

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Рыбакова К.В.

ksenia@med122.com

Об авторе:

Рыбакова Ксения Валерьевна – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения алкоголизма ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева».

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева
192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

Статья поступила 20.12.2017

В статье приводятся данные о высоком уровне распространенности сочетания аддиктивных и психических расстройств. Обсуждаются трудности, связанные с дифференциальной диагностикой первичных, существующих независимо от синдрома зависимости от психоактивных веществ, психических расстройств. Предложен алгоритм диагностики первичных психических расстройств, сочетающихся с алкогольной зависимостью, построенный по принципу схемы последовательного анализа клинико-анамнестических характеристик больных с «двойным диагнозом» (синдромом зависимости от алкоголя и первичное психическое расстройство) от наследственной отягощенности к типу течения алкогольной зависимости.

Ключевые слова: двойной диагноз, алкогольная зависимость, алгоритм диагностики, коморбидные психические расстройства, экспертная диагностическая система.

ВВЕДЕНИЕ

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определяет термин «двойной диагноз» как «сосуществование у одного индивидуума зависимости от психоактивного вещества (ПАВ) и другого самостоятельного психического расстройства» [51]. Помимо данного термина в последние 20–25 лет в области психического здоровья, психиатрии и наркологии используются термин «коморбидные расстройства».

Эпидемиологические исследования, посвященные распространенности коморбидных расстройств, как в общей популяции [21; 29; 48; 49], так и в отдельных группах (пациенты общесоматического стационара [23; 31; 32], пациенты с зависимостями от ПАВ, находящиеся в программах лечения, в том числе в терапевтических сообществах [7; 17; 18; 25; 52], па-

циенты психиатрических стационаров [12; 24; 41; 46], активные потребители ПАВ [15; 27; 32; 37], заключенные [13; 20; 22; 34; 47]), убедительно свидетельствуют о высокой частоте сочетания зависимости от ПАВ и психических расстройств: от 12% в общей популяции до 80% среди лиц, госпитализированных в психиатрический стационар. Психическими расстройствами, преимущественно сочетающимися с зависимостью от ПАВ, являются расстройства настроения (депрессия) [8; 28; 39; 45], тревожные расстройства [18; 29; 35], посттравматическое стрессовое расстройство [18; 35], а также расстройства личности [34; 42].

Важность всестороннего детального исследования данной группы больных обусловлена не только их распространенностью, но и тем фактом, что наличие у пациента двойного диагноза влияет на тяжесть и курбельность состояния, степень нарушения функционирования и инвалидизацию пациента [9; 16; 28; 33; 40]. Пациенты с двойным диагнозом испытывают более тяжелые медицинские, социальные и адаптационные проблемы [14; 27; 42; 43; 53], чем пациенты, имеющие только один диагноз: зависимость от ПАВ или психическое расстройство. Кроме того, коморбидные больные чаще, чем пациенты с одним диагнозом, демонстрируют рискованное поведение, приводящее к инфицированию вирусом иммунодефицита человека и гепатитами В и С [11; 19; 26; 30; 38].

В основе синергических отношений зависимости ПАВ и психической патологии лежат множество факторов, в том числе поведенческие [44] и нейробиологические [10]. В результате подобного рода синергии появляется качественно новое состояние, не равное простой сумме нарушенных компонентов [35] требующее внимательного диагностического анализа.

Наиболее полное описание многообразия возможной связи между симптомами зависимости от ПАВ и симптомами психических расстройств описаны в следующей модели, предложенной Европейским центром мониторинга распространенности наркотиков и наркоманий [50]:

1. Острая интоксикация и систематическое употребление ПАВ может сопровождаться развитием психических симптомов, сходных с клиникой самостоятельных психических расстройств. Вид, продолжительность и выраженность этих симптомов, как правило, связаны со сроком использования ПАВ, а также с массивностью наркотизации.
2. Острая интоксикация и систематическое употребление ПАВ может явиться триггером развития или рецидива самостоятельного психического расстройства.
3. Явления синдрома отмены, возникающие у пациентов, зависимых от ПАВ, могут осложняться психическими расстройствами.

