

УДК 61

DOI 10.21661/r-486030

A.V. Анцыборов, И.В. Дубатова

ПРОБЛЕМА ДВОЙНЫХ ДИАГНОЗОВ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ: УХОДЯЩАЯ РЕАЛЬНОСТЬ, ИЛИ ЭТАП ИНТЕГРАЦИИ?

***Аннотация:** в статье говорится, что существование проблемы двойных диагнозов (ДД) в психиатрии и наркологии означает признание факта, что «зависимость» является психическим заболеванием и, следовательно, заболеванием головного мозга. В головном мозге есть общие области, отвечающие как за формирование аддиктивной патологии, так и за развитие других психических заболеваний. Во многом это объясняет высокую коморбидность между расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, и другими психическими заболеваниями. Как отмечают авторы, к факторам предрасположенности развития аддиктивной патологии относятся: семейная отягощенность аддиктивной патологией, раннее начало употребления ПАВ, социально-стрессовая обстановка и психические заболевания. Искусственное разделение психиатрии и наркологии на две службы в России является исторической ошибкой. Новая парадигма зависимых расстройств подчеркивает необходимость создания специальной секции по двойным расстройствам с пересмотром этой архаичной модели.*

***Ключевые слова:** двойной диагноз, расстройства от употребления психоактивных веществ, психические заболевания, поведенческие аддикции.*

A.V. Antsyborov, I.V. Dubatova

THE PROBLEM OF DOUBLE DIAGNOSES IN PSYCHIATRY AND ADDICTOLOGY: LEAVING REALITY, OR THE STAGE OF INTEGRATION?

***Abstract:** the article points out that the existence of the problem of double diagnoses (DD) in psychiatry and addictology means recognizing the fact that «addiction» is a mental illness and, therefore, a brain disorder. There are common areas in the*

brain that are responsible for the formation of addictive pathology and for the development of other mental illnesses. It explains the high comorbidity between disorders associated with the use of psychoactive substances, and other mental illnesses. The factors of predisposition to the development of addictive pathology include: family burden with addictive pathology, early onset of use of psychoactive substances, social stress situation, and mental illness. The artificial separation of psychiatry and addictology into two services in Russia is a historical mistake. A new paradigm of dependent disorders emphasizes the need to create a special section on double disorders, with the revision of this archaic model.

Keywords: dual diagnosis, substance use disorder, mental illness, behavioral addictions.

Введение

Семантическая история термина «двойной диагноз» развивалась на протяжении многих лет. Прошло более 40 лет с тех пор, как клиницисты стали называть состояния пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), и другой психической патологией, сочетанным термином «двойной диагноз» [1; 2]. Для описания подобных состояний предпринимались попытки применения множества других терминов: «психически больные, злоупотребляющие ПАВ», «химически зависимые психически больные», «сопутствующие расстройства», или «коморбидные расстройства» [3; 4]. При попытках установления связей между злоупотреблением психоактивными веществами, и другими психическими расстройствами, пожалуй, самым используемым термином, являлся «коморбидность» [5]. Признавая актуальность новой интегративной парадигмы, исполнительный комитет Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в ноябре 2011 года одобрил создание специальной секции по двойным расстройствам. Этот шаг был поддержан на Генеральной Ассамблее ВПА в 2014 году.

*Основные категории, относящиеся к сочетанному термину
«двойной диагноз»*

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD)-диагностическая рубрика, используемая в пятой версии диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5), в которую включены: периодическое (проблемное) употребление алкоголя, табака, и рекреационных наркотиков и других ПАВ, что может вызвать клинические и функционально значимые нарушения (развитие зависимости), проблемы со здоровьем, привести к инвалидности, и неспособности выполнять основные обязанности на работе, в обществе, или в семье (социальная и трудовая дезадаптация). В зависимости от степени тяжести, расстройства классифицируются как легкие, умеренные, или тяжелые [1]. Зависимость-наиболее тяжелое проявление длительного употребления психоактивных веществ. При сформированной зависимости наблюдается утрата ситуационного и количественного контроля, о чем свидетельствует компульсивное употребление ПАВ, несмотря на желание прекратить употребление. Согласно критериям МКБ 10 для постановки диагноза «наркотическая зависимость» требуется наличие трех или более, следующих критериев:

- неодолимое желание употребить вещество;
- нарушение контроля над употреблением;
- синдром отмены при прекращении употребления, или уменьшении кратности употребления;
- толерантность к действию вещества;
- необходимость употребления больших доз для достижения желаемых эффектов;
- большая часть времени потребителя расходуется на поиск, употребление, и восстановление после употребления вещества;
- продолжение употребления вещества, несмотря на возможные проблемы и последствия;

В DSM-5 термин «зависимость» является синонимом тяжести в рубрике расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ [1], и включает

