

Влияние семейного опыта и среды на употребление алкоголя пациентами с психическими расстройствами

Е.О. Кучер^{1,2}, Н.Н. Петрова¹, С.Э.Д. Пехконен¹, Л.А. Азарова³, В.Б. Дутов⁴, М.В. Варакса⁴

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский институт, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург, Россия

²Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова (ИЭФБ) Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия

³СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург, Россия

⁴СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 1», Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Евгения Олеговна Кучер, ekutcher69@gmail.com

Резюме

Обоснование: влияние семейного опыта и социального окружения на употребление алкоголя пациентами с психическими расстройствами мало исследовано, несмотря на то что оно может быть еще одним фактором помимо болезни, определяющим употребление алкоголя. **Цель работы:** изучение влияния семейных традиций и среды на употребление алкоголя пациентами с психическими расстройствами. **Пациенты:** 106 пациентов с различными психическими расстройствами, получавших лечение в стационарных и амбулаторных условиях. **Методы:** анализ медицинских карт и интервью с использованием опросника «Употребление алкоголя: опыт, паттерн, лечение», теста употребления алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT), шкалы оценки побочных эффектов (Udvalg for Kliniske Undersøgelser, UKU), шкалы комплаентности (Drug Attitude Inventory-10, DAI-10). **Результаты:** доля пациентов с высоким уровнем риска в отношении алкоголя составила 21% от всех испытуемых. Пациенты с высоким уровнем риска отличались по стилю употребления алкоголя в родительской семье: их родители чаще употребляли алкоголь. Первые пробы алкоголя пациентами также происходили в родительской семье. Все пациенты с высоким риском начали употреблять алкоголь до развития заболевания. В окружении таких пациентов в прошлом было больше людей, употребляющих алкоголь в больших количествах. Несмотря на то, что у пациентов с психическими расстройствами и высоким уровнем риска алкоголизации изменилось окружение в настоящем, они все же более склонны к ситуативному выбору алкоголя, чаще используют его для совладания с трудностями, и, по-видимому, используют тот же стиль поведения в отношении алкоголя, сложившийся ранее. **Выводы:** пациенты, у которых обнаружен высокий риск проблем в отношении алкоголизации, вероятно, вынесли стиль употребления спиртных напитков из родительской семьи, они чаще употребляют алкоголь под влиянием ситуации. Тем не менее одной трети пациентов удалось сократить употребление алкоголя за время психической болезни.

Ключевые слова: пациенты с психическими расстройствами, высокий риск проблем с употреблением алкоголя, влияние среды на употребление алкоголя, стили поведения, ситуативный выбор алкоголя

Для цитирования: Кучер Е.О., Петрова Н.Н., Пехконен С.Э.Д., Азарова Л.А., Дутов В.Б., Варакса М.В. Влияние семейного опыта и среды на употребление алкоголя пациентами с психическими расстройствами. *Психиатрия*. 2024;22(3):34–46. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-34-46>

RESEARCH

UDC 616.89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-34-46>

The Influence of Family Experience and Environment on Alcohol Use in Patients with Mental Disorders

E.O. Kucher^{1,2}, N.N. Petrova¹, S.E.D. Pehkonen¹, L.A. Azarova³, V.B. Dutov⁴, M.V. Varaksa⁴

¹St. Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

²Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry of the RAS, Saint Petersburg, Russia

³St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution Psychiatric hospital No. 1 named after P.P. Kashchenko, Saint Petersburg, Russia

⁴St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Psychoneurological Dispensary No. 1", Saint Petersburg, Russia

Corresponding author: Evgeniya O. Kucher, ekutcher69@gmail.com

Summary

Background: environmental influences on alcohol use in patients with mental disorders have received little research, although they may be another determinant of alcohol use beyond illness. **The aim** was to study the influence of family traditions and social environment on alcohol consumption by patients with mental disorders. **Patients:** 106 patients with various mental disorders who received treatment in inpatient and outpatient settings. **Methods:** patient information was received from the medical record and interviews using questionnaire "Alcohol use: experience, pattern, treatment" and scales: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Udvalg for Kliniske Undersøgelser Scale (UKU), Drug Attitude Inventory-10 (DAI-10). **Results:** the proportion of

patients with high risk for alcohol use problems was 21% of all patients. Patients with a high level of risk differed in the style of drinking alcohol in the parental family: their parents drank alcohol more often. These patients also had their first experience of drinking alcohol in their parental family. There were more people who drank alcohol in large quantities in the past environment of such patients. Although high-risk patients had changed their current environment, they were still more likely to make situational alcohol choices, use it more often to cope with difficulties, and appeared to use previously established drinking styles. All high-risk patients began drinking alcohol before the onset of the disease. **Conclusions:** patients with a high risk of problems with alcohol use are more likely to have learned their drinking style from their parents, and they are more likely to drink alcohol under the influence of the situation. However, one third of patients were able to reduce their alcohol consumption during illness.

Keywords: patients with mental disorders, high risk of problems with alcohol use, environmental influences on alcohol use, alcohol behavior styles, situational choice of alcohol

For citation: Kucher E.O., Petrova N.N., Pehkonen S.E.D., Azarova L.A., Dutov V.B., Varaksa M.V. The Influence of Family Experience and Environment on Alcohol Use in Patients with Mental Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(3):34–46. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-34-46>

ВВЕДЕНИЕ

Коморбидность психических расстройств с вредным употреблением алкоголя или алкогольной зависимостью продолжает оставаться важной проблемой здравоохранения, в то время как связь между данными заболеваниями все еще неясна [1]. Исследовательские подходы затрудняют расплывчатость диагностических критериев, неполнота знаний о причинах развития алкогольных расстройств и психических заболеваний, использование разных оценочных инструментов и протоколов. Обзоры, как правило, посвящены отдельным типам заболеваний и изолированным фрагментам связей аддиктивных и других психических расстройств [2].

Основными целями научных работ по изучению коморбидности является уточнение распространенности сочетания употребления алкоголя и психических расстройств, а также изучение влияния употребления алкоголя на течение и лечение заболевания, поскольку некоторые работы свидетельствуют о том, что употребление алкоголя снижает эффективность лечения и мешает долгосрочному поддержанию терапевтического сотрудничества пациентов и врачей. Пациенты с двойным диагнозом психического заболевания и алкоголизма чаще госпитализируются, но на менее продолжительные сроки. Эти больные имеют более высокий риск смерти, чем пациенты с одним диагнозом шизофрении [3, 4]. Согласно данным С.Н. Васильевой и соавт., у пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР) алкогольная зависимость встречается в 15,9% случаев. У пациентов с алкогольной зависимостью БАР диагностируется в более раннем возрасте, чаще встречаются смешанные эпизоды и выше риск суицидального поведения. Кроме того, алкогольная зависимость затрудняет распознавание БАР при первичном обращении [5–7]. Однако в некоторых случаях оценка взаимовлияния расстройств указывает на уменьшение употребления алкоголя после развития психического заболевания. Т.Г. Светличная и соавт. обнаружили уменьшение употребления алкоголя частью пациентов после дебюта шизофрении [8]. R.E. Drake и соавт. наблюдали, что пациенты с шизофренией в течение 10 лет не только снизили употребление алкоголя, но и поменяли свое окружение [9].

