

Уровень социальной адаптации и его связь с основными клинико-динамическими и психологическими характеристиками при коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости

Рощина О.В.¹, Симуткин Г.Г.¹, Бохан Н.А.^{1,2,3}, Суровцева А.К.¹

¹Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ

«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск;

²ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск;

³ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск

¹Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4; ²Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2;

³Россия, 34050, Томск, проспект Ленина, 36

Алкогольная зависимость (АЗ) и расстройства настроения являются не только серьезной медицинской и социально-экономической проблемой для современного общества, но и причиной нарушений социальной адаптации, формирующихся уже на ранних этапах каждого из этих расстройств, а также в случае их коморбидности.

Цель исследования — определение взаимосвязи уровня субъективной оценки социальной адаптации с основными клинико-динамическими и психологическими характеристиками у пациентов с аффективными расстройствами (АР) с коморбидной АЗ.

Пациенты и методы. В исследование вошло 126 пациентов, получавших лечение в отделениях аффективных или аддитивных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра по поводу АР (F31 – F34.1 по МКБ-10; n=83) или АР, коморбидного с АЗ (F10.2; n=43). В исследовании использованы клинико-динамический, психометрический, патопсихологический и статистический методы.

Результаты и обсуждение. Пациенты с АР без коморбидности при поступлении характеризовались большей выраженностью субъективного нарушения социальной адаптации и ангедонии, в структуре их личности преобладали ипохондрические, депрессивные, психастенические и шизоидные черты. При этом состояние пациентов с коморбидностью АР и АЗ объективно оценивалось как более тяжелое. Выявлена обратная корреляционная взаимосвязь уровня субъективной оценки социальной адаптации с ангедонией в группе пациентов с «чистыми» АР, а в группе с коморбидностью АР и АЗ — с выраженностью депрессивной симптоматики (за счет типичных депрессивных симптомов), а также с депрессивными и тревожными личностными чертами пациентов.

Заключение. Самооценка социальной адаптации пациентов с «чистыми» АР зависит от интенсивности проявлений ангедонии, а у пациентов с коморбидностью АР и АЗ — от депрессивной симптоматики (за счет типичных депрессивных симптомов) и от выраженности таких психологических характеристик, как депрессивность и психастения.

Ключевые слова: аффективные расстройства; алкогольная зависимость; коморбидность; социальная адаптация; клинико-динамические характеристики; патопсихологические характеристики.

Контакты: Ольга Вячеславовна Рощина; roshchinaov@vtomske.ru

Для ссылки: Рощина ОВ, Симуткин ГГ, Бохан НА, Суровцева АК. Уровень социальной адаптации и его связь с основными клинико-динамическими и психологическими характеристиками при коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022;14(3):32–37. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-3-32-37

Social adaptation level and its relationship with the main clinico-dynamic and psychological characteristics in the comorbidity of affective disorders and alcohol dependence

Roshchina O.V.¹, Simutkin G.G.¹, Bokhan N.A.^{1,2,3}, Surovtseva A.K.¹

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy Sciences, Tomsk;

²Siberian State Medical University, Ministry of Health of Russia, Tomsk; ³National Research Tomsk State University, Tomsk

¹4, Aleutskaya St., Tomsk 634014, Russia; ²2, Moskovskiy tract, Tomsk 634050, Russia; ³36, Lenin Prospect, Tomsk 34050, Russia

Alcohol dependence (AD) and mood disorders are not only a serious medical and socio-economic problem for modern society, but also the cause of social adaptation disorders that form even in the early stages of each of these disorders, as well as in case of their comorbidity.

Objective: to determine the relationship between the level of subjective assessment of social adaptation and the main clinical, dynamic and psychological characteristics in patients with affective disorders (AFD) with comorbid AD.

Patients and methods. The study included 126 patients treated for AFD in the departments of affective or addictive conditions of the clinic of the Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Medical Center (F31 – F34.1 according to ICD-10; n=83) or AFD comorbid with AD (F10.2; n=43). The study used clinical-dynamic, psychometric, pathopsychological and statistical methods.