4. Индивидуумы с психическими расстройствами могут использовать ПАВ, чтобы ослабить имеющиеся симптомы и/или смягчить нежелательные побочные эффекты лекарственных препаратов, то есть ПАВ используются для самолечения.
5. Психические и аддиктивные расстройства могут сосуществовать независимо.
6. Поведенческие расстройства, возникающие в рамках психического заболевания, могут быть сходными с аналогичными расстройствами, вызванными зависимостью от ПАВ.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Установление точного диагноза у пациентов с зависимостью от ПАВ является важным аспектом процесса лечения. С клинической точки зрения необходимо различать первичные психические расстройства, являющиеся самостоятельными независимыми от синдрома зависимости от ПАВ нозологическими формами, и психические симптомы, вызванные хроническим употреблением ПАВ (вторичные), так как взаимное влияние, которое оказывают психическое заболевание и зависимость от ПАВ, как на клиническую картину, так и динамику обоих заболеваний, не только затрудняют диагностику и прогноз, но и влияют на выбор терапевтической тактики. Традиционно существуют два подхода к дифференциальной диагностике психических расстройств, сосуществующих с зависимостью от ПАВ. Первый в качестве основного дифференциально-диагностического признака использует временной фактор, то есть первичность/вторичность психических расстройств определяется хронологически. При втором в качестве основного дифференциально-диагностического критерия выступает тяжесть состояния, то есть первичными считаются те психические расстройства, выраженность которых в большей степени, чем зависимость от ПАВ, определяют клиническую картину. Оба подхода, также как их сочетание, являются неудовлетворительными и не могут быть применены в качестве надежного диагностического инструмента, то есть существует необходимость в разработке алгоритмов дифференциальной диагностики расстройств, существующих в сочетании с зависимостью от ПАВ.

Попытка сформулировать конкретные рекомендации по диагностике первичных психических коморбидных расстройств была предпринята в уточненной версии DSM-IV [5]. В дальнейшем перечень приведенных в ней критериев был поддержан DSM-V [6], согласно которой «первичное психическое расстройство» диагностируется, если симптомы не вызваны

прямым физиологическим действием ПАВ. Первичным психическое расстройство считается при соблюдении четырех условий:

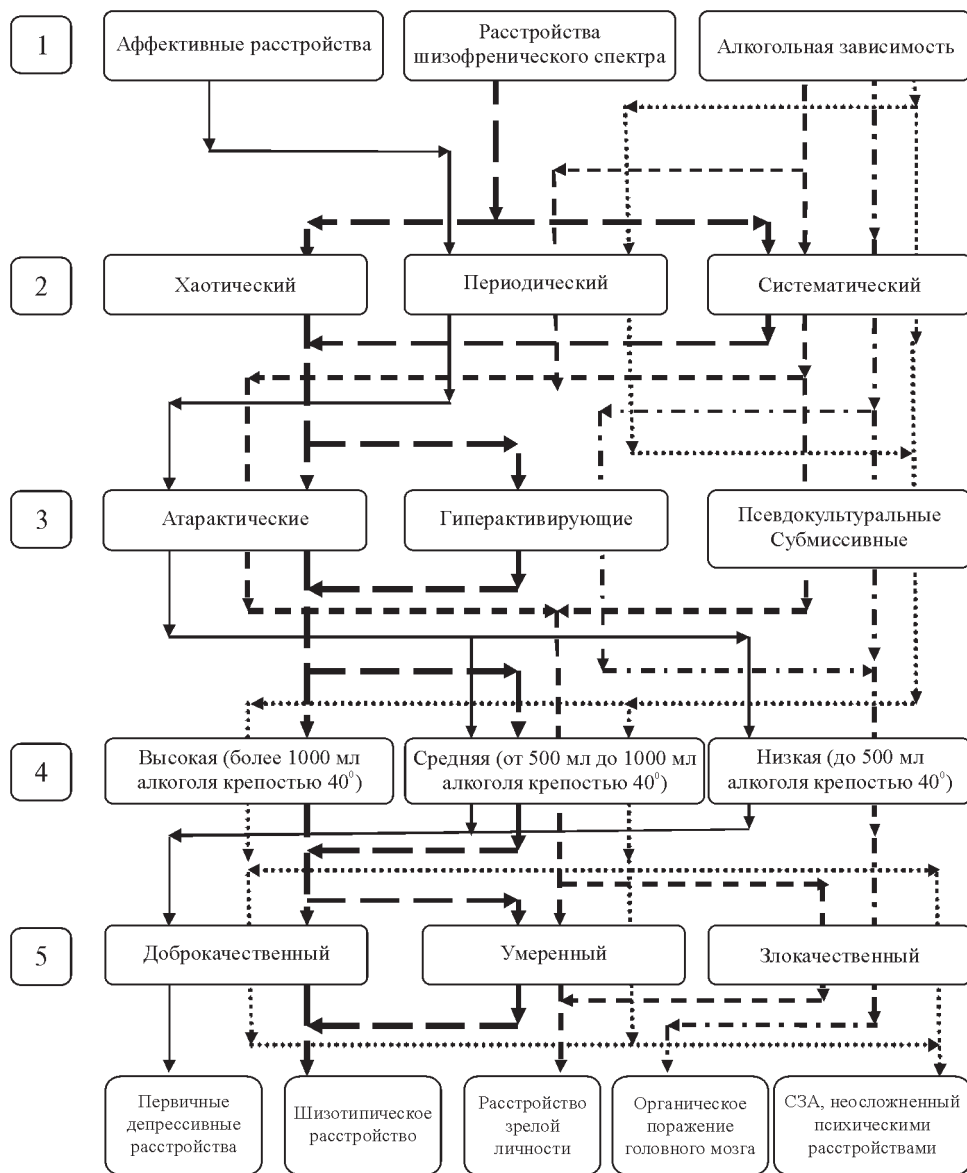
1. Симптомы психического расстройства существенно превышают те, что ожидалось бы с учетом типа, количества используемого ПАВ или продолжительности его использования;
2. В анамнезе есть эпизоды психических расстройств, не связанных с приемом ПАВ;
3. Развитие симптомов психического расстройства предшествует началу использования ПАВ;
4. Симптомы психического расстройства сохраняются в течение значительного периода времени (не менее одного месяца) после прекращения интоксикации или купирования синдрома отмены.

Однако приведенные критерии не описывают всех возможных клинических ситуаций, а использование данных критериев в начальном периоде синдрома отмены ПАВ может быть затруднительным.

ВОЗМОЖНЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНЫХ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СОСУЩЕСТВУЮЩИХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Обобщение результатов собственных исследований пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и коморбидными психическими расстройствами [1; 2; 3; 4] позволяет предложить в качестве одного из диагностических инструментов алгоритм для установления первичности психического расстройства, сочетающегося с алкогольной зависимостью (рис. 1), применение которого возможно на разных этапах аддиктивного цикла, в том числе в период синдрома отмены алкоголя. Алгоритм построен по принципу схемы и предполагает последовательный анализ клинко-анамнестических характеристик больных с «двойным диагнозом» (синдром зависимости от алкоголя и первичное психическое расстройство) от наследственной отягощенности к типу течения алкогольной зависимости. Логическим завершением схемы является установление первичного коморбидного расстройства, при наличии которого возможно определенное сочетание симптомов алкогольной зависимости.

На представленной схеме цифрами обозначены клинко-анамнестические признаки, которые по результатам проведенной статистической обработки (логистический регрессионный анализ), были выделены как факторы, значимые для диагностики данной группы пациентов. Строка, относящаяся к каждому клинко-анамнестическому признаку (феномены в рамках на одном уровне с цифрой), содержит его возможные вариан-



Примечание: 1. Наследственная отягощенность; 2. Тип употребления алкоголя; 3. Инициальные мотивы алкоголизации; 4. Толерантность; 5. Тип течения алкогольной зависимости. СЗА – синдром зависимости от алкоголя.

Рис. 1. Алгоритм дифференциальной диагностики.

ты. Линиями одного типа объединяются сочетания признаков, присущих конкретной нозологии. Стрелками указана последовательность проведения диагностики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный алгоритм является первой попыткой создания отечественной экспертной диагностической системы. По сравнению с такими зарубежными диагностическими инструментами, как Диагностическое структурированное интервью (DIS) [36], шкала нейропсихиатрической клинической оценки (SCAN) [54], применение алгоритма не требует больших временных затрат, для проведения диагностики с его использованием достаточно 10–15 минут. Несомненными преимуществами диагностической схемы являются также ее наглядность, простота в использовании, возможность применения на ранних этапах диагностики, что делает его использование удобным в рутинной наркологической практике.