Гипотеза первичной зависимости J.Y. Khokhar (2018) объясняла сочетание шизофрении и расстройства, связанного с употреблением алкоголя (alcohol use disorder, AUD), нарушением регуляции мезокортиколимбической системы вознаграждения. А экспериментальная реализация на животных гипотезы нейроразвития шизофрении показала, что, с одной стороны, крысы, получившие повреждение гиппокампа в первые дни своего развития, демонстрируют нарушения памяти и поведения во взрослом возрасте, эквивалентные клиническим симптомам экспериментальной модели шизофрении, а с другой стороны — потребляют больше алкоголя, чем в эксперименте. Факторы внешней среды, в том числе употребление алкоголя окружающими и социальное неблагополучие, согласно модели диатез-стресса, могут повышать уязвимость к психическим расстройствам и риск более быстрого развития психического заболевания [10].

Таким образом, средовые факторы могут не только ухудшать течение болезни и качество жизни пациентов, но и быть триггерами развития расстройства. С другой стороны, расстройство, связанное с употреблением алкоголя, может формироваться также под влиянием окружающей среды, что неоднократно было показано в популяционных исследованиях, но мало изучено у пациентов с психическими расстройствами.

В популяционных исследованиях показано, что доступность алкоголя, социальная приемлемость употребления алкоголя, низкие цены на алкогольную продукцию увеличивают его потребление населением. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) неоднократно публиковала доклады о влиянии сложившихся традиций в регионах на масштабы употребления алкоголя и связанный с ним вред для здоровья [11, 12]. Более высокая плотность точек продаж алкоголя ассоциирована с большим потреблением алкоголя и его негативными последствиями. Выпивки в барах и вечеринки могут побуждать пить быстрее и больше [13].

Настойчивый маркетинг алкоголя приводит к тому, что его потребление становится социально приемлемым и поощряемым, а связанные с этим риски занижаются. Наиболее уязвимы к рекламированию алкоголя подростки и люди с уже имеющимися расстройствами, обусловленными неконтролируемым потреблением алкоголя (Alcohol Use Disorders, AUD) [14]. Употребление

алкоголя подростками часто оказывается связанным с его доступностью, например, в барах [15]. Нередко подростки используют социальные источники алкоголя (товарищи старше 21 года, родители, алкоголь дома), доступные коммерческие источники (различные магазины и торговые точки). При недоступности одних источников подростки быстро переключаются на другие [16, 17].

Раннее начало употребления алкоголя связано с большей вероятностью вредного употребления алкоголя во взрослом возрасте [18]. Семейный анамнез очень сильно влияет на риск раннего начала употребления алкоголя в возрасте до пятнадцати лет, затем эта связь ослабевает [19]. Дети пьющих родителей испытывают на себе, с одной стороны, «феномен спаивания», а с другой — будучи взрослыми, создают новые «алкогольные союзы», а также реализуют родительские образцы потребления алкоголя и модели поведения [20]. Таким образом, факторы семейных традиций употребления алкоголя и среды потенциально могут влиять и на пациентов с психическими расстройствами. Есть основания предполагать, что особое значение они могут иметь в детском и подростковом возрасте.

Цель исследования: изучение влияния семейных традиций и социального окружения на употребление алкоголя пациентами с психическими расстройствами.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 106 пациентов с различными психическими расстройствами, получавших лечение в стационарных (Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург) и амбулаторных условиях (Психоневрологический диспансер №1 Василеостровского района). Пациенты были набраны методом сплошной выборки, т.е. обследованы все пациенты из получавших лечение к моменту исследования, давших согласие на участие в нем и по состоянию соответствовавших критериям включения.

Мы включили в исследование пациентов с различными диагнозами и на разных этапах лечения (стационарном и амбулаторном), чтобы уравновесить вклад различных биологических факторов на употребление алкоголя и сосредоточиться на изучении именно влияния среды.

Этические аспекты

Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2013 гг., и одобрено Локальным этическим комитетом по биоэтике ИЭФБ РАН в области исследований с привлечением людей (протокол №1–02 от 29 декабря 2022 г.). Каждому пациенту перед началом исследования были разъяснены цель и задачи исследования в доступной для непрофессионала форме с возможностью получить ответы на все возникшие вопросы. После этого было получено письменное согласие пациента на участие в исследовании.

Ethic aspects

This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2013. All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry of the RAS (protocol #1-02 from 29.12.2022).

Критериями включения в исследование были:

1. Возраст от 18 до 70 лет.
2. Установленный диагноз психического расстройства из следующих рубрик МКБ-10: F00–F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства; F20–F29 Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства; F30–F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства); F40–F49 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; F50–F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; F60–F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

Критерием невключения в исследование были выраженные когнитивные нарушения, исключающие возможность понимания проводимого тестирования.

Критерием исключения был отказ пациента от участия в исследовании.

Методы исследования включали в себя сбор сведений о пациенте из медицинской карты и интервью с применением приведенных ниже опросника и шкал. Шкала комплаенса и шкала побочных эффектов были использованы для оценки влияния употребления алкоголя на лечение и приверженность терапии.

Опросник «Употребление алкоголя: опыт, паттерн, лечение» был составлен авторами настоящего исследования ввиду отсутствия релевантных инструментов для оценки влияния семейных традиций употребления алкоголя и социального окружения на паттерн алкоголизации пациентов с психическими расстройствами. Опросник состоит из 21-го вопроса о привычках и мотивах употребления алкоголя. Первая субшкала включает вопросы об опыте употребления алкоголя в прошлом, в семье и окружении, возрасте начала употребления. Вторая субшкала содержит вопросы о текущих привычках, связанных с употреблением алкоголя, мотивах и ситуациях его употребления. Третья субшкала включает вопросы о влиянии употребления алкоголя на отношение к лечению. В опроснике представлены вопросы как с множественным, так и с единственным выбором.

Тест употребления алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) применяется для скрининга проблем с употреблением алкоголя [21]. В настоящей работе мы использовали его для разделения пациентов на две группы: с высоким и низким риском вредных последствий употребления алкоголя. Пациенты, набравшие 8 баллов и более, имеют риск вредных последствий из-за употребления алкоголя. Пороговая точка 8 баллов рекомендуется в инструкции

Таблица 1. Сведения о пациентах с разным риском в отношении употребления алкоголя
Table 1 Information about patients with different risk in relation to alcohol use

Переменная/Variable	Пациенты с высоким риском/ Patients with high risk (n = 22)	Пациенты с низким риском/ Patients with low risk (n = 84)	Статистический критерий/ Statistical test
Возраст, лет/Age, years, Me [Q1:Q3]	36 [25;25;50]	43 [27;75;61;25]	Манна–Уитни U-тест, p = 0,29
Мужской пол/Sex male, %	55	49	$\chi^2 = 0,23$ (df = 1), p = 0,63
Средний возраст начала заболевания, лет/Mean age of disease onset, years, Me [Q1:Q3]	24,5 [20;30]	24 [19;37]	Манна–Уитни U-тест, p = 0,62
Длительность заболевания, лет/Duration of disease, years, Me [Q1:Q3]	8,5 [3;25;16,5]	10 [3;22,5]	Манна–Уитни U-тест, p = 0,96
Наличие инвалидности, %/Having a disability %	36	52	$\chi^2 = 1,79$ (df = 1), p = 0,18
Наличие кровных родственников, имеющих проблемы с употреблением алкоголя/Having blood relatives who have problems with alcohol use, %	41	31	$\chi^2 = 0,78$ (df = 1), p = 0,38
Наличие кровных родственников, имеющих проблемы с употреблением других ПАВ, %/Having blood relatives who have problems with substance use, %	5	7	$\chi^2 = 0,19$ (df = 1), p = 0,66
Наличие кровных родственников, имеющих психические расстройства, %/Having blood relatives with mental disorders, %	18	20	$\chi^2 = 0,05$ (df = 1), p = 0,83
Работающие/Employed, %	23	25	$\chi^2 = 0,05$ (df = 1), p = 0,83
Наличие высшего образования/Having higher education, %	5	31	$\chi^2 = 6,40$ (df = 1), p = 0,01
Наличие семьи/Having a family, %	77	82	$\chi^2 = 0,27$ (df = 1), p = 0,60

к тесту для определения пациентов, которые имеют «средний уровень проблем, обусловленных потреблением алкоголя», т.е. риск вредных последствий или уже имеющиеся вредные последствия. Результат 16 баллов и выше отражает «высокий уровень проблем, связанных с алкоголем», а 20 баллов требует дальнейшей диагностики по поводу алкогольной зависимости.