Results and discussion. Patients with AFD without comorbidity at admission were characterized by a greater severity of subjective impairment of social adaptation and anhedonia; hypochondriacal, depressive, psychasthenic and schizoid traits predominated in the structure of their personality. At the same time, the condition of patients with AFD and AD comorbidity was objectively assessed as more severe. An inverse correlation was found between the level of subjective assessment of social adaptation and anhedonia in the group of patients with “pure” AFD, and in the group with AFD and AD comorbidity, with the severity of depressive symptoms (due to typical depressive symptoms), as well as with depressive and anxious personality traits of patients.

Conclusion. Self-assessment of social adaptation of patients with “pure” AFD depends on the intensity of anhedonia manifestations, and in patients with AFD and AD comorbidity, on depressive symptoms (due to typical depressive symptoms) and on the severity of such psychological characteristics as depression and psychasthenia.

Keywords: affective disorders; alcohol addiction; comorbidity; social adaptation; clinical and dynamic characteristics; pathopsychological characteristics.

Contact: Olga Vyacheslavovna Roshchina; roshchinaov@vtomske.ru

For reference: Roshchina OV, Simutkin GG, Bokhan NA, Suroviseva AK. Social adaptation level and its relationship with the main clinico-dynamic and psychological characteristics in the comorbidity of affective disorders and alcohol dependence. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2022;14(3):32–37. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-3-32-37

Алкогольная зависимость (АЗ) и аффективные расстройства (АР) являются серьезной медицинской и социально-экономической проблемой, а также причиной нарушений социальной адаптации, формирующихся уже на ранних этапах каждого из этих расстройств [1, 2]. Любые нарушения психики, даже субклинического уровня, в значительной мере нарушают социальное функционирование и снижают качество жизни больных [3, 4], при этом различные типы расстройств поражают разные сферы социального функционирования: при АР, более чем при других психических расстройствах, снижается качество жизни [5], а при АЗ – социальная адаптация [6], что усугубляется ауто- и гетероагрессивными тенденциями пациентов [7, 8]. Эти расстройства дезорганизуют адаптивное поведение больных, могут повлечь за собой снижение профессионального статуса, распад семьи, а также значительные финансовые затраты на лечение. Указанные факторы оказывают выраженное влияние на качество жизни и уровень социальной адаптации [9]. Важную роль в возникновении как АР, так и АЗ играют стресс и неэффективные индивидуальные стратегии совладания с ним [10–12]. При каждом из заболеваний в структуре личности пациента отмечаются алекситимия [13], социальная тревожность [14], нарушение социальной адаптации [15, 16]. Сочетание депрессивных черт с симптомами социальной тревожности может служить фактором риска АЗ, где алкоголь играет роль фасилитатора общения, нивелирующего чувство социальной отчужденности, а нарушение уровня социальной адаптации при АЗ может выступать триггерным фактором для развития «вторичных» депрессивных расстройств, психогенно спровоцированных депрессий, возникших в результате пагубного влияния пьянства на различные сферы жизни и социальной адаптации [17]. При этом удовлетворенность качеством жизни и социальной адаптацией играет значительную роль в формировании и стабилизации ремиссий как АР, так и АЗ [18], что обуславливает важность изучения этой клинической характеристики для реабилитации пациентов с указанными расстройствами.

Цель исследования – определение взаимосвязи уровня субъективной оценки социальной адаптации с основными клинико-динамическими и психологическими характеристиками у пациентов с АР и коморбидной АЗ.

Для реализации этой цели сформулированы следующие задачи: 1) определить уровень субъективной оценки социальной адаптации пациентов с АР и в случае их коморбидности с АЗ; 2) выявить основные клинико-динамические и клинико-патопсихологические характеристики при АР в «чистом» виде и в коморбидности с АЗ; 3) определить взаимосвязь субъективной оценки уровня социальной адаптации и основных клинико-динамических и клинико-патопсихологических характеристик у соответствующих пациентов.