Таким образом, предложенный алгоритм расширяет возможности дифференциальной диагностики психических расстройств, сосуществующих с зависимостью от алкоголя, что, несомненно, должно способствовать выбору более эффективной терапевтической тактики уже на ранних этапах лечения пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ерышев О.Ф., Тульская Т.Ю., Рыбакова К.В., Ерошин С.П.* Клинико-психологическая характеристика больных с осложненными алкогольной зависимостью расстройствами личности. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 11(2). – С. 14–19.
2. *Ерышев О.Ф., Тульская Т.Ю., Рыбакова К.В., Ерошин С.П.* Клинические характеристики коморбидных состояний при сочетании малопргредиентной шизофрении и алкогольной зависимости. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – №4. – С. 32–39.
3. *Рыбакова К.В.* Хронические расстройства настроения и алкогольная зависимость. // Вопросы наркологии. – 2017. – №6. – С. 101–103.
4. *Рыбакова К.В., Рыбакова Т.Г.* Алкогольная зависимость и коморбидная аффективная патология. // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. 1(39). – №2. – С. 130–133.
5. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision. – Washington, D.C.: APA, 2000.

6. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. – Washington, D.C.: APA, 2013.
7. *Arendt M., Munk-Jorgensen P., Sher L., Jensen, S.O.W.* Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment. // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2011. – Vol. 114. – P. 134–139.
8. *Blanco C., Alegria A.A., Liu S.-M., Secades-Villa R., Sugaya L., Davies C., Nunes, E.V.* Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2012. – Vol. 73(6). – P. 865–873.
9. *Booth B.M., Walton M.A., Barry K.L, Cunningham R.M., Chermack S.T., Blow F.C.* Substance use depression and mental health functioning in patients seeking acute medical care in an inner-city ED. // *Journal of Behavioral Health Services and Research*. – 2011. – Vol. 38(3). – P. 358–372.
10. *Brady K.T., Sinha R.* Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162(8). – P. 1483–1493.
11. *Carey M.P., Carey K.B., Maisto S.A., Gordon C.M., Vanable, P.A.* Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behavior among psychiatric outpatients. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2001. – Vol. 69(5). – P. 846–850.
12. *Carra G., Johnson S., Bebbington P., Angermeyer, M.C, Heider D., Brugha.T., Azorin J.M., Toumi M.* The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2012. –Vol. 262(7). – P. 607–616.
13. *Colins O., Vermeire R., Vahl P., Markusb M., Broekaert E., Doreleijers T.* Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism. // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2011. – Vol. 56(1). – P. 44–50.
14. *Conner K.R.* Clarifying the relationship between alcohol and depression. // *Addiction*. – 2011. – Vol. 106(5). – P. 915–916.
15. *Cuenca-Royo A.M., Sanchez-Niubo A., Forero C.G., Torrens M., Suelves J.M., Domingo-Salvany A.* Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. // *Addictive Behaviors*. – 2012. – Vol. 37(6). – P. 709–715.