Шкала оценки побочных эффектов (Udvalg for Kliniske Undersogelser Scale, UKU), разработанная в 1987 г. скандинавскими исследователями O. Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P. Bech, включает 48 пунктов. Каждый из пунктов соответствует возможному побочному эффекту психотропных препаратов [22].

Шкала комплаентности (Drug Attitude Inventory-10, DAI-10) состоит из 10 вопросов, на которые можно ответить утвердительно или отрицательно. За ответы, совпадающие с ключом, присваивается 1 балл, за несовпадающие (–1). Пациенты, получившие общий положительный балл, оцениваются как приверженные лечению [23].

При описании полученных результатов мы использовали следующие понятия. *Семейный опыт* — отношение к алкоголю в родительской семье, частота и масштаб употребления, родительские наставления в отношении употребления алкоголя. *Семейные традиции* — мотивы употребления алкоголя в родительской семье, использование алкоголя в бытовых и культурных ритуалах. *Социальное окружение* — близкий круг людей, с которым пациент поддерживает отношения и употребляет/не употребляет алкоголь. *Стиль употребления алкоголя* — режим и способ употребления

алкоголя: как пищевой продукт, вне приема пищи, как средство адаптации, часть досуга.

Для сравнения двух независимых выборок использовали U-критерий Манна–Уитни и критерий хи-квадрат, для сравнения нескольких независимых выборок — критерий Краскела–Уоллиса. Для обработки данных использовали пакет программ STATISTICA 8.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно результатам, полученным по шкале AUDIT, все пациенты были разделены на две группы: с высоким и низким риском проблем с употреблением алкоголя. Пациенты, которые набрали 8 баллов и более, были отнесены в группу с высоким риском, пациенты с показателем менее 8 баллов в группу с низким риском.

Пациенты из групп с разным риском алкоголизации отличались по возрасту, длительности заболевания, возрасту начала заболевания, получению инвалидности вследствие болезни, наличию кровных родственников, имеющих проблемы с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) или иные психические расстройства.

Пациенты с высоким риском реже имели высшее образование, но не отличались от пациентов с низким риском по наличию работы и семьи. В группе с высоким риском не преобладали пациенты мужского пола, как это наблюдалось в других исследованиях [24] и что характерно в целом для популяции [25] (табл. 1).

Уровень риска в отношении проблем с алкоголем оказался низким для всех пациентов с психическими

Таблица 2. Потенциальные риски, связанные с употреблением алкоголя (оценка по шкале AUDIT)
Table 2 Potential risks associated with alcohol consumption (assessed on the AUDIT scale)

Оценка риска по шкале AUDIT/AUDIT risk assessment	Пациенты с высоким риском/Patients with high risk <i>n</i> = 22, Me [Q1:Q3]	Пациенты с низким риском/Patients with low risk <i>n</i> = 84, Me [Q1:Q3]	Манна–Уитни U-тест/Mann–Whitney U test, <i>p</i>
Общий балл по шкале AUDIT, балл/Total AUDIT score, point	15,5 [10,25;19,75]	1 [0;3]	0,00
Риск вредных последствий от употребления алкоголя (вопросы 1–3), балл/ Risk of harmful consequences from alcohol use (questions 1–3), score	7 [4,5;9]	0 [0;1]	0,00
Вредные последствия от употребления алкоголя (вопросы 7–10), балл/ Harmful consequences of alcohol use (questions 7–10), score	6 [4;9,5]	0 [0;2]	0,00
Симптомы алкогольной зависимости (вопросы 4–6), балл/Symptoms of alcohol dependence (questions 4–6), score	2 [0;3]	0 [0;0]	0,00

Таблица 3. Опыт и привычки, связанные с употреблением алкоголя в прошлом пациентами с разными рисками в отношении алкоголя (опросник «Употребление алкоголя: опыт, паттерн, лечение»)
Table 3 Experiences and habits associated with past alcohol use among patients with different alcohol risks (Questionnaire “Alcohol use: experience, pattern, treatment”)

Вопрос и варианты ответа/ Question/Answer options	Пациенты с высоким риском/ Patients with high risk (<i>n</i> = 22), Me [Q1:Q3]	Пациенты с низким риском/ Patients with low risk (<i>n</i> = 84), Me [Q1:Q3]	Статистический критерий/ Statistical test
<i>Как часто употребляли алкоголь в вашей семье?/How often did your family members use alcohol?</i>			
Не чаще одного раза в месяц/Less than once a month, %	27	55	$\chi^2 = 5,29$ (df = 1), <i>p</i> = 0,02
Не чаще одного раза в неделю/No more than once a week, %	14	1	$\chi^2 = 0,52$ (df = 1), <i>p</i> = 0,47
Один или несколько членов моей семьи употребляют алкоголь чаще одного раза в неделю/One or more members of my family drink alcohol more than once a week, %	59	36	$\chi^2 = 3,62$ (df = 1), <i>p</i> = 0,05
<i>В каком возрасте вы впервые попробовали алкоголь?/At what age did you first drink alcohol?</i>			
Возраст, лет/Age, years Me [Q1:Q3]	14 [12,25;16]	16 [14;18]	Манна–Уитни U-тест/ Mann–Whitney U test, <i>p</i> = 0,02
<i>Где вы впервые попробовали алкоголь?/Where did you first drink alcohol?</i>			
Дома с родителями/At home with parents, %	55	29	$\chi^2 = 4,90$ (df = 1), <i>p</i> = 0,03
В компании с друзьями/публичная ситуация/In a company with friends/public situation, %	31	63	$\chi^2 = 7,05$ (df = 1), <i>p</i> = 0,01
В одиночестве/Alone, %	14	2	$\chi^2 = 4,75$ (df = 1), <i>p</i> = 0,03
<i>Что повлияло на первое употребление алкоголя?/What influenced you to drink alcohol for the first time?</i>			
Желание получить новый опыт/Desire to gain new experience, %	55	37	$\chi^2 = 2,32$ (df = 1), <i>p</i> = 0,12
Алкоголь делает человека более веселым/Alcohol makes you happier, %	0	18	$\chi^2 = 4,70$ (df = 1), <i>p</i> = 0,03
Желание поддержать компанию/Desire to support the company, %	36	41	$\chi^2 = 0,19$ (df = 1), <i>p</i> = 0,67
Алкоголь помогает забыть о проблемах/Alcohol helps you forget about problems, %	9	4	$\chi^2 = 1,12$ (df = 1), <i>p</i> = 0,29
<i>Сколько в вашем ближайшем окружении людей регулярно употребляли алкоголь в больших количествах (в прошлом, не считая текущего года)?/How many people in your immediate circle have regularly consumed alcohol in large quantities in the past (not counting the current year)?</i>			
Число человек/Number of persons, Me [Q1:Q3]	4 [2;4]	1 [0;3]	Манна–Уитни U-тест/ Mann–Whitney U test, <i>p</i> = 0,00
<i>В каких ситуациях в прошлом (кроме текущего года) вы чаще всего употребляли алкоголь?/In what situations in the past (except for the current year) did you most often drink alcohol?</i>			
В компании с друзьями/In company with friends, %	73	65	$\chi^2 = 0,51$ (df = 1), <i>p</i> = 0,48
На различных мероприятиях/At various events, %	27	38	$\chi^2 = 0,84$ (df = 1), <i>p</i> = 0,34
Во время работы или учебы/While working or studying, %	9	9	$\chi^2 = 0,01$ (df = 1), <i>p</i> = 0,93
Вне компании, один/Alone, %	55	24	$\chi^2 = 7,40$ (df = 1), <i>p</i> = 0,01