Пациенты и методы. Проведено обследование пациентов, получавших лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра (НИМЦ) в 2019–2020 гг. с диагнозом, отвечающим диагностическим критериям депрессивного эпизода: единичного, в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР), рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) (соответственно F32, F31, F33) или дистимии (F34.1) с коморбидным диагнозом синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) или без указанной коморбидности. Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией 2000 г. и одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол №6 от 21.07.2017). Все пациенты подписали форму информированного согласия. Исследовательская выборка представлена 126 пациентами в возрасте в среднем 45 [33; 53] лет. Из них было 43 мужчины (34,1%) и 83 женщины (65,9%). Были выделены две исследовательские группы: пациенты с депрессивным эпизодом в рамках АР или с дистимией (n=83; далее по тексту – группа F3) и пациенты с коморбидным течением АР и АЗ (n=43; группа F10 + F3). Средний возраст пациентов в группе F3 составил 47 [32; 56] лет, в группе F10+F3 – 43 [36; 49] года (p=0,489, критерий Манна–Уитни). Среди пациентов с «чистыми» АР преобладали женщины (83,1%; n=69), а среди пациентов с коморбидной АЗ – мужчины (67,4%; n=29; p=0,001, критерий χ^2).

Клинико-динамическая оценка (до начала психофармакотерапии и на 28-й день лечения) осуществлялась с помощью следующих психометрических инструментов: структурированное интервью для Шкалы оценки депрессии Гамильтона, версия для сезонных АР (Seasonal Pattern

Assessment Questionnaire – Seasonal Affective Disorder, SIGH-SAD), позволяющее оценивать выраженность как типичной, так и атипичной депрессивной симптоматики [19]; Шкала ангедонии Снайта–Гамильтона, модифицированная для клинических исследований (Snaitth-Hamilton Pleasure Scale modified for Clinician administration, SHAPS-C) [20]; Шкала самооценки социальной адаптации (Social Adaptation Self-evaluation Scale, SASS) [21]; динамика состояния пациентов оценивалась с помощью Шкалы глобального клинического впечатления (Clinical Global Impression scale, CGI) и ее подшкал для оценки тяжести заболевания (CGI-Severity, CGI-S) и выраженности степени улучшений (CGI-Improvement, CGI-I) на 28-й день терапии. Для исследования индивидуально-личностных характеристик пациентов использован опросник Mini-Mult в адаптации В.П. Зайцева (Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности – СМОЛ) [22]. Количественные данные в обследуемой выборке, не соответствующие нормальному закону распределения (критерий Шапиро–Уилка), представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей – Ме [25-й; 75-й перцентили]. При проверке нулевой гипотезы за критический уровень значимости принят $p=0,05$.

Таблица 1. *Нозологическая структура АР в группах пациентов, n (%)*

Table 1. *Nosological structure of AFD in the study groups, n (%)*

Диагноз (МКБ-10)	Группа F3 (n=83)	Группа F10 + F3 (n=43)
БАР (F31)	22 (26,5)	8 (18,6)
Депрессивный эпизод (F32)	22 (26,5)	9 (20,9)
Рекуррентное АР (F33)	27 (32,5)	10 (23,3)
Дистимия (F34.1)	12 (14,5)	16 (37,2)*

Примечание. МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра; * – $p=0,036$ (критерий χ^2)

Таблица 2. *Синдромальная характеристика до начала терапии в группах пациентов, n (%)*

Table 2. *Syndromic characteristics before the start of therapy in patients of study groups, n (%)*

Психопатологический синдром	Группа F3 (n=83)	Группа F10 + F3 (n=40)
Депрессивный	28 (33,7)*	8 (20)
Тревожно-депрессивный	24 (28,9)*	8 (20)
Астено-депрессивный	15 (18,1)	6 (15)
Дистимический	9 (10,8)	6 (15)
Дистимико-дисфорический	3 (3,6)	7 (17,5)
Полиморфный	4 (4,8)	5 (12,5)

Примечание. * – $p=0,040$ (критерий χ^2).

Результаты. Исследование социального статуса пациентов не выявило межгрупповых различий: большинство представителей выделенных групп состояли в браке, имели высшее образование, постоянную работу, оценивали свое финансовое положение как «среднее» и отрицали суицидальные тенденции в течение жизни ($p>0,05$, критерий χ^2).