физическую «зависимость» (толерантность, и синдром отмены). Термин также включает в себя поведенческие аддикции, такие как: гемблинг, зависимость от видеоигр, некоторые расстройства пищевого поведения, и другие компульсивные поведенческие расстройства, не связанные с употреблением ПАВ. «Двойные» расстройства-термин, используемый в области психического здоровья для обозначения категории пациентов, которые страдают расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (SUD), или другой аддиктивной патологией, наряду с психическими расстройствами. Заболевания могут возникнуть одновременно, или, последовательно, на любом жизненном отрезке [6]. Семантически в понятии «двойные расстройства», можно проследить связь, отражающую общие механизмы патогенеза, и корреляцию между двумя различными психопатологическими состояниями, взаимно влияющими на течение, клинические проявления, и прогноз [7]. Коррелятивное взаимодействие между расстройствами может включать следующие факторы: генетические, нейробиологические, социального функционирования, этнические, средовые, и культуральные [8]. К переменным составляющим, семантического наполнения, термина «двойные расстройства», относятся: т.н. «континуум тяжести (от легкой до тяжелой)» и «факторы неоднородности» (различие фенотипов) пациентов с ДД. Такие названия, как, «сочетанные расстройства», или «одновременно существующие расстройства», также используются для описания двойных расстройств, и более распространены среди профессионального сообщества врачей США и Канады. В испаноговорящих странах, наиболее распространенным и общепринятым термином является сочетание «двойная (дуальная) патология» [4; 6].

Эпидемиология двойных расстройств

Только незначительный процент потребителей наркотиков становятся зависимыми, в виду факторов риска включающим генетические, средовые, и индивидуальные влияния [1]. Также к факторам риска развития наркотической зависимости относятся семейная отягощенность аддиктивной патологией в анамнезе, раннее начало употребления психоактивных веществ, микросоциальные и макросоциальные влияния, стрессовые ситуации, и различные психические

заболевания [9]. Употребление наркотических веществ в возрасте до 14 лет, формирует в четыре раза больший риск развития расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Лица, страдающие любым психическим заболеванием, имеют больший риск возникновения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Степень риска оценивается в четыре-пять раз выше, чем в общей популяции [10; 11]. Диагноз любого психического заболевания, связан с более вероятным переходом от злоупотребления психоактивными веществами, к зависимости, что коррелирует с большим спектром ПАВ [12]. Ранняя терапия психических заболеваний играет важную роль, в популяционном накоплении риска [9]. Так медикаментозное лечение может уменьшить риск возникновения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ у детей и подростков, с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), до этапа полового созревания, вероятность развития SUD, в три раза выше по сравнению с другими подростками [13]. Индивидуальный характер употребления психоактивных веществ весьма разнообразен. В то время как некоторые потребители сталкиваются с трудностями на протяжении всей жизни, при злоупотреблении различными ПАВ, у других отмечается «фазность» употребления, и наконец, есть те, кто не имеет каких-либо проблем с употреблением. Учитывая плотность населения в различных странах и регионах, существуют закономерные и прогнозируемые эпидемиологические модели употребления ПАВ [14]. Согласно накопленным эпидемиологическим данным двойные расстройства являются довольно распространенной патологией для рутинной клинической практики, и поэтому, не следует считать их исключительным явлением [15]. В США в 2013 году 24,6 млн. человек (9,4%) в возрасте от 12 лет, и старше являлись активными потребителями рекреационных наркотиков; 60,1 млн (22,9%) являлись потребителями алкоголя; а 21,6 млн. (8,2%) имели диагноз SUD [16]. Что касается заболеваемости психическими расстройствами в США, то в 2017 году, 43,8 миллионов взрослого населения страны, в возрасте 18 лет и старше (18,5%) имели какие-либо психические заболевания; 10,0 миллионов (42,2%) являются больными тяжелыми психическими заболеваниями. В