расстройствами, включенных в исследование. Медианное значение составило 2 балла [Q1:Q3 0:6]. Согласно интерпретации результатов по шкале AUDIT это означает низкий потенциальный риск вредных последствий от употребления алкоголя. Наряду с преобладающей группой пациентов с низким риском обнаружены 22 человека (21% от всех испытуемых), у которых выявлен высокий риск вредных последствий алкоголя. Ранее при проведении нами подобного исследования среди пациентов дневного стационара с различными психическими расстройствами доля пациентов с высоким риском составила 16,5% [26]. Данное различие не является значимым, что, возможно, определяется небольшими объемами выборок. Количество пациентов, набравших 20 и более баллов по шкале (что означает необходимость дальнейшей диагностической оценки по поводу алкогольной зависимости), составило шесть человек, или 6% испытуемых (табл. 2).

Все пациенты были опрошены о привычках, связанных с употреблением алкоголя в родительской семье, первом опыте употребления спиртного и об употреблении алкоголя в ближайшем окружении пациента (опросник «Употребление алкоголя: опыт, паттерн, лечение»). Обычно при сборе анамнеза описывают сведения о кровных родственниках, о так называемой «отягощенной наследственности», или «семейном анамнезе». Однако есть вероятность, что традиции употребления алкоголя, отношение к алкоголю в ближайшем окружении, наличие пьющих друзей могут повлиять на увеличение количества употребляемых спиртных напитков так, как это было показано в популяционных исследованиях. Оказалось, что в семьях пациентов с высоким риском алкоголизации алкоголь употребляли «чаще одного раза в неделю» в большем количестве случаев, чем в семьях пациентов с низким риском. И, наоборот, в семьях пациентов с низким риском употребляли алкоголь преимущественно «не чаще одного раза в месяц». Первые пробы алкоголя у пациентов с высоким риском достоверно чаще происходили «дома с родителями». Пациенты с низким риском чаще впервые попробовали алкоголь с друзьями.

Возраст первой пробы алкоголя у пациентов с высоким риском был ниже, число лиц из ближайшего окружения, употребляющих алкоголь в больших количествах, достоверно выше, чем у пациентов с низким риском. Последнее обстоятельство особенно важно, так как по данным анамнеза пациенты с разным риском не отличались по наличию кровных родственников, имеющих проблемы с алкоголем и другими ПАВ.

Различаются и мотивы первого употребления алкоголя. Пациенты из группы с низким риском достоверно чаще выбирали вариант «алкоголь делает человека более веселым», в то время как пациенты с высоким риском не выбрали его вообще. Пациенты с высоким риском чаще в прошлом употребляли алкоголь в одиночестве, чем пациенты с низким риском (табл. 3).

Анализ высказываний, касающихся паттернов употребления алкоголя в настоящем, не исключает, что

пациенты с высоким риском перенесли часть усвоенных ими еще в родительской семье привычек в настоящее. На вопросы о мотивах и ситуациях употребления алкоголя они чаще пациентов с низким риском отвечали «алкоголь часто сопровождает мой досуг». Кроме того, они часто использовали алкоголь для облегчения своего душевного и физического состояния. С некоторой долей допущения последнее утверждение, скорее всего, тоже было вынесено из детского опыта, так как пациенты с психическими расстройствами имеют представление о лекарственных препаратах, которые могут «снять напряжение».

В ближайшем окружении пациентов с высоким риском в настоящее время оказалось меньше людей, употребляющих алкоголь в больших количествах, чем в прошлом, но все еще больше, чем у пациентов с низким риском. Как тенденцию можно отметить, что пациенты с низким риском чаще, чем пациенты с высоким риском, выбирали утверждение «я стараюсь не посещать компании, где употребляют алкоголь». При этом пациенты обеих групп примерно одинаково оценивали потенциальную опасность алкоголя (табл. 4).

Вопросы третьей субшкалы были составлены так, чтобы оценить возможное влияние употребления алкоголя на текущее психическое расстройство. Все пациенты с высоким риском начали употреблять алкоголь до болезни, в то время как некоторые пациенты с низким риском стали употреблять алкоголь одновременно или после начала болезни. Пациенты с высоким риском чаще, чем пациенты с низким риском, отвечали, что употребляют алкоголь при ухудшении психического состояния. Вместе с тем среди пациентов обеих групп почти половина обследованных не связывали свое самочувствие с употреблением алкоголя. Среди пациентов с высоким риском был больший процент пациентов, увеличивших употребление алкоголя во время болезни, чем среди пациентов с низким риском. Еще около трети пациентов с высоким риском уменьшили употребление алкоголя во время болезни, а 9% прекратили употребление совсем. В последнем случае речь идет о текущем эпизоде психической болезни и прекращении употребления алкоголя во время лечения. Как упоминалось ранее, некоторые пациенты могут воздерживаться от приема алкоголя для соблюдения режима лечения или из-за плохого самочувствия.

Только 41% пациентов с высоким риском сообщают своему лечащему врачу об употреблении алкоголя. При этом пациенты с высоким риском чаще совмещают алкоголь с приемом лекарств, чем пациенты с низким риском. Пациенты с низким риском реже, чем пациенты с высоким риском, информируют или не информируют врача об употреблении алкоголя, потому что реже совмещают прием алкоголя с лечением. Кроме того, 41% пациентов с высоким риском меняли прием лекарств из-за употребления алкоголя (в комментариях поясняли, что отменяли прием препаратов во время выпивки). Около трети пациентов с высоким риском обращались

Таблица 4. Паттерн употребления алкоголя в настоящем и отношении к алкоголю у пациентов с различным риском проблем с употреблением алкоголя (опросник «Употребление алкоголя: опыт, паттерн, лечение»)

Table 4 Pattern of alcohol use in the present and attitude towards alcohol by patients with different risks for alcohol use problems (Questionnaire “Alcohol use: experience, pattern, treatment”)