Сравнительный анализ нозологической структуры АР в выделенных группах выявил преобладание дистимии в группе F10 + F3 ($p=0,036$, критерий χ^2 ; табл. 1). В нозологических субгруппах каждой из исследуемых групп не было выявлено статистически значимых различий по выраженности нарушений социальной адаптации (по шкале SASS) и ангедонии (по шкале SHAPS-C; $p>0,05$, критерий χ^2).

Давность заболевания АР в группе F3 составила 5 [2; 10] лет, а в группе F10 + F3 – 3 [1; 10] года ($p=0,439$, критерий Манна–Уитни). В группе с коморбидностью АР развивалось на фоне сформированной 12 [3,5; 20] лет назад АЗ. Текущий аффективный эпизод был, как правило, вторым по счету ($p=0,303$, критерий Манна–Уитни) с максимальной продолжительностью ремиссий 6 [3; 24] мес в каждой группе ($p=0,910$, критерий Манна–Уитни). Средняя продолжительность текущего депрессивного эпизода в группе F3 составила 4 [3; 11,5] мес, а в группе F10 + F3 – 9 [5; 24] мес ($p=0,002$, критерий Манна–Уитни). Представители группы с «чистым» АР демонстрировали полную критику к текущему состоянию в 85,5% случаев ($n=71$), в то время как в группе с коморбидностью она оценивалась как «формальная» (39,5%; $n=17$) или «поверхностная» (30,2%; $n=13$; $p=0,001$, χ^2).

На основании жалоб, предъявляемых пациентом, квалифицирован ведущий синдром, определяющий психический статус при поступлении, за исключением трех пациентов (7%), страдающих АЗ и поступивших на лечение в состоянии абстиненции (табл. 2).

Выбор базисного препарата осуществлялся индивидуально с учетом текущего аффективного расстройства, клинической картины и общего состояния пациента. Использовались следующие группы препаратов: антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – у 53 (63,9%) пациентов группы F3 и 19 (44,2%) пациентов группы F10 + F3; антидепрессанты с хронобиотическим (агомелатин) или полимодальным (вортиоксетин) механизмом действия – у 21 (25,3%) и 15 (34,9%); нормотимики – у 8 (10,8%) и 9 (20,9%) пациентов соответственно ($p=0,110$, критерий χ^2).

Были определены выраженность основных клинических симптомов, а также уровень субъективной оценки социальной адаптации при поступлении (для пациентов, обратившихся за помощью в состоянии абстиненции, – через 3 [3; 3] дня детоксикационной терапии, т. е. после купирования алкогольного абстинентного синдрома) и через 28 дней лечения в стационаре (табл. 3).

При АР в «чистом» виде пациенты сообщали о значительно сниженной способности к получению удовольствия от ранее приятной деятельности ($p=0,010$, критерий Манна–Уитни) и тяготились нарушением уровня своей адаптации в социуме. При коморбидном течении АР и АЗ самооценочный уровень социальной адаптации также характеризовался как «затрудненный» (23–35 баллов), но его балльная выраженность была статистически значимо выше ($p=0,021$, критерий Манна–Уитни).

При объективной оценке лечащим врачом глобального клинического впечатления состояние пациентов с двойным диагнозом представлялось как более серьезное: выраженность симптомов психических расстройств при поступлении у пациентов группы F3 преимущественно оценивалась как «умеренная» (73,5%; n=61), а в группе F10 + F3 – как «значительная» (60,5%; n=26; p=0,001, критерий χ^2).

Исследование корреляций (по Спирмену) показателей по шкале SASS с основными клинико-динамическими характеристиками AP в группе F3 продемонстрировало отрицательную ассоциацию с выраженностью ангедонии ($r=-0,570$; $p=0,001$ при поступлении и $r=-0,242$; $p=0,039$ при выписке), а в группе F10 + F3 – с выраженностью депрессивных симптомов при поступлении ($r=-0,369$; $p=0,015$) за счет типичной симптоматики ($r=-0,320$; $p=0,036$).

Проведенное исследование включало в себя оценку индивидуально-личностных черт пациентов с использованием опросника СМОЛ на 1-й неделе пребывания в стационаре (табл. 4, см. рисунок).