2013 году 3,2% всего взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (7,7 миллиона взрослых) страдали как SUD, так и различными психическими заболеваниеми. В 2013 году 1% всех взрослых (2,3 миллиона человек) имели «двойной диагноз» в США. Среди подростков эти показатели достигали до 1,4% населения страны. В США было проведено несколько крупных популяционных эпидемиологических исследований, направленных на изучение сочетанной клиники SUD, и других психических расстройств: исследование эпидемиологической распространенности (ECA), национальное исследование коморбидности (NCS), (NCS-R), и национальное эпидемиологическое исследование злоупотребления алкоголем, и связанных состояний (NESARC) [15; 17–19]. Полученные данные эпидемиологических исследований, носят схожий характер, демонстрируя, что двойные расстройства являются распространенным явлением, а не исключением из правил. Существует много эпидемиологических исследований, основанных на клинической популяции, в которых прослеживается высокие показатели двойных расстройств, у пациентов, обращающихся за помощью в психиатрические клиники, или клиники по лечению зависимостей [4; 20]. Кроме этого, эпидемиологические исследования указывают на высокую корреляцию расстройств [19; 21; 22]. Каждый третий пациент с психическим заболеванием курит табак. Исторически большой проблемой являлось минимизация употребления табака в данной категории пациентов [23]. Недавними исследованиями установлено, что диагностика любого психического заболевания, связана с высокой вероятностью от эпизодического употребления табака, к расстройству связанным с употреблением табака (табачной зависимости) [14]. Согласно недавнему исследованию, наиболее распространенным мнением среди специалистов в области психического здоровья, является, что пациенты не заинтересованы в том, чтобы бросить курить (51,4% опрошенных, специалистов в области психического здоровья), и в том, что отказ от курения слишком большая ответственность для пациентов (38% опрошенных) [24]. Подобное отношение и заблуждения врачей-специалистов, является помехой для проведения мероприятий по прекращению курения. Несмотря на бытоущее мнение, что употребление

различных психоактивных веществ вызывает, или провоцирует психические заболевания, которые не имели бы места, без фактора употребления ПАВ, эпидемиологические исследования не подтверждают эти мифы [25]. Так, например, несмотря на экспоненциальное увеличение в некоторых странах и регионах употребления различных психоактивных веществ, не наблюдается увеличения числа психических расстройств [26]. Таким образом, причинно-следственная связь между употреблением психоактивных веществ и развитием психических заболеваний, остается недоказанной. Суицидальное поведение является серьезной проблемой для лиц с двойными расстройствами. До 40% пациентов, страдающих двойными расстройствами, имеют в анамнезе попытки самоубийства [27]. Употребление психоактивных веществ, являлось одним из основных факторов риска суицидального поведения [28]. Некоторыми исследованиями доказано, что существует причинно-следственная связь, между расстройствами связанными с употреблением психоактивных веществ, и самоубийством [29]. Однако, некоторые факторы могут оказывать модифицирующее влияние на суицидальное поведение: импульсивность, социальная стигматизация, а также наличие/отсутствие депрессивной симптоматики [30–33].

Нейробиология двойных расстройств

Ключом к пониманию природы двойных расстройств, является признание того, что зависимость является психическим заболеванием и, следовательно, заболеванием головного мозга [1]. В литературе описаны многочисленные корреляции между зависимой патологией, и нарушением функций головного мозга, что приводит к нарушениям в эмоциональной сфере, и мотивации поведения. Многочисленные исследования подтверждают данное утверждение, однако, это не всегда находит подтверждение в клинической практике, как это часто бывает. Концепция зависимости как сложного заболевания мозга предполагает новую парадигму, которая ставит под сомнение злоупотребление наркотическими веществами, как добровольный акт, имеющий гедонистическую направленность. Двойные расстройства до настоящего времени существуют в некотором «изолированном» виде, и многими рассматриваются с позиции отсутствия «силы воли»

при употреблении наркотических веществ, оставляя без внимания нейробиологическую дисфункцию головного мозга, и различные психические нарушения [34]. Наркотическая зависимость характеризуется явлениями крейвинга, поисковым поведением, и систематическим употреблением наркотических веществ, несмотря на негативные последствия. Лица с наркотической зависимостью, находятся в состоянии пониженной стрессовой реактивности, что приводят к употреблению наркотических веществ, с целью нивелирования неприятных соматических, и психических проявлений. Исполнительные функции формируют поисковое поведение, связанное с наркотическими веществами. К нейрональным областям, играющим важную роль в формировании зависимости, относятся: вентромедиальная префронтальная кора головного мозга, миндалина, полосатое тело, передняя поясная кора, инсула/соматосенсорная кора головного мозга [35–37]. Кооб et al. условно разделили зависимость на три, связанные между собой, клинико-поведенческими корреляциями стадии: бинджинг и интоксикация, синдром отмены и негативные последствия, поисковое поведение и антиципация (крейвинг) [38]. Употребление наркотических веществ, активирует систему вознаграждения, что ведет высвобождению дофамина, формируя «ассоциативное обучение», что приводит потребителей к повторному употреблению, при появлении стимульного раздражителя (наркотика). На протяжении многих лет считалось, что длительное употребление наркотических веществ, повышает тропность к «желаемым эффектам» наркотического вещества. Словно в противовес этой теории, последние исследования в этом направлении, доказывают, что у наркозависимых употребление наркотиков, ведет к снижению выработки дофамина [1]. После многократного употребления наркотического вещества, дофамин начинает вырабатываться в ответ на стимульные раздражители, не связанные с употреблением наркотика [39]. Подобный механизм становится привычным для центральной нервной системы, и может сохраняться в состоянии, когда употребление наркотических веществ прекращается [1]. В этих новых условиях в системе вознаграждения формируется «десенсибилизация вознаграждений» (как связанных, так и не связанных с ПАВ) [40]. Как отмечалось выше