Вопрос и варианты ответа/ Question/Answer options	Пациенты с высоким риском/ Patients with high risk (n = 22)	Пациенты с низким риском/ Patients with low risk (n = 84)	Статистический критерий/Statistical test
<i>По какой причине вы сейчас употребляете алкоголь (несколько вариантов)?/What reason are you currently drinking alcohol (several options of answers)?</i>			
Употребление алкоголя кажется мне привлекательным и безопасным/I find drinking alcohol attractive and safe, %	23	10	$\chi^2 = 2,67$ (df = 1), $p = 0,10$
Это доступный способ справиться с проблемами/This is an affordable way to deal with problems, %	41	9	$\chi^2 = 13,96$ (df = 1), $p = 0,00$
Алкоголь часто сопровождает мой досуг/Alcohol often accompanies my leisure time, %	14	2	$\chi^2 = 4,75$ (df = 1), $p = 0,03$
В обществе принято употреблять алкоголь, и я не вижу причин отказываться от этого/Alcohol is consumed in society, and I see no reason to give it up, %	23	20	$\chi^2 = 0,11$ (df = 1), $p = 0,73$
<i>Что может влиять на употребление вами алкоголя?/Under what influence do you drink alcohol?</i>			
Друзья предлагают выпить/Ситуация (праздник, обычаи) требуют употребления алкоголя/Friends offer a drink/The situation (holiday, customs) requires drinking alcohol, %	36	29	$\chi^2 = 0,41$ (df = 1), $p = 0,52$
Алкоголь доступнее других средств для того, чтобы снять напряжение/Alcohol is more accessible than other means to relieve stress, %	46	6	$\chi^2 = 21,14$ (df = 1), $p = 0,00$
Реклама алкоголя, привлекательный внешний вид алкогольных напитков/Alcohol advertising, attractive appearance of alcoholic drinks, %	0	2	$\chi^2 = 0,55$ (df = 1), $p = 0,46$
Ничто не влияет/Nothing affects, %	18	63	$\chi^2 = 13,49$ (df = 1), $p = 0,00$
<i>Сколько в вашем ближайшем окружении людей регулярно употребляют алкоголь в больших количествах (до 5–6 стандартных доз два-три раза в неделю или более 6 стандартных доз ежемесячно) в настоящее время (в текущем году)?/How many people in your immediate circle regularly drink alcohol in large quantities (up to 5–6 standard drinks two to three times a week or more than 6 standard drinks monthly) in the present (this year)?</i>			
Число человек/Number of persons, Me [Q1:Q3]	0 [0:3]	0 [0:0]	Манна–Уитни U-тест/ Mann–Whitney U test, $p = 0,01$
<i>Сколько людей в вашем близком окружении отрицательно относятся к употреблению алкоголя или не употребляют алкоголь?/How many people in your immediate circle have a negative attitude towards drinking alcohol or do not drink alcohol?</i>			
Число человек/Number of persons, Me [Q1:Q3]	1 [0,25:2]	2 [1:3]	Манна–Уитни U-тест/ Mann–Whitney U test, $p = 0,88$
<i>Чувствуете ли вы дискомфорт в компании, где все употребляют алкоголь?/Do you feel uncomfortable in a company where everyone drinks alcohol?</i>			
Я не посещаю такие компании/I don't visit such companies, %	18	40	$\chi^2 = 3,33$ (df = 1), $p = 0,06$
Посещаю, но не испытываю дискомфорт/I visit, but I don't feel any discomfort, %	46	34	$\chi^2 = 1,19$ (df = 1), $p = 0,27$
Испытываю дискомфорт, но придерживаюсь трезвости/I feel discomfort, but I remain sober, %	9	11	$\chi^2 = 0,07$ (df = 1), $p = 0,80$
Иногда выпиваю, чтобы от меня отстали/Sometimes I drink to get people to leave me alone, %	9	6	$\chi^2 = 0,25$ (df = 1), $p = 0,62$
Такая компания не проблема, так как я и сам употребляю алкоголь/This kind of company is not a problem, that's how I drink alcohol, %	18	9	$\chi^2 = 1,71$ (df = 1), $p = 0,19$
<i>Какое употребление алкоголя может быть безопасным?/What kind of alcohol consumption is safe?</i>			
Абсолютно безопасным может быть только неупотребление/The only thing that is absolutely safe is abstinence from alcohol, %	36	49	$\chi^2 = 2,63$ (df = 1), $p = 0,10$
Не чаще одного раза в месяц/No more than once a month, %	27	20	$\chi^2 = 0,50$ (df = 1), $p = 0,48$
Не чаще двух-трех раз в месяц/Abstinence from alcohol two or three times a month, %	18	12	$\chi^2 = 0,44$ (df = 1), $p = 0,51$
Не чаще одного раза в неделю/No more than once a week, %	5	5	$\chi^2 = 0,01$ (df = 1), $p = 0,92$
Даже ежедневное при условии употребления небольших доз/Even daily, provided you take small doses, %	9	11	$\chi^2 = 0,09$ (df = 1), $p = 0,76$

Таблица 5. Связь употребления алкоголя с болезнью и лечением пациентов с различными рисками в отношении алкоголя (опросник «Употребление алкоголя: опыт, паттерн, лечение»)
Table 5 Association of alcohol use with disease and treatment for patients with different risks for alcohol problem (Questionnaire “Alcohol use: experience, pattern, treatment”)

Вопрос/Варианты ответа/ Question/Answer options	Пациенты с высоким риском Patients with high risk (n = 22)	Пациенты с низким риском/ Patients with low risk (n = 84)	Статистический критерий/Statistical test
<i>Когда вы начали употреблять алкоголь?/When did you start drinking alcohol?</i>			
До начала болезни/Before the onset of the disease, %	100	78	$\chi^2 = 5,84$ (df = 1), $p = 0,01$
Во время или после начала болезни/During or after the onset of illness, %	0	6	$\chi^2 = 1,41$ (df = 1), $p = 0,24$
<i>Как связано употребление алкоголя и ваше самочувствие?/How is alcohol consumption related to your well-being?</i>			
Я употребляю алкоголь при ухудшении психического состояния/I drink alcohol when my mental state worsens, %	36	12	$\chi^2 = 7,08$ (df = 1), $p = 0,01$
Я употребляю алкоголь при улучшении психического состояния/I drink alcohol when my mental state improves, %	0	5	$\chi^2 = 1,12$ (df = 1), $p = 0,29$
Я употребляю алкоголь вне связи с состоянием/I drink alcohol unrelated to my condition, %	41	39	$\chi^2 = 0,06$ (df = 1), $p = 0,81$
Трудно однозначно ответить/It's difficult to answer definitively, %	23	6	$\chi^2 = 5,47$ (df = 1), $p = 0,02$
<i>Изменилось ли ваше употребление алкоголя после начала заболевания?/Have you changed your alcohol use since the onset of the disease?</i>			
Прекратил употребление совсем/I stopped using completely, %	9	27	$\chi^2 = 3,07$ (df = 1), $p = 0,08$
Стал употреблять меньше/I use less	36	20	$\chi^2 = 2,77$ (df = 1), $p = 0,09$
Не изменилось/I haven't changed, %	32	21	$\chi^2 = 1,20$ (df = 1), $p = 0,27$
Стал употреблять больше/I use more	23	5	$\chi^2 = 6,99$ (df = 1), $p = 0,05$
<i>Если вы стали употреблять алкоголь во время болезни меньше или прекратили вовсе, то почему?/If you began to drink alcohol less during illness or stopped altogether, then why?</i>			
Плохо себя чувствую и не могу употреблять алкоголь/I don't feel well and can't drink alcohol, %	14	15	$\chi^2 = 0,01$ (df = 1), $p = 0,91$
Тяжело принимать одновременно с лекарствами/I find it difficult to drink alcohol at the same time as taking medications, %	9	22	$\chi^2 = 1,85$ (df = 1), $p = 0,17$
Не хватает денег/Not enough money, %	5	2	$\chi^2 = 0,27$ (df = 1), $p = 0,60$
Перестал получать удовольствие/I stopped having fun, %	18	15	$\chi^2 = 0,17$ (df = 1), $p = 0,68$
<i>Если вы стали употреблять алкоголь во время болезни больше, то почему?/If you began to drink alcohol more during illness, why?</i>			
Алкоголь помогает мне легче справиться с болезнью/Alcohol helps me cope with illness better, %	9	4	$\chi^2 = 1,12$ (df = 1), $p = 0,29$
Алкоголь меня утешает/С алкоголем я чувствую себя хоть немного веселее/Alcohol makes me feel better/Alcohol makes me feel a little more cheerful, %	14	5	$\chi^2 = 2,12$ (df = 1), $p = 0,15$
<i>Сообщаете ли вы о приеме алкоголя своему врачу-психиатру?/Do you report your alcohol intake to your psychiatrist?</i>			
Всегда/Always, %	41	10	$\chi^2 = 12,31$ (df = 1), $p = 0,00$
Не всегда/Зависит от ситуации/Не сообщаю/Not always/Depends on the situation/I don't tell, %	59	28	$\chi^2 = 7,39$ (df = 1), $p = 0,00$
<i>Как вы принимаете лекарства, когда употребляете алкоголь?/How do you take your medications when you drink alcohol?</i>			
Принимаю как обычно/I take it as usual, %	59	16	$\chi^2 = 17,29$ (df = 1), $p = 0,00$
Меняю время/дозу/Отменяю/I change time/dose/Cancel, %	41	13	$\chi^2 = 0,14$ (df = 1), $p = 0,71$
<i>Хотели бы вы обратиться за помощью в связи с употреблением алкоголя?/Would you like to seek help for your alcohol use?</i>			
Я не употребляю алкоголь/I don't drink alcohol, %	14	58	$\chi^2 = 13,26$ (df = 1), $p = 0,00$
Я употребляю алкоголь, но помощь не требуется/I drink alcohol but don't need help, %	54	40	$\chi^2 = 0,86$ (df = 1), $p = 0,35$
Обращался за помощью ранее/I asked for help earlier, %	32	2	$\chi^2 = 18,94$ (df = 1), $p = 0,00$