У пациентов группы F3 выявлено повышение относительно группы F10 + F3 ($p<0,05$, критерий Манна–Уитни) и нормативных значений в 70 T-баллов, показателей по шкалам ипохондрии (Hs), депрессии (D), психастении (Pt) и шизоидности (Se).

Корреляционный анализ не выявил значимых взаимосвязей уровня социальной адаптации и индивидуально-личностных характеристик пациентов группы F3. В группе F10 + F3 обнаружена ассоциация между уровнем социальной адаптации при поступлении и при выписке и такими характеристиками, как депрессивность ($r=-0,470$; $p=0,003$) и тревожность ($r=-0,515$; $p=0,001$).

Таким образом, пациенты с «чистыми» AP при поступлении отмечали большую выраженность нарушений социальной адаптации; у пациентов с «чистыми» AP выявлялась относительно большая выраженность ангедонии при поступлении и ипохондрических, депрессивных, психастенических и шизоидных черт в структуре личности, а состояние пациентов с коморбидностью объективно оценивалось их лечащими врачами как более тяжелое; выявлена ассоциация самооценочного уровня социальной адаптации с ангедонией в группе пациентов с «чистыми» AP, а также с выраженностью депрессивной симптоматики (за счет типичных депрессивных симптомов) и с депрессивными и тревожными личностными чертами у пациентов с коморбидным течением AP и АЗ.

Обсуждение. У пациентов с коморбидностью AP и АЗ обращает на себя внимание противоречие между оценкой тяжести их состояния врачом и их самооценкой своего состояния на фоне сниженной критики к заболеванию, что, вероятно, объясняет и их относительно более позднее обращение за специализированной помощью при появлении симптомов AP. Возможно, эти пациенты испытывали за-

Таблица 3. *Динамическая психометрическая оценка уровня социальной адаптации, ангедонии и основных показателей тяжести текущего расстройства в ходе психофармакотерапии, Me [25-й; 75-й перцентили]*

Table 3. *Dynamic psychometric assessment of social adaptation level, anhedonia and the main indicators of the severity of the current disorder during psychopharmacotherapy, Me [25th; 75th percentile]*

Психометрический инструмент	Группа F3 (n=83)		Группа F10+F3 (n=43)	
	до терапии	28-й день терапии	до терапии	28-й день терапии
SIGH-SAD:				
типичные депрессивные симптомы	21 [16; 24]	4 [2; 7,25]	21 [18; 26]	4,5 [1,75; 8,25]
атипичные депрессивные симптомы	6 [4; 10]	1 [0; 3]	5 [3; 7]	1 [0; 2]
сумма баллов	28 [22; 32]	5,5 [3; 10]	27 [23; 33]	5 [2; 10]
SHAPS-C	31 [25,75; 38]*	26 [19; 29,5]	27 [20; 31]*	26 [20; 29]
SASS	31 [25; 36]*	36 [30; 41]	34 [29; 38]*	36 [33; 43]
CGI:				
CGI-S	4 [4; 4]**	2 [2; 2]	5 [4; 5]**	2 [2; 3]
CGI-I	–	2 [1; 2]	–	2 [1; 2]

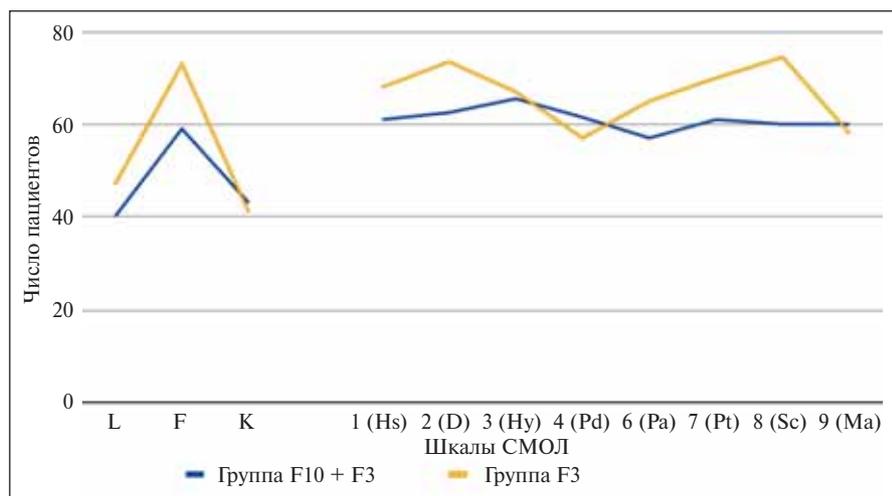
Примечание. * – $p<0,05$; ** – $p<0,001$ (критерий Манна–Уитни).