существуют общие отделы головного мозга, ответственные как за формирование зависимых расстройств, так и других психических заболеваний (депрессия, тревога, эндогенные заболевания) [30]. Это объясняет высокую коморбидность между употреблением ПАВ и другими психическими расстройствами. По мнению некоторых авторов изменения в головном мозге, возникают до начала употребления ПАВ, а увеличение частоты употребления ПАВ, приводит к усилению изменений в заинтересованных областях и функциях головного мозга [41]. Поведенческая зависимость, и зависимость от психоактивных веществ, имеет общий нейробиологический коррелят. Поведенческие аддикции характеризуются аналогичными функциональными и анатомическими изменениями в корковых и подкорковых областях, и нейронных сетях [41]. Мотивы принятия решений и эмоциональный фон, нарушаются как у химически зависимых аддиктов, так и у лиц, с поведенческими аддикциями, что обусловлено выбором сиюминутных вознаграждений, и нарушением поведенческого контроля. Отмеченные выше механизмы встречаются и при других формах зависимого поведения (пищевая аддикция, интернет-гейминг и т. д.) [1; 35]. Недавно проведенное исследование позволяет различать два варианта нейрональной дисфункции, оказывающих влияние на формирование аддиктивной патологии, в частности, на механизм принятия решений. К первому варианту относятся нарушения в системе импульсного контроля, что усиливает «желаемые эффекты» связанные с употреблением наркотических веществ, и придает им «значимость». Данный механизм реализуется по причине гиперактивности амигдалы. Второй вариант нейрональной дисфункции, повышающий вероятность возникновения аддиктивной патологии – снижение активности префронтальной коры, что приводит к нарушению отражательных функций головного мозга [35; 37]. Нарушения функций когнитивного и поведенческого контроля, обусловлены ослаблением функциональных и структурных связей между амигдалой, инсулой, передней поясной корой, и вентромедиальными структурами префронтальной коры [36]. Существует много различных нейробиологических теорий, объясняющих формирование аддиктивной патологии. Теоретические концепции включают в себя различные

нейромедиаторные системы головного мозга, не ограничиваясь ролью дофаминергических центров вознаграждения (определяющие способность планировать, предвидеть и изменять свое поведение при различных обстоятельствах). Все психоактивные вещества, имеющие даже минимальный аддиктивный потенциал, способны оказывать влияние на эндогенные нейромедиаторные системы, такие как опиоидная, холинергическая/никотиновая, глутаматергическая, эндоканабиноидная и т.д [36; 42]. Перечисленные эндогенные нейромедиаторные системы, оказывают влияние не только на систему вознаграждения, но и связаны с эволютивной точки зрения, с механизмами индивидуального и коллективного выживания видов. Дисфункция в данной системе приводит к различным типам расстройств, что сравнимо с воздействием различных ПАВ [43; 44]. Согласно некоторым оценкам, лишь у небольшой части лиц, употребляющих различные ПАВ, развиваются наиболее тяжелые формы аддиктивной патологии, связанный с употреблением (около 10%). Даже в тех случаях, где заболевание отличается выраженной прогредиентностью, наблюдаются различные фенотипические характеристики тяжести аддиктивной патологии [45]. Дефицитарные процессы (дисфункциональность) в эндогенных нейромедиаторных системах, могут носить как наследственный, так и приобретенный характер, что может являться объяснением аддиктивного поведения, развитием некоторых симптомов психических расстройств, включая патологические личностные черты [36]. Период пубертатного криза, представляет собой особый вариант риска, для возникновения двойных расстройств. Скрининговая диагностика психических расстройств, которой может иметь решающее значение на данном этапе. Еще развивающийся головной мозг, особенно чувствителен к воздействию психоактивных веществ, при практической незрелости механизмов эмоциональной саморегуляции, и системы вознаграждения. Раннее терапевтическое вмешательство на данном этапе представляется особенно эффективным инструментом [32]. Профилактические мероприятия в подростковой среде, должны быть направлены на повышение социальных навыков, навыков межличностной коммуникации, и обучение владению навыками саморегуляции [1]. Многими исследователями признается

существование нейробиологических корреляций, между суициальными мыслями и двойными расстройствами [30; 46]. Исследования обнаружили связь между нарушениями в функционировании серотонинергической, и опиоидной систем, норадренергической системе голубого пятна, суициальным поведением, и завершенным суицидом. Употребление наркотических веществ может нарушать механизмы передачи нервных импульсов в отмеченных системах, что приводит к формированию суициального поведения [46].

