вообще или у которых заболевание не позволило приобрести определенный профессиональный статус.

При оценке возраста начала БАР (табл. 2) статистически значимых межгрупповых различий обнаружено не было ($U = 663,000$, $Z = 1,926$, $p = 0,054$). При этом пациентов с ранним возрастом к началу БАР (< 21 года) в основной группе выявлялось больше, чем в группе сравнения (56,7 и 32,2% соответственно, $p = 0,028$).

Индекс цикличности позволяет оценить клинико-динамическую характеристику БАР, указывающую на продолжительность (медиана с интерквартильным размахом) периода времени до появления очередного очерченного аффективного эпизода. Оценка данного показателя в сравниваемых группах выявила межгрупповые различия ($U = 561,000$, $Z = 2,614$, $p = 0,009$) — индекс цикличности оказался меньше в основной группе (табл. 2). То есть в основной группе периоды эутимии были короче, чем у пациентов группы сравнения.

В исследуемых группах частота подтипов БАР различалась (табл. 2). В основной группе пациентов чаще встречалось БАР I типа, а в группе сравнения — БАР II типа ($\chi^2 = 8,09569$, $p = 0,004$). Поскольку в МКБ-10, несмотря на наличие рубрики F31.8 (Другие виды БАР,

включая БАР II типа), не приведено детального описания четких диагностических критериев БАР II типа, дополнительно использовались критерии DSM-5 применительно к случаям БАР II типа.

При сравнении исследуемых групп по наличию смешанного эпизода в течении БАР были выявлены следующие различия: чаще смешанные эпизоды были представлены в основной группе, чем в группе сравнения ($\chi^2 = 6,8557$, $p = 0,009$) (табл. 2). В обеих группах чаще встречались смешанные эпизоды, в клинической картине которых одновременно присутствовали депрессивные и гипоманиакальные симптомы: основная группа — 86,4% ($n = 19$), группа сравнения — 88,5% ($n = 23$). В остальных случаях при смешанных эпизодах отмечалось быстрое чередование состояний с разнополюсными аффективными симптомами. Наличие быстроциклического течения БАР, т.е. 4 и более эпизодов в год, в обеих группах встречалось в небольшом проценте случаев (табл. 2), и группы по данному признаку статистически значимо не различались ($\chi^2 = 0,629$, $p = 0,428$).

Психотическая симптоматика в течение БАР чаще встречалась у пациентов основной группы ($\chi^2 = 5,58095$, $p = 0,018$) (табл. 2).

Известно, что и БАР, и алкогольная зависимость характеризуются повышенным риском суицидального поведения, а коморбидность этих расстройств увеличивает суицидальный риск [13]. В исследуемых группах сравнительная оценка касалась следующих параметров, отражающих суицидальный риск: показатели по шкале SBQ-R, присутствие суицидальных мыслей в текущем аффективном эпизоде и суицидальных попыток в анамнезе (табл. 3). По всем показателям в выделенных группах пациентов отмечались статистически значимые различия ($p < 0,05$). У пациентов основной группы суицидальные мысли в текущем состоянии встречались чаще, чем в группе сравнения. При синдроме отмены алкоголя суицидальные мысли нередко приобретали упорный характер и становились наиболее тягостными. Оценка анамнестических

Таблица 3. Характеристики суицидального поведения в группах сравнения**Table 3** Suicidal behavior characteristics in groups under comparison

Характеристики/Characteristics	Группа основная/ The main group (n = 30)	Группа сравнения/ Comparison group (n = 59)	p
Суицидальные мысли в текущем состоянии/Suicidal ideation in current state	73,3% (n = 22)	49,1% (n = 29)	0,029
Попытки свести счеты с жизнью в анамнезе/Suicidal attempts in the anamnesis	46,7% (n = 14)	20,7% (n = 12)	0,011
Суммарный балл по шкале SBQ-R/Total score according to SBQ-R	9 [6; 11]	7 [4; 19]	0,009

Таблица 4. Психиатрический диагноз при первичном обращении в группах сравнения**Table 4** Psychiatric diagnosis at primary visit in comparison groups

	Основная группа/ The main group (n = 30)	Группа сравнения/ Comparison group (n = 59)
	% (n)	
Рекуррентное депрессивное расстройство/Recurrent depressive disorder	3,3 (1)	5,0 (3)
Депрессивный эпизод/Depressive episode	13,3 (4)	25,4 (15)
Расстройство адаптации/Adjustment disorder	16,7 (5)	8,5 (5)
Расстройство личности/Personality disorder	13,4 (4)	8,5 (5)
Алкогольная зависимость/Alcohol dependence	26,7 (8) [#]	1,7 (1)
Генерализованное тревожное расстройство/Generalized anxiety disorder	3,3 (1)	0 (0)
Шизофрения/Schizophrenia	0 (0)	1,7 (1)
БАР/BD	23,3 (7)	49,2 (29) [*]

Примечание: * — $p < 0,05$.Note: * — $p < 0.05$.