ранее за различного рода помощью в связи с употреблением алкоголя (табл. 5).

Среди пациентов с диагнозами из рубрики F00–F09 (Органические, включая симптоматические,

психические расстройства) доля пациентов с высоким риском составила 26%. Среди больных с диагнозом из рубрики F20–F29 (Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства) этот показатель составил

Таблица 6. Лекарственная терапия, выраженность побочных эффектов и комплаенс пациентов с различным риском в отношении алкоголя (сведения о пациенте; шкала оценки побочных эффектов, UKU; шкала комплаентности, DAI-10)**Table 6** Drug therapy, severity of side effects and compliance of patients with different risks in relation to alcohol (patient information Udvalg for Kliniske Undersogelser Scale, UKU; Drug Attitude Inventory-10, DAI-10)

Переменная/Variable	Группы пациентов с разным риском проблем с употреблением алкоголя/Patients groups with different risk for alcohol use problems	Пациенты с высоким риском/Patients with high risk (n = 22)	Пациенты с низким риском/Patients with low risk (n = 84)	Статистический критерий/Statistical test
Количество получаемых лекарственных препаратов/Number of medications received, quantity, Me [Q1:Q3]		1 [1:2]	1 [1:2]	Манна–Уитни U-тест, $p = 0,34$
Антипсихотики, доля пациентов от общего числа в группе/Antipsychotics, proportion of patients receiving them from the total number in the group, %		64	76	$\chi^2 = 1,92$ (df = 1), $p = 0,17$
Антидепрессанты, доля пациентов от общего числа в группе/Antidepressants, proportion of patients receiving them from the total number in the group, %		27	26	$\chi^2 = 0,00$ (df = 1), $p = 0,97$
Нормотимики, доля пациентов от общего числа в группе/Normotimics, proportion of patients receiving treatment from the total number in the group, %		27	4	$\chi^2 = 12,24$ (df = 1), $p = 0,00$
Анксиолитики, доля пациентов от общего числа в группе/Anxiolytics, proportion of patients receiving them out of the total number in the group, %		36	23	$\chi^2 = 1,57$ (df = 1), $p = 0,21$
Ноотропы, доля пациентов от общего числа в группе/Nootropics, proportion of patients receiving them from the total number in the group, %		14	1	$\chi^2 = 7,23$ (df = 1), $p = 0,01$
Корректоры, доля пациентов от общего числа в группе/Correctors, share of receiving patients from the total number in the group, %		5	10	$\chi^2 = 0,60$ (df = 1), $p = 0,44$
Выраженность побочных эффектов по шкале UKU/Severity of side effects according to the UKU scale, Me [Q1:Q3]		17 [9,25:22,5]	11 [4:17,5]	Манна–Уитни U-тест/Mann–Whitney U test, $p = 0,09$
Комплаенс по шкале комплаентности (Drug Attitude Inventory (DAI-10)), балл/Compliance on the DAI-10 scale, score, Me [Q1:Q3]		4 [2:7,5]	6 [2:8]	Манна–Уитни U-тест/Mann–Whitney U test, $p = 0,40$
Субшкала DAI-10 «Общие установки, ожидания от болезни», балл/Subscale DAI-10 “General attitudes, expectations from illness”, score, Me [Q1:Q3]		3 [1:4,5]	3 [1:5]	Манна–Уитни U-тест/Mann–Whitney U test, $p = 0,76$
Субшкала DAI-10 «Субъективное самочувствие», балл/Subscale DAI-10 “Subjective well-being”, score, Me [Q1:Q3]		2 [–1:4,5]	3 [1:5]	Манна–Уитни U-тест/Mann–Whitney U test, $p = 0,36$

15%. Пациенты с диагнозами F30–F39 (Расстройства настроения (аффективные расстройства)) составили 25% в группе с высоким риском алкоголизации. С такой же частотой в этой группе высокого риска проблем с алкоголем оказались пациенты с диагнозами F40–F49 (Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) — 27% и F60–F69 (Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте) — 25%.

Было важно оценить приверженность лечению у пациентов с разным риском проблем с употреблением алкоголя. Оказалось, что комплаенс пациентов с высоким риском не отличается от комплаенса пациентов с низким риском как в целом, так и по субшкалам «Субъективное самочувствие» и «Общие установки и ожидания от болезни» (табл. 6).

Лекарственная нагрузка (общее количество назначенных препаратов) была одинаковой у пациентов с высоким и низким риском проблем с алкоголем. Но пациентам с высоким риском чаще назначали нормотимические препараты и ноотропы с метаболическим действием. Невозможно однозначно сказать, были ли эти назначения связаны с выявленным риском в отношении алкоголя или определялись общей клинической картиной.

Выраженность побочных эффектов психотропной терапии не отличалась у пациентов с разным риском в отношении алкоголя (табл. 6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования показали, что 21% пациентов с психическими расстройствами имеют высокий риск возникновения проблем из-за употребления алкоголя, из них 6% пациентов обнаруживают высокий риск зависимости от алкоголя. В исследовании R. Nesvag и соавт. диагноз коморбидного расстройства, связанного с алкоголем (Alcohol Use Disorder, AUD), выявлен у 4,6% пациентов с шизофренией, 8,1% пациентов с биполярным расстройством, 4,4% пациентов с депрессией [27].