Психосоциальные детерминанты

Раннее начало употребления психоактивных веществ (детство и подростковый период), формирует повышенный риск развития аддиктивной патологии и двойных расстройств во взрослом возрасте [37]. Несмотря на то, что причинно-следственную связь в большинстве случаев, установить не представляется возможным, психические расстройства могут выступать мощными предикторами развития наркозависимости [30]. К основным психологическим характеристикам, связанных с расстройствами употребления психоактивных веществ, можно отнести следующие индивидуально-личностные факторы: низкая самооценка, отсутствие уверенности в собственных силах, и низкий поведенческий самоконтроль [47]. Семейные факторы оказывают важное влияние, на формирование риска употребления психоактивных веществ. Агрессивное поведение обоих родителей, высокий уровень конфликтности в семье, отсутствие родительской поддержки, могут способствовать формированию расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ [47]. Установлено, что предикторами развития зависимости являются раздельное проживание родителей, неполные или смешанные семьи [47]. Социально-экономические трудности в семье (образовательные, финансовые, и низкое социальное положение), многими авторами также рассматриваются в качестве факторов, способствующих формированию аддиктивных расстройств, среди подростков, и молодежи [48]. Факты жестокого обращения с детьми, и полное отсутствие родительского контроля, напрямую связаны с последующим употреблением наркотических веществ, более ранним началом наркотизации, и развитием полинаркомании [48]. Результаты

проведенных исследований свидетельствуют о том, что сексуальное насилие над детьми является статистически значимым, хотя и неспецифичным фактором риска развития токсикомании [49]. Психические расстройства у родителей связаны с повышенным риском злоупотребления психоактивными веществами, поведенческими аберрациями, и эмоциональной неустойчивостью у детей. Аналогично, злоупотребление наркотиками или алкоголем родителями, является одним из факторов риска развития наркотической зависимости в детском, и подростковом возрасте [50].

Диагностическая оценка двойных расстройств

Оглядываясь более чем на десятилетие назад, можно сделать вывод о том, что незначительная часть пациентов с двойными расстройствами, получала адекватную терапию, и обеспечивалась должными мерами профилактики [51]. На современном этапе требуется переход к функционально-ориентированной структуре терапии, включающей временные и категориальные аспекты. Также необходима комплексная оценка клинических проявлений, по степени дисфункции в крупных нейронных сетях [52]. Данные модели могут помочь в интеграции достижений нейронауки в клиническую практику [53]. Диагностика двойных расстройств должна быть максимально индивидуализированной. Диагностические подходы должны основываться на структурно-динамическом анализе, и тщательно собранном анамнезе [38]. В целях оптимизации диагностического процесса можно использовать «Инструменты скрининга двойных диагнозов» (DDSI) [54], включающие оценку психического статуса, и опросник употребления психоактивных веществ. В клинической практике DDSI демонстрирует высокую чувствительность ($\geq 80\%$), наряду с высокой специфичностью ($> 82\%$), при диагностике продолжительности депрессии, маниакальных состояний, психотических нарушений, панических расстройств, социальную фобии, и специфических (изолированных) фобий. Небольшая продолжительность времени проведения исследования, делает данный инструмент ощутимым подспорьем в повседневной клинической практике [54]. Использование другого диагностического инструмента Global Appraisal of Individual Needs-Short Screener (GAIN-SS),

демонстрирует также высокую чувствительность (88%) и специфичность (89%), при этом субшкалы психических расстройств, оказались менее эффективными, в сравнении с DDSI [54]. По данным некоторых исследований, многие из имеющихся диагностических тестов, демонстрируют низкую эффективность, у пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), и аддиктивной патологией. Это является существенным недостатком, учитывая высокую распространенность данного сочетания, и возможностей терапевтического вмешательства [55].

Интегрированные модели терапевтического вмешательства

Во многих странах мира, можно наблюдать искусственное разделение между службами лечения зависимых расстройств, и лечения других психических заболеваний. Это происходит по различным механизмам: экономическим, политическим, культуральным, социальным, и т. д. [1]. Наша страна в этом смысле не является исключением. Из-за «теоретической несовместимости» в течение многих десятилетий параллельно развивались две различные службы. Как следствие данного процесса-представители каждой из служб, не смогли прийти к верному пониманию всего спектра проблем, связанных с пациентами, страдающими двойными расстройствами. Отношение профессионалов к проблеме двойных диагнозов, является одним из основных барьеров, для правильной интерпретации расстройств, и разработке эффективного лечения [56]. Новая парадигма зависимости, указывающая на то, что ДД является заболеванием головного мозга, подчеркивает необходимость пересмотра модели,нского разделения служб [29]. Для успешной терапии пациентов с ДД, очень важно понимать ограниченность традиционных подходов к оценке и лечению этих расстройств. Эффективность терапевтического вмешательства, напрямую зависит от сотрудничества между представителями служб, а также обмена информацией между ведомствами, и лечебными учреждениями [57]. Игнорирование или неспособность лечить двойные расстройства, может поставить под угрозу шансы пациента на выздоровление. Растущее число научных публикаций свидетельствует о том, что интеграция лечебных подходов в области психического здоровья, и аддиктивной