Таблица 4. *Результаты патопсихологического обследования пациентов выделенных групп с применением опросника СМОЛ, Me [25-й; 75-й перцентили]*

Table 4. *Results of a pathopsychological examination of patients in the study groups using the Mini-Mult questionnaire, Me [25th; 75th percentile]*

Шкалы СМОЛ	Группа F3 (n=83)	Группа F10 + F3 (n=43)	p (критерий Манна–Уитни)
L	47 [39,25; 52]*	40 [38; 46]	0,007
F	73 [63; 80]*	59 [54,75; 81,25]	0,014
K	41 [35; 47,75]	43 [38,75; 48]	0,214
1	68 [58; 77,5]*	61 [51; 68,25]	0,028
2	73,5 [67; 80,75]**	62,5 [50; 75]	0,002
3	67 [56; 74]	65,5 [54,75; 74]	0,610
4	57 [47; 66,75]	61,5 [52,75; 74]	0,116
6	65 [55; 72]	57 [51,5; 72,75]	0,233
7	70 [61; 80]*	61 [56; 70,75]	0,023
8	74,5 [65; 85]**	60 [53; 72]	0,003
9	58 [50; 65]	60 [47,75; 68,75]	0,747

Примечание. Здесь и на рисунке: L – ложь; F – достоверность; K – коррекция; 1 – ипохондрия (Hs); 2 – депрессия (D); 3 – истерия (Hu); 4 – психопатия (Pd); 6 – паранойяльность (Pa); 7 – психастения (Pt); 8 – шизоидность (Sc); 9 – гипомания (Ma). * – $p<0,05$; ** – $p<0,005$ (критерий Манна–Уитни).



Усредненный психопатологический профиль СМОЛ пациентов выделенных групп
Average psychopathological Mini-Mult profile of patients in the study groups

трудности с выявлением у себя симптомов АР из-за их маскированности за аффективным компонентом алкогольного опьянения, абстинентного синдрома или патологического влечения к алкоголю [23] и тенденции к накоплению случаев хронического течения АР (дистимии) с разнообразными синдромологическими проявлениями.

Затруднение социальной адаптации, выявленное в обеих группах до начала проведения специфической терапии, реализуется за счет ангедонии у пациентов с «чистыми» АР и типичных депрессивных симптомов у пациентов с коморбидностью АР и АЗ; указанные различия нивелируются к 4-й неделе психофармакотерапии. Анализ усредненного патопсихологического профиля СМОЛ пациентов с «чистыми» АР свидетельствует о пребывании пациентов в состоянии фрустрации, интрапсихического конфликта, связанного с недостаточностью физических, волевых и эмоциональных ресурсов для реализации актуальных потребностей, чувстве изолированности от общества. Профиль указывает на состояние эмоционального напряжения с преобладанием

депрессивных проявлений, при этом пациенты склонны к драматизации переживаний, психосоматическим реакциям, активно ищут поддержки и помощи. Показатели профиля пациентов с коморбидностью находятся в рамках нормативных значений. Пик профиля на шкале 3 (истерия) свидетельствует об их эмоциональной лабильности и демонстративности.

У пациентов группы F10 + F3 субъективное снижение уровня социальной адаптации ассоциировано с такими психологическими характеристиками, как пессимистичность и психастения. Отсутствие выраженных корреляций уровня субъективной оценки социальной адаптации и личностных характеристик пациентов группы F3 может быть связано с низкой достоверностью их психологического

профиля (шкала F), свидетельствующей об эмоциональном напряжении и драматизации своего состояния на момент обследования. Не исключено, что повторное исследование этих показателей после купирования их состояния позволит выявить статистически значимые корреляции.