и катamnестических данных указала, что пациенты основной группы чаще пытались совершить суицид, чем пациенты группы сравнения ($p < 0,05$).

Оценка суммарных баллов шкалы SBQ-R в исследуемых группах подтвердила более неблагоприятный профиль основных характеристик суицидального поведения у пациентов основной группы (табл. 3).

С целью оценки своевременности диагностики БАР у исследуемых пациентов нами были проанализированы клиничко-анамнестические и клиничко-катamnестические данные. В ходе анализа было обнаружено, что БАР при первичном обращении за помощью у пациентов основной группы было верифицировано лишь в 7 случаях (23,3%), в группе сравнения — в 29 случаях (49,2%) ($\chi^2 = 5,50390$, $df = 1$, $p = 0,019$). В остальных первичных случаях были выставлены другие психиатрические диагнозы (табл. 4).

Большее количество диагностических ошибок в основной группе наряду с другими факторами, вероятно, обусловлено частичным перекрытием феноменологии БАР и сопутствующей ему алкогольной зависимости. Кроме того, нередко при выявлении критериев алкогольной зависимости дальнейший диагностический поиск прекращается, и БАР остается невыявленным.

Ограничения исследования

Особенности выборки — пациенты специализированного психиатрического стационара, что не позволяет безоговорочно экстраполировать полученные результаты на общую популяцию пациентов с БАР. Так, на выявленный нами уровень частоты случаев

коморбидности БАР с алкогольной зависимостью могли повлиять правила госпитализации в отделение аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ: наличие выраженных актуальных симптомов синдрома зависимости является противопоказанием для стационарного лечения в рамках данного отделения. Кроме того, пациенты с БАР зачастую не обращаются в государственные учреждения здравоохранения психиатрического профиля из-за страха стигматизации и дискриминации.

Дизайн исследования включал в себя два этапа, в результате чего довольно значительная часть пациентов была исключена из исследования в связи с необходимостью достичь сопоставимого соотношения мужчин и женщин в исследуемых группах пациентов. Такая диспропорциональность выборки пациентов с БАР была отчасти связана с большей частотой обращаемости за специализированной психиатрической помощью женщин при аффективных расстройствах, а мужчин при алкогольной зависимости. Объем выборки пациентов в сформированных группах относительно небольшой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты нашего исследования показали, что уровень коморбидности БАР с алкогольной зависимостью у пациентов специализированного психиатрического стационара составляет 15,9%. При БАР с коморбидной алкогольной зависимостью, по сравнению с БАР без алкогольной зависимости, чаще отмечаются:

более ранний возраст к началу БАР, большая частота БАР I типа, смешанных аффективных эпизодов, более высокий уровень суицидального поведения, более частое обострение аффективной симптоматики. Кроме того, в случае коморбидности БАР и алкогольной зависимости своевременное распознавание БАР при первичном обращении за специализированной психиатрической помощью значительно ухудшалось, при том что алкогольная зависимость чаще развивалась уже при наличии БАР. Полученные данные о негативном влиянии коморбидности БАР и алкогольной зависимости на основные клинико-динамические характеристики, суицидальное поведение и своевременность диагностики БАР могут быть использованы для улучшения прогностической оценки и оптимизации лечебно-профилактических мероприятий в соответствующих клинических случаях.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

- Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:241–251. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2011.12](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12)
- Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, Gruber MJ, 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 MA, Piazza M, Posada-Villa J, Slade T, Ten Have M, Torres Y, Vilagut G, Xavier M, Zarkov Z, Shahly V, Wilcox MA. 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](https://doi.org/10.1017/S2045796015000189)
- Di Florio A, Craddock N, van den Bree M. Alcohol misuse in bipolar disorder. A systematic review and meta-analysis of comorbidity rates. *Eur Psychiatry*. 2014;29(3):117–224. doi: [10.1016/j.eurpsy.2013.07.004](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.07.004)
- Hsu HE, Chen PY, Chang HM, Pan CH, Su SS, Tsai SY, Chen CC, Kuo CJ. Incidence of and risk factors for alcohol dependence in bipolar disorder: A population-based cohort and nested case-control study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022;1:48674221100153. doi: [10.1177/00048674221100153](https://doi.org/10.1177/00048674221100153)
- Lespine LF, Bramness JG, Pignon B, Vaiva G, Thomas P, Roelandt JL, Benradia I, Amad A, Geoffroy PA, Rolland B. Gender-related associations between psychiatric disorders and alcohol use disorder: Findings from the french “Mental health in the general population” survey. *Arch Womens Ment Health*. 2022;25(5):895–902. doi: [10.1007/s00737-022-01253-5](https://doi.org/10.1007/s00737-022-01253-5)
- Васильева СН, Симуткин ГГ, Счастный ЕД, Суровцева АК, Украинцев ИИ, Алтынбеков КС. Сочетание аффективных расстройств и алкогольной зависимости: клиническое значение коморбидности, социальная адаптация пациентов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2022;4(117):14–21. doi: [10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-14-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-14-21)
- Vasilieva SN, Simutkin G.G., Schastnyy ED, Surovtseva AK, Ukraintsev II, Altynbekov KS. 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. (In Russ.). doi: [10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-14-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-14-21)
- Бохан НА, Семке ВЯ. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Томского университета. 2009:510. Bokhan NA, Semke VY. Comorbidity in narcology. Tomsk: TSU Publ., 2009:510. (In Russ.).
- Морозова МА, Потанин СС, Бурминский ДС, Рупчев ГЕ, Бениашвили АГ, Лепилкина ТА. Феномен импульсивности при биполярном аффективном расстройстве: частота и коморбидность. *Психиатрия*. 2022;20(1):97–109. doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-1-97-109](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-97-109)
- Morozova MA, Potanin SS, Burminskiy DS, Rupchev GE, Beniashvili AG, Lepilkina TA. Impulsivity in Bipolar Affective Disorder: Prevalence and Comorbidity. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(1):97–109. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-1-97-109](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-97-109)
- Мосолов СН, Костюкова ЕГ. Биполярное расстройство. В кн.: Психиатрия: национальное руководство. Под ред. Н.Г. Незнанова, Ю.А. Александровского. М.: Эхо. 2018:379–439. Mosolov SN, Kostyukova EG. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroistvo: diagnostika i terapiya. V kn.: Psihiatriya: nacional'noe rukovodstvo. Pod red. N.G. Neznanova, Yu.A. Aleksandrovskego. M.: Ekho. 2018:379–439. (In Russ.).
- Асадуллин АР, Гасенко КА. Потенциальная роль антипсихотиков третьего поколения в снижении зависимости у пациентов с биполярным расстройством. *Современная терапия психических расстройств*. 2023;(1):15–22. doi: [10.21265/PSYPH.2023.46.35.002](https://doi.org/10.21265/PSYPH.2023.46.35.002)
- Asadullin AR, Gasenko KA. Potential Role of Third Generation Antipsychotics in Reducing Dependence in Patients with Bipolar Disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstrojstv* [Current Therapy of Mental Disorders]. 2023;(1):15–22. (In Russ.). doi: [10.21265/PSYPH.2023.46.35.002](https://doi.org/10.21265/PSYPH.2023.46.35.002)
- McIntyre RS, Laliberté F, Germain G, MacKnight SD, Gillard P, Harrington A. The real-world health resource use and costs of misdiagnosing bipolar I disorder. *J Affect Disord*. 2022;316:26–33. doi: [10.1016/j.jad.2022.07.069](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.069)
- Bobo WV, Na PJ, Geske JR, McElroy SL, Frye MA, BERNACKA JM. The relative influence of individual