патологии, в единую согласованную модель, повышает эффективность и действенность терапевтического вмешательства. Кроме этого, стационарная терапия двойных расстройств, демонстрирует более высокую эффективность для пациентов, не отвечающих на амбулаторное вмешательство [2]. В настоящее время назрела необходимость разработки, и интеграции в повседневную клиническую практику, методов терапии с доказанной клинической эффективностью, а не только использование архаичных методик клиренсовой детоксикации, и воздержания от употребления ПАВ, в ограничительных условиях, как рудимента дихотомического подхода [58]. Лечение обоих расстройств должно быть комплексным, и одновременным, без учета «произвольных состояний», таких как периоды трезвости, с целью адекватной оценки терапевтического процесса [59]. Ежегодно растет число исследований посвященных анализу эффективности психофармакотерапии двойных расстройств, даже при продолжающемся употреблении ПАВ (Таблица 1) [59]. При лечении двойных расстройств, нужно учитывать взаимодействие между лекарственными препаратами и различными ПАВ. Помимо безопасности терапевтического процесса, необходимо предотвращать и контролировать возможные случаи злоупотребления лекарственными препаратами пациентами.

Таблица 1

Психодеактивные вещества и возможные ограничения терапии [59]

Психодеактивное вещество	Наиболее частая сопутствующая патология	Существующие ограничения при терапии	Пути решения
Кокаин и другие психостимуляторы	Индукрованные употреблением психозы, шизофрения, тревожные расстройства, депрессия, СДВГ, личностные расстройства	Низкая антипсихотическая эффективность, высокий процент побочных эффектов терапии, низкий комплаенс	Симптоматическая фармакотерапия, когнитивно-поведенческая терапия
Табак	Шизофрения, СДВГ	Онкологическая патология, и сочетанные заболевания	Варениклин, Бупропион, никотинзаместительная терапия
Опиаты	Аффективные расстройства, тройные диагнозы	Основные причины смерти, связанные с употреблением:	Агонисты опиоидов: метадон, бупренорфин;

	(ВИЧ/Гепатит С), пограничное расстройство личности	передозировка, тромбоэмболии, острая ССН, и т. д.	Анtagонисты опиоидов: налтрексон; Адренергические агонисты: клонидин (клофелин). Психосоциальная реабилитация.
Алкоголь	Аффективные расстройства, тревожные расстройства, СДВГ, антисоциальное и пограничное расстройство личности, гемблинг, полинаркомания	Проблемы различной тяжести, связанные с somатическим здоровьем, высокий риск самоубийств	Детоксикация: тиамин, бензодиазепины, тиаприд; Аверсивная терапия: дисульфирам; Антикриэйвинговая терапия/: налмефен, налтрексон, акампросат; Противосудорожные препараты: габапентин, топирамат; Индивидуальная и групповая психотерапия
Каннабис	Острые психотические нарушения, полиморфной структуры; СДВГ; аффективные расстройства; тревожные расстройства; расстройства личности.	Тесная связь с употреблением различных ПАВ, высокий риск формирования аддиктивных расстройств.	Симптоматическая фармакотерапия ведущих психопатологических нарушений; индивидуальная, и групповая психотерапия

Результаты многочисленных исследований демонстрируют, что сочетание психофармакотерапии, с психосоциальной реабилитацией, улучшает результаты терапевтического вмешательства, при двойных расстройствах [59]. Психосоциальная реабилитация, и когнитивно-поведенческая терапия, являются эффективными инструментами, улучшающими функционирование пациентов, и предотвращающими рецидивы [60]. Психосоциальная реабилитация, должна быть максимально индивидуализированной с учетом личностных факторов, и мотивационной составляющей [2]. Методики лечения, улучшающие функционирование префронтальных отделов, являются перспективным направлением, в области профилактики расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Нарушения функционирования в данных областях, являются причиной расстройств эмоциональной регуляции, которые приводят к возникновению

расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ [51]. Большинство существующих клинических подходов, основанных на психофармакологических и психотерапевтических вмешательствах, практически игнорируют возможности немедицинского вмешательства: обеспеченность жильем, трудовая занятость, перспективы социальной поддержки и т. д [24]. Практикующие врачи должны рассматривать разнообразные возможности терапии, и использовать лекарственные средства с различными механизмами действия: со свойствами агонистов и антагонистов рецепторов (налтрексон, налмефен, бупренорфин, и т. д.), парциальных агонистов (варениклин), и т. д., (Таблица 2).