Заключение. В результате проведенного исследования показано, что уровень субъективной оценки социальной адаптации у пациентов с АР, как в «чистом» виде, так и при коморбидности с АЗ, является в первую очередь субъективной характеристикой, не всегда отражающей их реальное положение в социуме. Этот показатель улучшается на фоне проводимой антидепрессивной терапии с купированием основных болезненных проявлений. Самооценка социальной адаптации пациентов с «чистыми» АР ассоциирована с интенсивностью проявлений ангедонии, а у пациентов с коморбидностью — с выраженностью депрессивной симптоматики (за счет типичных депрессивных симптомов) и таких психологических характеристик, как депрессивность и психастения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(8):807-16. doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807
- Leonhardt M, Shawel Abebe D. Social Gradients in Alcohol Use Disorders with and without Depression: Immigrants vs Norwegians. *Eur J Pub Health*. 2019;29(4):402. doi: 10.1093/eurpub/ckz186.051
- Суровцева АК, Счастный ЕД. Особенности субъективной оценки качества жизни пациентов аффективными расстройствами с различным риском суицидального поведения. *Суицидология*. 2014;5(4(17)):52-7. [Surovtseva AK, Schastny ED. Features of self-reported of life of patients with affective disorders under different risk for suicidal behavior. *Suicidologiya = Suicidology*. 2014;5(4(17)):52-7 (In Russ.)].
- Flores EC, Fuhr DC, Bayer AM, et al. Mental health impact of social capital interventions: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018 Feb;53(2):107-19. doi: 10.1007/s00127-017-1469-7. Epub 2017 Dec 12.
- Куприянова ИЕ, Семке ВЯ. Качество жизни и психическое здоровье. Томск: РАСКО; 2004. [Kupriyanova IE, Semke VYa. *Kachestvo zhizni i psikhicheskoye zdorov'ye* [Quality of life and mental health]. Tomsk: RASKO; 2004 (In Russ.)].
- Игонин АЛ, Шевцова ЮБ. Комплексный подход к коррекции нарушений социальной адаптации больных алкоголизмом. *Наркология*. 2009;8(12):53-61. [Igonin AL, Shevtzova JB. The complex manner to correction of disorders of social adaptation sick of alcoholism. *Narkologiya = Narcology*. 2009;8(12):53-61 (In Russ.)].
- Сайков АД, Скугаревский ОА. Агрессивное поведение лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте социального интеллекта. *Медицинские новости*. 2019;8(299):35-9. [Saikov AD, Skugarevsky OA. Aggressive behavior of alcohol sufferers in the context of social intelligence. *Meditsinskie novosti*. 2019;8(299):35-9 (In Russ.)].
- Beck KH, Zanjani F, Allen HK. Social context of drinking among older adults: Relationship to alcohol and traffic risk behaviors. *Transp Res Part F Traffic Psychol Behav*. 2019 Jul;64:161-70. doi: 10.1016/j.trf.2019.05.001. Epub 2019 May 22.