Оказалось, что пациенты с психическими расстройствами и высоким риском в отношении употребления алкоголя и его последствий чаще имели первый опыт употребления алкоголя в родительской семье. Первая проба алкоголя происходила в более раннем возрасте, чем у пациентов с низким риском. В семьях пациентов с высоким риском проблем с алкоголем было больше лиц с массивным употреблением алкоголя, что согласуется с полученными ранее в популяционных

исследования данными о влиянии «алкогольного» окружения. Возможно, усвоенный в раннем возрасте опыт использования алкоголя пациенты с высоким риском переносят в настоящее. Эти пациенты гораздо чаще, чем пациенты с низким риском, используют алкоголь для «снятия напряжения» и как «способ справиться с проблемами», несмотря на то, что окружение изменилось и в нем стало меньше людей, употребляющих алкоголь в больших количествах. Причины этого не до конца ясны. Предположительно, длительные госпитализации, изменение окружения и социальных связей вследствие болезни могли сформировать новую среду для этих пациентов. Тем не менее лиц, злоупотребляющих алкоголем, в ближайшем окружении пациентов с высоким риском остается больше, чем у пациентов с низким риском. При этом пациенты с высоким риском гораздо реже принимают самостоятельное решение в отношении употребления/неупотребления алкоголя.

Все пациенты из группы высокого риска начали употреблять алкоголь до того, как заболели психическим заболеванием. Трети из них удалось сократить или прекратить употребление алкоголя самостоятельно во время болезни из-за плохого самочувствия, необходимости длительной лекарственной терапии и снижения удовольствия от употребления спиртного. Пациентам с высоким риском чаще назначали нормотимические препараты и ноотропы с метаболическим действием. Ограничения исследования не позволяют оценить влияние особенностей терапии на воздержание от алкоголя и приверженность лечению. Выраженность побочных эффектов лечения, комплаенс не отличались у пациентов с разным риском алкоголизации, а этот риск не отличался в разных диагностических группах.

Ограничения исследования. Объем выборки не позволяет оценить наличие или отсутствие разницы по рискам в отношении алкоголя среди пациентов с различными диагнозами. Невозможно исключить влияние генетических факторов на употребление алкоголя в родительской семье пациентов.

ВЫВОДЫ

Выявленные у одной пятой пациентов с психическими расстройствами риски в отношении употребления алкоголя несут потенциальную угрозу здоровью и проведению поддерживающей терапии. Включение в психокоррекционную работу методик совладания со стрессом и мер, поддерживающих трезвость, могло бы помочь таким пациентам воздерживаться от алкоголя и улучшить качество жизни.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Вредное употребление алкоголя, алкогольная зависимость и психические расстройства: обзор фактических данных об их взаимосвязи и комплексных методах лечения. Всемирная организация здравоохранения, 2020. <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/WHO-EU-R0-2019-3571-43330-60791>

2. Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*. 2019 Dec;6(12):1068–1080. doi: [10.1016/S2215-0366\(19\)30222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30222-6) Epub 2019 Oct 17. PMID: 31630984; PMCID: PMC7006178.
3. Schmidt LM, Hesse M, Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia—a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophr Res*. 2011 Aug;130(1–3):228–233. doi: [10.1016/j.schres.2011.04.011](https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.04.011) Epub 2011 May 18. PMID: 21592731.
4. Lähteenvuo M, Batalla A, Luykx JJ, Mittendorf-Rutz E, Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Morbidity and mortality in schizophrenia with comorbid substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2021 Jul;144(1):42–49. doi: [10.1111/acps.13291](https://doi.org/10.1111/acps.13291) Epub 2021 Mar 8. PMID: 33650123; PMCID: PMC8359349.
5. Васильева СН, Симуткин ГГ, Счастный ЕД, Лебедева ЕВ, Бохан НА. Биполярное аффективное расстройство: коморбидность с другими психическими нарушениями. *Психиатрия*. 2021;19(3):15–21. doi: [10.30629/2618-6667-2021-19-3-15-21](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-15-21)
Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED, Lebedeva EV, Bokhan NA. Bipolar Disorder: Comorbidity with Other Mental Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(3):15–21. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2021-19-3-15-21](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-15-21)
6. Васильева СН, Симуткин ГГ, Счастный ЕД, Лебедева ЕВ, Бохан НА. Биполярное аффективное расстройство: коморбидность с другими психическими нарушениями. *Психиатрия*. 2021;19(3):15–21. doi: [10.30629/2618-6667-2021-19-3-15-21](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-15-21)
Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED, Lebedeva EV, Bokhan NA. Late Diagnostics of Bipolar Disorder: Impact on Main Characteristics of Disease, Suicidal Behaviour and Social Adaptation Level of Patients. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(2):24–31. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-2-24-31](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-24-31)
7. Васильева СН, Симуткин ГГ, Счастный ЕД, Лебедева ЕВ, Бохан НА. Влияние коморбидной алкогольной зависимости на клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства у пациентов специализированного психиатрического стационара *Психиатрия* 2023;21(6):42–49. doi: [10.30629/2618-6667-2023-21-6-42-49](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-42-49)
Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED, Lebedeva EV, Bokhan NA. 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.). doi: [10.30629/2618-6667-2023-21-6-42-49](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-42-49)
8. Светличная ТГ, Воронов ВА, Смирнова ЕА. Паттерны табачной и алкогольной зависимости у госпитализированных больных шизофренией: медико-социологическое исследование. *Психиатрия*. 2020;18(4):51–62. doi: [10.30629/2618-6667-2020-18-4-51-62](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-4-51-62)
Svetlichnaya TG, Voronov VA, Smirnova EA. Patterns of Smoking and Alcoholic Addiction in In-Patients with Schizophrenia: Medical and Sociological Study. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(4):51–62. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2020-18-4-51-62](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-4-51-62)
 9. Drake RE, McHugo GJ, Xie H, Fox M, Packard J, Helmsstetter B. Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophr Bull*. 2006 Jul;32(3):464–473. doi: [10.1093/schbul/sbj064](https://doi.org/10.1093/schbul/sbj064) Epub 2006 Mar 8. PMID: 16525088; PMCID: PMC2632251
 10. Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI. Alcohol Use Disorder and Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Alcohol Res*. 2019 Dec 20;40(1):arcr.v40.1.06. doi: [10.35946/arcr.v40.1.06](https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.06) PMID: 31886105; PMCID: PMC6927747.
 11. Shield KD, Rehm MX, Rehm J. Social costs of addiction in Europe. In: Anderson P, Rehm J, Room R, editors. The impact of addictive substances and behaviours on individual and societal well-being. Oxford: Oxford University Press; 2015:181–188. doi: [10.1093/acprof:oso/9780198714002.003.0009](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198714002.003.0009)
 12. Room R. Sociocultural aspects of alcohol consumption. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley O, Zatonski W, Rehm J, editors. Alcohol: science, policy, and public health. Oxford: Oxford University Press; 2013:38–45. doi: [10.1111/add.12327](https://doi.org/10.1111/add.12327)
 13. Chartier KG, Karriker-Jaffe KJ, Cummings CR, Kendler KS. Review: Environmental influences on alcohol use: Informing research on the joint effects of genes and the environment in diverse U.S. populations. *Am J Addict*. 2017 Aug;26(5):446–460. doi: [10.1111/ajad.12478](https://doi.org/10.1111/ajad.12478) Epub 2017 Jan 24. PMID: 28117924; PMCID: PMC5695556.
 14. Guillou-Landreat M, Dany A, Le Reste JY, Le Goff D, Benyamina A, Grall-Bronnec M, Gallopel-Morvan K. Impact of alcohol marketing on drinkers with Alcohol use disorders seeking treatment: a mixed-method study protocol. *BMC Public Health*. 2020 Apr 7;20(1):467. doi: [10.1186/s12889-020-08543-6](https://doi.org/10.1186/s12889-020-08543-6) PMID: 32264848; PMCID: PMC7140499.
 15. Cox MJ, Moskwiak M, Chaney BH, Garrigues M. Natural Observation of Alcohol Price and Promotions at Bars: Implications for Alcohol Misuse Prevention. *Health Educ Behav*. 2022 Apr;49(2):256–264. doi: [10.1177/10901981211054783](https://doi.org/10.1177/10901981211054783) Epub 2021 Oct 29. PMID: 34715737; PMCID: PMC9312207.
 16. Dent CW, Grube JW, Biglan A. Community level alcohol availability and enforcement of possession laws as predictors of youth drinking. *Prev Med*. 2005 Mar;40(3):355–362. doi: [10.1016/j.ypmed.2004.06.014](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.06.014) PMID: 15533551; PMCID: PMC3707296.
 17. Paschall MJ, Grube JW, Black C, Ringwalt CL. Is commercial alcohol availability related to adolescent alcohol sources and alcohol use? Findings from a multi-level study. *J Adolesc Health*. 2007 Aug;41(2):168–174. doi: [10.1016/j.jadohealth.2007.03.009](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.03.009) PMID: 17659221; PMCID: PMC2213632.
 18. Kim SY, Jeong SH, Park EC. Age at onset of alcohol consumption and its association with alcohol misuse in adulthood. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2023 Mar;43(1):40–49. doi: [10.1002/npr2.12302](https://doi.org/10.1002/npr2.12302) Epub 2022 Dec 28. PMID: 36577509; PMCID: PMC10009427.
 19. Dawson DA. The link between family history and early onset alcoholism: earlier initiation of drinking or more rapid development of dependence? *J Stud Alcohol*. 2000 Sep;61(5):637–646. doi: [10.15288/jsa.2000.61.637](https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.637) PMID: 11022800.
 20. Шайдукова ЛК. Семейная система и алкоголизм: асортативная вертикаль «родители–дети» и «дети–родители». *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019;29(3):89–93.
Shaydukova LK. Familial system and alcoholism: the assortative hierarchy “parents–children” and “children–parents”. *Social and Clinical Psychiatry* 2019;29(3):89–93. (In Russ.).
 21. AUDIT — The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (Second edition). WHO, 2001:41 p. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>
 22. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1987;334:1–100. doi: [10.1111/j.1600-0447.1987.tb10566.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb10566.x) PMID: 2887090.
 23. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med*. 1983 Feb;13(1):177–183. doi: [10.1017/s0033291700050182](https://doi.org/10.1017/s0033291700050182) PMID: 6133297.
 24. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res*. 2004 Apr 1;67(2–3):157–166. doi: [10.1016/S0920-9964\(02\)00523-6](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00523-6) PMID: 14984874.
 25. Женщины и мужчины России. 2018: Стат. сб. / Ж56 Росстат. М., 2018:60–63. https://rosstat.gov.ru/free_doc/doc_2018/wo-man18.pdf
Zhenshchiny i muzhchiny Rossii. 2018: Stat. sb. / Zh56 Rosstat. M., 2018:60–63. (In Russ.). https://rosstat.gov.ru/free_doc/doc_2018/wo-man18.pdf