Таблица 2

Фармакологические агенты

Основной механизм действия	Основная цель	Основные представители
Антагонист	Блокируют рецепторы. Антагонисты не позволяют психоактивному веществу, оказывать его основное физиологическое действие.	Налтрексон, Налоксон, Налмефен
Агонист	Частично имитирует действие определенного вещества, связываясь с рецепторами-мишениями	Метадон, Бупренорфин, препараты с амфетаминоподобными эффектами, варениклин.
Влияние на крейвинг	Уменьшает желание употреблять психоактивное вещество	Налтрексон, акампрас(кампрап), налмефен
Аверсивное влияние	Вызывает неприятные физиологические реакции.	Дисульфирам

Заключение

Принятие концепции двойных расстройств в повседневной клинической практике, остается непростой задачей. Несмотря на высокие показатели употребления психоактивных веществ среди психически больных, и рост числа психических расстройств среди наркопотребителей, отмечающийся в последние годы, консенсуса в решении проблемы двойных расстройств, среди профессионального сообщества пока нет. Несмотря на высокую распространенность двойных расстройств, подавляющее большинство существующих протоколов лечения, не оптимизированы для применения у пациентов с двойными расстройствами.

Доказанная клиническая эффективность, в большинстве случаев, актуальна лишь для одного заболевания (чаще психической патологии). Давно назрела необходимость масштабных клинических исследований пациентов с двойными расстройствами. Также необходима качественная подготовка специалистов, оказывающих помощь пациентам с двойными расстройствами. Будет целесообразным рассмотрение возможности, создания специализированных отделений, на базе профильных медицинских учреждений. Для начала терапии пациентов с двойными расстройствами, как правило требуется больше времени, что связано с трудностями диагностики, и подбором адекватной схемы лечения [61]. Несмотря на определенные успехи в области диагностики, и терапии двойных расстройств, многие вопросы на сегодняшний день остаются нерешенными.

Финансирование: исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

References

1. Volkow N.D. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction / N.D. Volkow, G.F. Koob, A.T. McLellan // New England Journal of Medicine. – 2016. – Т. 374. – №4. – С. 363–371.
2. Drake R.E. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders / R.E. Drake, et al. // Psychiatric rehabilitation journal. – 2004. – Т. 27. – №4. – С. 360.
3. Banerjee S. Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis) / S. Banerjee, C. Clancy, I. Crome // An Information Manual- 2002. – London: Royal College of Psychiatrists Research Unit, 2002.
4. Francisco A. Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services / A. Francisco, et al. // Adicciones. – 2013. – Т. 25. – №2.
5. Feinstein A.R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease // Journal of chronic diseases. – 1970. – Т. 23. – №7. – С. 455–468.

6. Szerman N. Dual diagnosis resource needs in Spain: a national survey of professionals / N. Szerman, et al. // Journal of dual diagnosis. – 2014. – Т. 10. – №2. – С. 84–90.
7. Volkow N. Comorbidity: addiction and other mental illnesses // National Institute on Drug Abuse. – 2009.
8. Drake R.E. A call for creativity in dual diagnosis research / R.E. Drake, A.I. Green. – 2015.
9. Stanis J.J. Reducing substance use during adolescence: a translational framework for prevention / J.J. Stanis, S.L. Andersen // Psychopharmacology. – 2014. – Т. 231. – №8. – С. 1437–1453.
10. Simon N. Negative symptoms in schizophrenia and substance-related disorders / N. Simon, et al. // L'Encephale. – 2015. – Т. 41. – №6. – Suppl. 1. – С. 27–31.
11. Wilens T.E. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD / T.E. Wilens, et al. // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2011. – Т. 50. – №6. – С. 543–553.
12. Lev-Ran S. Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC) / S. Lev-Ran, et al. // The American journal on addictions. – 2013. – Т. 22. – №2. – С. 93–98.
13. Wilens T.E. Effect of prior stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents / T.E. Wilens, et al. // Archives of pediatrics & adolescent medicine. – 2008. – Т. 162. – №10. – С. 916–921.
14. Griffin K.W. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents / K.W. Griffin, G.J. Botvin // Child and Adolescent Psychiatric Clinics. – 2010. – Т. 19. – №3. – С. 505–526.
15. Drake R.E. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness / R.E. Drake, et al. // Psychiatric services. – 2001. – Т. 52. – №4. – С. 469–476.