9. Абрамова АА, Кузнецова СО, Ениколопов СН, Разумова АВ. Специфика проявлений агрессивности у больных с депрессией разной нозологической принадлежности, степени тяжести и длительности. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2014;(2):75-89. [Abramova AA, Kuznetsova SO, Enikolopov SN, Razumova AV. Specificity of manifestations of aggressiveness in patients with depression of various nosological affiliation, severity and duration. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya = Moscow University Bulletin. Series 14. Psychology*. 2014;(2):75-89 (In Russ.)].
10. Погосов АВ, Погосова ИА. Психопатологические механизмы коморбидной связи пограничных психических расстройств и алкогольной зависимости. *Российский психиатрический журнал*. 2013;(4):66-73. [Pogosov AV, Pogosova IA. Psychopathological mechanisms of comorbidity between borderline mental disorders and alcohol dependence. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal = Russian Journal of Psychiatry*. 2013;(4):66-73 (In Russ.)].
11. Вассерман ЛИ, Чугунов ДН, Щелкова ОЮ. Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения. *Консультативная психология и психотерапия*. 2019;27(2):82-94. doi: 10.17759/cpp.2019270206 [Wasserman LI, Chugunov DN, Shchelkova OYu. Relationships of subjective and objective factors in the process of forming the internal picture of the disease and coping behavior. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2019;27(2):82-94. doi: 10.17759/cpp.2019270206 (In Russ.)].
12. Wang K, Burton CL, Pachankis JE. Depression and substance use: towards the development of an emotion regulation model of stigma coping. *Subst Use Misuse*. 2018 Apr 16;53(5):859-66. doi: 10.1080/10826084.2017.1391011. Epub 2017 Nov 10.
13. Speranza M, Corcos M, Stephan P, et al. Alexithymia, Depressive Experiences, and Dependency in Addictive Disorders. *Subst Use Misuse*. 2004 Mar;39(4):551-79. doi: 10.1081/ja-120030058
14. Ham LS, Hope DA. Alcohol and anxiety: Subtle and obvious attributes of abuse in adults with social anxiety disorder and panic disorder. *Depress Anxiety*. 2003;18(3):128-39. doi: 10.1002/da.10130
15. Холмогорова АБ, Гаранян НГ, Петрова ГА. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2003;13(2):15-23. [Kholmogorova AB, Garanyan NG, Petrova GA. Social support as a subject of scientific study and its impairment in patients with affective spectrum disorders. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya = Social and Clinical Psychiatry*. 2003;13(2):15-23 (In Russ.)].
16. Thorberg FA, Young RM, Hasking P, et al. Alexithymia and alcohol dependence: The roles of negative mood and alcohol craving. *Subst Use Misuse*. 2019;54(14):2380-6. doi: 10.1080/10826084.2019.1650773. Epub 2019 Aug 20.
17. Понизовский ПА, Гофман АГ. Депрессия у больных с алкогольной зависимостью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;7(115):146-50. doi: 10.17116/jnevro201511571146-150 [Ponizovskiy PA, Gofman AG. Depression in alcohol addicted patients. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2015;115(7):146-50. doi: 10.17116/jnevro201511571146-150 (In Russ.)].
18. Винникова МА. Ремиссии при синдроме зависимости. *Русский медицинский журнал*. 2009;17(11):815-21. [Vinnikova MA. Remission in addiction syndrome. *Russkiy meditsinskiy zhurnal = Russian Medical Journal*. 2009;17(11):815-21 (In Russ.)].
19. Williams J, Link M, Rosenthal N, Terman M. Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorder Version (SIGH-SAD), 1988.
20. Ameli R, Luckenbaugh DA, Gould NF, et al. SHAPS-C: the Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration. *PeerJ*. 2014 Jun 17;2:e429. doi: 10.7717/peerj.429
21. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1997 Apr;7 Suppl 1:S57-70; discussion S71-3. doi: 10.1016/s0924-977x(97)00420-3
22. Зайцев ВП. Вариант психологического теста Mini-Mult. *Психологический журнал*. 1981;(3):118-23. [Zaytsev VP. A variant of the psychological test Mini-Mult. *Psikhologicheskii zhurnal*. 1981;(3):118-23 (In Russ.)].
23. Рошина ОВ, Розин АИ, Счастный ЕД, Бокхан НА. Клиническое значение коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости. *Бюллетень сибирской медицины*. 2019;18(4):110-8. doi: 10.20538/1682-0363-2019-4-110-118 [Roshchina OV, Rozin AI, Schastnyy ED, Bokhan NA. Clinical value of comorbidity of affective disorders and alcohol dependence. *Byulleten' sibirskoy meditsiny = Bulletin of Siberian Medicine*. 2019;18(4):110-8. doi: 10.20538/1682-0363-2019-4-110-118 (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

11.03.2022/22.04.2022/26.04.2022

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФ №19-15-00023 «Клинические особенности и поиск потенциальных биомаркеров коморбидности алкоголизма и аффективных расстройств». Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The study was supported by Russian Science Foundation grant No. 19-15-00023 "Clinical features and the search for potential biomarkers of comorbidity of alcoholism and affective disorders". There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Рошина О.В. <https://orcid.org/0000-0002-2246-7045>

Симуткин Г.Г. <https://orcid.org/0000-0002-9813-3789>

Бокхан Н.А. <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

Суровцева А.К. <https://orcid.org/0000-0002-0045-2256>