16. *Curran G.M., Sullivan G., Williams K., Han X., Allee E., Kotrla K.J.* The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. // *BMC Emergency Medicine*. – 2008. – Vol. 8. – P. 17.
17. *De Wilde J., Broekaert E., Rosseel Y., Delespaul P., Soyez V.* The role of gender differences and other client characteristics in the prevalence of DSM-IV affective disorders among a European therapeutic community population. // *The Psychiatric Quarterly*. – 2007. – Vol. 78(1). – P. 39–51.
18. *Di Furia L., Pizza M., Rampazzo L., Corti A.* The Italian experience: (B) Comorbidity in Padua. – London: Co-morbidity: Perspectives across Europe. – European Collaborating Centres on Addiction Studies (ECCAS), 2006. – P. 186–197.
19. *Durvasula R., Miller T.R.* Substance abuse treatment in person with HIV/AIDS: challenges in managing triple diagnosis. // *Behavioral Medicine*. – 2014. – Vol. 40(2). – P. 43–52.
20. *Elonheimo H., Niemela S., Parkkola K., Multimaki P., Helenius H., Nuutila A.M., Sourander A.* Police-registered offenses and psychiatric disorders among young males: the Finnish “from a boy to a man” birth cohort study. // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2007. – Vol. 42(6). – P. 477–484.
21. *Farrell M.* Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. // *The British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 179(5). – P. 432–437.
22. *Harsch S., Bergk J.E., Steinert T., Keller F., Jockusch U.* Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. // *International Journal of Law and Psychiatry*. – 2006. – Vol. 29(5). – P. 443–449.
23. *Haw C.M., Hawton K.* Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people, Oxford, 1993–2006. // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2011. – Vol. 46(2). – P. 85–93.
24. *Hermle L., Szlak-Rubin R., Taschner K.L., Peukert P., Batra A.* Substance use associated disorders: frequency in patients with schizophrenic and affective psychoses. // *Der Nervenarzt*. – 2013. – Vol. 84(3). – P. 315–325.
25. *Huntley Z., Maltezos S., Williams C., Morinan A., Hammon A.* Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units. // *BMC Psychiatry*. – 2012. – Vol. 12. – P. 223.
26. *Khalsa J.H., Treisman G., McCance-Katz E., Tedaldi E.* Medical consequences of drug abuse and co-occurring infections: research at the National Institute on Drug Abuse. // *Substance Abuse*. – 2008. – Vol. 29(3). – P. 5–16.

27. Lambert M.T., LePage J.P., Schmitt, A.L. Five-year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. // *The American Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160(7). – P. 1350–1353.
28. Langas A.-M., Malt U. F., Opjordsmoen S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area—a clinical study. // *BMC Psychiatry*. – 2011. – Vol. 11. – P. 25.
29. Leray E., Camara A., Drapier D., Riou F., Bougeant N. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the “Mental Health in General Population” survey (MHGP). // *European Psychiatry*. – 2011. – Vol. 26(6). – P. 339–345.
30. Loftis J.M., Matthews A.M., Hauser P. Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management. // *Drugs*. – 2006. – Vol. 66(2). – P. 155–174.
31. Maremmani A.G.I., Dell’Osso L., Pacini M., Popovic D., Rovai L., Torrens M., Perugi G., Maremmani I. Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients dependent on heroin. // *Journal of Addictive Diseases*. – 2011. – Vol. 30(2). – P. 123–135.
32. Martin-Santos R., Fonseca F., Domingo-Salvany A., Gines J.M., Imaz M.L., Navines R., Pascual J.C., Torrens M. Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. // *The European Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 20(3). – P. 147–156.
33. Martin-Santos R., Torrens M., Poudevida S., Langohr K., Cuyas E. 5-HTTLPR polymorphism, mood disorders and MDMA use in a 3-year follow-up study. // *Addiction Biology*. – 2010. – Vol. 15(1). – P. 15–22.
34. Piselli M., Elisei S., Murgia N., Quartesan R., Abram K. M. Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. // *International Journal of Law and Psychiatry*. – 2009. – Vol. 32(2). – P. 101–107.
35. Rich S.J., Martin P.R. Co-occurring psychiatric disorders and alcoholism. // *Handbook of Clinical Neurology*. – 2014. – Vol. 125. – P. 573–588.
36. Robins L.N., Cottier L.B., Bucholz K.K., Compton W.M., North C.S., Rourke K.M. Diagnostic interview schedule for the DSM-IV (DIS-IV) Diagnostic Interview Schedule for the DSM-IV (DIS-IV). – St. Louis, MO: Washington University School of Medicine, 2000.
37. Rodriguez-Llera M.C, Domingo-Salvany A., Brugal M.T., Silva T.C., Sanchez-Niubo A., Torrens M. Psychiatric comorbidity in young heroin users. // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2006. – Vol. 84(1). – P. 48–55.
38. Rosenberg S.D., Goodman L.A., Osher F.C, Swartz M.S., Essock S.M. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental

- illness. // *American Journal of Public Health*. – 2001. – Vol. 91(1). – P. 31–37.
39. *Samet S., Fenton M.C., Nunes E., Greenstein E., Aharonovich E., Hasam D.* Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence. // *Addiction*. – 2013. – Vol. 108(1). – P. 115–123.
 40. *Schmoll S., Boyer L., Henry J.-M., Belzeaux R.* Frequent visitors to psychiatric emergency service: Demographical and clinical analysis. // *L'Encephale*. – 2015. – Vol. 41(2). – P. 123–129.
 41. *Schnell T., Neisius K., Daumann J., Gouzoulis-Mayfrank E.* Prevalence of psychosis/ substance abuse comorbidity. Clinical-epidemiological findings from different treatment settings in a large German city. // *Der Nervenarzt*. – 2010. – Vol. 81(3). – P. 323–328.
 42. *Stahler G.J., Mennis J., Cotlar R., Baron D.A.* The influence of neighborhood environment on treatment continuity and rehospitalization in dually diagnosed patients discharged from acute inpatient care. // *American Journal of Psychiatry*. – 2009. – Vol. 166(11). – P. 1258–1268.
 43. *Szerman N., Lopez-Castroman J., Arias R., Morant C., Babin R.* Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. // *Substance Use & Misuse*. – 2012. – Vol. 47(4). – P. 383–389.
 44. *Swendsen J., Le Moal M.* Individual vulnerability to addiction. // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2011. – Vol. 1216. – P. 73–85.
 45. *Torrens M., Gilchrist G., Domingo-Salvany A.* Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2011. – Vol. 113(2-3). – P. 147–156.
 46. *Toteva S., Rizov A., Tenev V., Stoyanov D.S., Stoychev K.* The comorbidity situation in Bulgaria: epidemiological, clinical and therapeutic aspects. // *Co-morbidity: Perspectives across*. – London: European Collaborating Centres on Addiction Studies (ECCAS). – 2006. – P. 133–144.
 47. *Van Horn J.E., Eisenberg M.J., van Kuik S., van Kinderen G.M.* Psychopathology and recidivism among violent offenders with a dual diagnosis. A comparison with other subgroups of violent offenders. // *Tijdschrift Voor Psychiatrie*. – 2013. – Vol. 54(6). – P. 497–507.
 48. *Vazquez F.L.* Psychoactive substance use and dependence among Spanish university students: prevalence, correlates, polyconsumption, and comorbidity with depression. // *Psychological Reports*. – 2010. – Vol. 106(1). – P. 297–313.
 49. *Vazquez F.L., Torres A., Otero P., Diaz O.* Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-IV axis I mental disorders among female university students. // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2011. – Vol. 199(6). – P. 379–383.

50. *West R.* Models of addiction. – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013. – 166 p. – doi: 10.2810/99994.
51. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. – URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en.
52. *Wusthoff L.E., Waal H., Ruud T., GrSwe R.W.* A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in community mental health centers. // *BMC Psychiatry*. – 2011. – Vol. 11. – P. 93.
53. *Wusthoff L.E., Waal H., GrSwe R.W.* The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression—a group randomized trial. // *BMC Psychiatry*. – 2014. – Vol. 14. – P. 67.
54. *Wing J.K., Babor T., Brugha T., Burke J., Cooper J.E.* et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. // *Archives of General Psychiatry*. – 1990. – Vol. 47(6). – P. 589–593.

ALGORITHM FOR DIAGNOSING COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Rybakova K.V.

V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology
3, Bekhterev st., St. Petersburg, 192019

The article presents data on high prevalence of co-occurring addictive and psychiatric disorders. Difficulties associated with differential diagnosis of primary psychiatric disorders, occurring independently of substance use disorders are discussed. An algorithm for diagnosing primary psychiatric disorders co-existing with alcohol dependence syndrome is proposed, based on the principle of sequential analyzing clinical and anamnestic characteristics of patients with a dual diagnosis of alcohol dependence and primary psychiatric disorder, successively passing from the analysis of genetic family history loading to the type of alcohol dependence course, including patterns of drinking, initial motives for alcohol use, and tolerance to alcohol.

Keywords: *dual diagnosis, alcohol dependence, diagnostic algorithm, comorbid psychiatric disorders, expert diagnostic system.*