- risk factors for attempted suicide in patients with bipolar I versus bipolar II disorder. *J Affect Disord.* 2018;225:489–494. doi: [10.1016/j.jad.2017.08.076](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.076)
13. Chen PH, Tsai SY, Pan CH, Chen YL, Chang HM, Su SS, Chen CC, Kuo CJ. Sex-specific risk profiles for suicide mortality in bipolar disorder: incidence, healthcare utilization and comorbidity. *Psychol Med.* 2021;11:1–10. doi: [10.1017/S003329172100307X](https://doi.org/10.1017/S003329172100307X)
 14. Gordon-Smith K, Lewis KJS, Vallejo Añón FM, Di Florio A, Perry A, Craddock N, Jones I, Jones L. Patterns and clinical correlates of lifetime alcohol consumption in women and men with bipolar disorder: Findings from the UK Bipolar Disorder Research Network. *Bipolar Disord.* 2020;22(7):731–738. doi: [10.1111/bdi.12905](https://doi.org/10.1111/bdi.12905)
 15. Ickick R, Gard S, M'Bailara K, Biseul I, Samalin L, Brousse G, Flaudias V, Llorca PM, Loftus J, Cussac I, Aubin V, Schwan R, Roux P, Polosan M, Courtet P, Olié E, Henry C, Mazer N, Haffen E, Etain B, Leboyer M, Bellivier F, Belzeaux R, Godin O, Guillaume S; BIPADD group of FACE, FondaMental Advanced Centres of Expertise in Bipolar Disorders (FACE-BD) Collaborators. The course of bipolar disorder as a function of the presence and sequence of onset of comorbid alcohol use disorders in outpatients attending the FondaMental Advanced Centres of Expertise. *J Affect Disord.* 2021;287:196–203. doi: [10.1016/j.jad.2021.03.041](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.041)
 16. Grunze H, Schaefer M, Scherk H, Born C, Preuss UW. Comorbid Bipolar and Alcohol Use Disorder-A Therapeutic Challenge. *Front Psychiatry.* 2021;12:660432. doi: [10.3389/fpsy.2021.660432](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.660432)
 17. Oquendo MA, Currier D, Liu S, Hasin D, Grant B, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(7):902–909. doi: [10.4088/JCP.09m05198gry](https://doi.org/10.4088/JCP.09m05198gry)
 18. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HM, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;206:331–349. doi: [10.1016/j.jad.2016.07.011](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.011)
 19. 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;50(4):345–351. doi: [10.1177/0004867415585855](https://doi.org/10.1177/0004867415585855)
 20. Loftus J, Scott J, Vorspan F, Ickick R, Henry C, Gard S, Kahn JP, Leboyer M, Bellivier F, Etain B. Psychiatric comorbidities in bipolar disorders: An examination of the prevalence and chronology of onset according to sex and bipolar subtype. *J Affect Disord.* 2020;267:258–263. doi: [10.1016/j.jad.2020.02.035](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.035)
 21. Azorin JM, Perret LC, Fakra E, Tassy S, Simon N, Adida M, Belzeaux R. Alcohol use and bipolar disorders: Risk factors associated with their co-occurrence and sequence of onsets. *Drug Alcohol Depend.* 2017;179:205–212. doi: [10.1016/j.drugalcdep.2017.07.005](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.005)
 22. 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;42(6):451–457. doi: [10.1016/j.alcohol.2008.05.003](https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2008.05.003)
 23. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment.* 2001;8(4):443–454. doi: [10.1177/107319110100800409](https://doi.org/10.1177/107319110100800409). PMID: 11785588.
 24. Симуткин Г.Г. Клинико-динамические характеристики сезонных и несезонных аффективных расстройств с учетом конституциональных факторов и течения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2004;2(32):18–21.
Simutkin G.G. Kliniko-dinamicheskie harakteristiki sezonnyh i nesezonnyh affektivnyh rasstrojstv s uchetom konstitucional'nyh faktorov i techeniya. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2004;2(32):18–21. (In Russ.).

Сведения об авторах

Светлана Николаевна Васильева, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, отделение аффективных состояний, ФГБНУ «Томский НИМЦ РАН Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-0939-0856>
vasilievasn@yandex.ru

Герман Геннадьевич Симуткин, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, отделение аффективных состояний, ФГБНУ «Томский НИМЦ РАН Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-9813-3789>
ggsimutkin@gmail.com

Евгений Дмитриевич Счастный, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением, отделение аффективных состояний, ФГБНУ «Томский НИМЦ РАН Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-2148-297X>
evgeny.schastnyy@mail.com

Елена Владимировна Лебедева, доктор медицинских наук, отделение аффективных состояний, ФГБНУ «Томский НИМЦ РАН Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-6117-6454>

evl26021971@gmail.com

Николай Александрович Бохан, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор, ФГБНУ «Томский НИМЦ РАН Научно-исследовательский институт психического здоровья»; заведующий кафедрой, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России; кафедра психотерапии и психологического консультирования НИ ТГУ, Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

mental@tnimc.ru

Information about the authors

Svetlana N. Vasilieva, Cand. of Sci. (Med.), Researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-0939-0856>

vasilievasn@yandex.ru

German G. Simutkin, Dr. of Sci. (Med.), Leading Researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-9813-3789>

ggsimutkin@gmail.com

Evgeny D. Schastnyy, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2148-297X>

evgeny.schastnyy@mail.com

Elena V. Lebedeva, Dr. of Sci. (Med.), Leading Researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-6117-6454>

evl26021971@gmail.com

Nikolay A. Bokhan, Academician of RAS, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Director, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center; Head of the Department, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University; Department of Psychotherapy and Psychological Counseling, Faculty of Psychology, NR Tomsk State University, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

mental@tnimc.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare about no conflict of interests.

Дата поступления 16.04.2023 Received 16.04.2023	Дата рецензии 03.07.2023 Revised 03.07.2023	Дата принятия 25.09.2023 Accepted for publication 25.09.2023
--	--	---