26. Кучер ЕО, Петрова НН, Иванова АЮ. Употребление алкоголя пациентами дневного стационара с различными психическими расстройствами. *Вопросы наркологии*. 2020;(10(193)):61–73. doi: [10.47877/0234-0623_2020_10_61](https://doi.org/10.47877/0234-0623_2020_10_61)
Kucher EO, Petrova NN, Ivanova AYU. Alcohol use in day hospital patients with various mental disorders. *Journal of Addiction Problems*. 2020;10(193):61–73. (In Russ.). doi: [10.47877/0234-0623_2020_10_61](https://doi.org/10.47877/0234-0623_2020_10_61)
27. Nesvåg R, Knudsen GP, Bakken IJ, Høyе A, Ystrom E, Surén P, Reneflot A, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Aug;50(8):1267–1276. doi: [10.1007/s00127-015-1025-2](https://doi.org/10.1007/s00127-015-1025-2) Epub 2015 Feb 14. PMID: 25680837.

Сведения об авторах

Евгения Олеговна Кучер, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербургский государственный университет; старший научный сотрудник, Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской Академии Наук, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-8783-5374>

ekutcher69@gmail.com

Наталья Николаевна Петрова, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

petrova_nn@mail.ru

Эмилия Дмитриевна Сигрид Пехконен, студентка, медицинский факультет, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0009-0002-5512-8602>

emilia.pehkonen@hotmail.com

Лариса Альбертовна Азарова, заместитель главного врача по медицинской части, СПб ГБУЗ Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-1144-2782>

azarova812@icloud.com

Владимир Борисович Дутов, кандидат медицинских наук, главный врач, СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 1», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3754-0791>

vladimir.dutov@gmail.com

Маргарита Валентиновна Варакса, заместитель главного врача по медицинской части, СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 1», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0009-0008-0166-1392>

pnd1varaksa@yandex.ru

Information about the authors

Evgeniya O. Kucher, Cand. of Sci. (Med.), Docent, Department of Psychiatry and Addictions, Saint Petersburg State University; Senior Researcher, Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry of the RAS, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-8783-5374>

ekutcher69@gmail.com

Nataliya N. Petrova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Department of Psychiatry and Addictions, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

petrova_nn@mail.ru

Sigrid Emilia D. Pehkonen, Student, Medical faculty, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0009-0002-5512-8602>

emilia.pehkonen@hotmail.com

Larisa A. Azarova, Deputy Chief Physician, St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kashchenko, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1144-2782>

azarova812@icloud.com

Vladimir B. Dutov, Cand. of Sci. (Med.), Chief Physician, St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Psychoneurological Dispensary No. 1", Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3754-0791>

vladimir.dutov@gmail.com

Margarita V. Varaksa, Deputy Chief Physician, St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Psychoneurological Dispensary No. 1", Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0009-0008-0166-1392>

pnd1varaksa@yandex.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.

Выражение признательности

Авторы благодарят за помощь в подготовке материалов сотрудников 2-го стационара СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко»: заведующего 1-го отделением К.Г. Семкина, заведующего 3-м отделением Т.В. Малыгина, заведующего 4-м отделением Л.Г. Шаповалову, заведующего 5-м отделением Н.В. Егоян, сотрудников отделения психотерапии СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 1» Т.Б. Ксюпова и К.С. Ражукас.

Aknowledgements

The authors represent the special thanks to staff members of St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution Psychiatric hospital No. 2 named after P.P. Kashchenko: head of the 1st unit K.G. Semkin, head of the 3rd unit T.V. Malygin, head of the 4th unit L.G. Shapovalova, head of the 5th unit N.V. Egoyan, the staff members of St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Psychoneurological Dispensary No. 1" T.B. Ksupov and K.S. Radjukas for the help to prepare the materials.

Дата поступления 29.02.2024
Received 29.02.2024

Дата рецензирования 06.05.2024
Revised 06.05.2024

Дата принятия 14.05.2024
Accepted for publication 14.05.2024