-
16. Lipari R.N. Substance use and mental health estimates from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: overview of findings / R.N. Lipari, S.L. Hedden, A. Hughes // The CBHSQ Report. – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2014.
17. Narrow W.E. Use of services by persons with mental and addictive disorders: Findings from the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program/ W.E. Narrow, et al. // Archives of general psychiatry. – 1993. – T. 50. – №2. – C. 95–107.
18. Kessler R.C. Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A) / R.C. Kessler, et al. // Psychological medicine. – 2012. – T. 42. – №9. – C. 1997–2010.
19. Kessler R.C. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) / R.C. Kessler, et al. // Biological psychiatry. – 2005. – T. 58. – №8. – C. 668–676.
20. Laia M. Epidemiological and diagnostic axis I gender differences in dual diagnosis patients / M. Laia, et al. // Adicciones. – 2011. – T. 23. – №2.
21. Compton W.M. Transitions in illicit drug use status over 3 years: a prospective analysis of a general population sample / W.M. Compton, et al. // American Journal of Psychiatry. – 2013. – T. 170. – №6. – C. 660–670.
22. Volkow N.D. Dopamine in drug abuse and addiction: results of imaging studies and treatment implications / N.D. Volkow, et al. // Archives of neurology. – 2007. – T. 64. – №11. – C. 1575–1579.
23. Mendelsohn C.P. Smoking and mental illness. An update for psychiatrists / C.P. Mendelsohn, D.P. Kirby, D.J. Castle // Australasian Psychiatry. – 2015. – T. 23. – №1. – C. 37–43.
24. Sheals K. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses / K. Sheals, et al. // Addiction. – 2016. – T. 111. – №9. – C. 1536–1553.

25. Murray R.M. Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis / R.M. Murray, et al. // World Psychiatry. – 2016. – Т. 15. – №3. – С. 195–204.
26. Hasin D.S. Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001–2002 and 2012–2013 / D.S. Hasin, et al. // JAMA psychiatry. – 2015. – Т. 72. – №12. – С. 1235–1242.
27. Yuodelis-Flores C. Addiction and suicide: a review / C. Yuodelis-Flores, R.K. Ries // The American journal on addictions. – 2015. – Т. 24. – №2. – С. 98–104.
28. Borges G. Alcohol and drug use in suicidal behaviour / G. Borges, C.R. Loera // Current Opinion in Psychiatry. – 2010. – Т. 23. – №3. – С. 195–204.
29. Borges G. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior / G. Borges, E.E. Walters, R.C. Kessler // American journal of epidemiology. – 2000. – Т. 151. – №8. – С. 781–789.
30. Conner K.R. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders / K.R. Conner, M. Pinquart, S.A. Gamble // Journal of substance abuse treatment. – 2009. – Т. 37. – №2. – С. 127–137.
31. Conner K.R. Substance-induced depression and independent depression in proximal risk for suicidal behavior / K.R. Conner, et al. // Journal of studies on alcohol and drugs. – 2014. – Т. 75. – №4. – С. 567–572.
32. Conner K.R. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration / K.R. Conner, P.R. Duberstein // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2004. – Т. 28. – С. 6–17.
33. Gonzalez V.M. Drinking to cope as a statistical mediator in the relationship between suicidal ideation and alcohol outcomes among underage college drinkers / V.M. Gonzalez, C.M. Bradizza, R.L. Collins // Psychology of Addictive Behaviors. – 2009. – Т. 23. – №3. – С. 443.
34. Szerman N. Rethinking dual disorders/pathology / N. Szerman, et al. // Addictive Disorders & Their Treatment. – 2013. – Т. 12. – №1. – С. 1–10.

35. Verdejo-García A. A somatic marker theory of addiction / A. Verdejo-García, A. Bechara // Neuropharmacology. – 2009. – T. 56. – C. 48–62.
36. García-García I. Reward processing in obesity, substance addiction and non-substance addiction / I. García-García, et al. // Obesity reviews. – 2014. – T. 15. – №11. – C. 853–869.
37. Wilcox C.E. Neural circuitry of impaired emotion regulation in substance use disorders / C.E. Wilcox, J.M. Pommy, B. Adinoff // American Journal of Psychiatry. – 2016. – T. 173. – №4. – C. 344–361.
38. Koob G.F. Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology 35: 217–238 / G.F. Koob, N.D. Volkow. – 2010.
39. Schultz W. Getting formal with dopamine and reward // Neuron. – 2002. – T. 36. – №2. – C. 241–263.
40. Hyatt C.J. Reward-related dorsal striatal activity differences between former and current cocaine dependent individuals during an interactive competitive game / C.J. Hyatt, et al. // PloS one. – 2012. – T. 7. – №5. – C. 34917.
41. Olsen V.V. The somatic marker theory in the context of addiction: contributions to understanding development and maintenance / V.V. Olsen, R.G. Lugo, S. Sütterlin // Psychology research and behavior management. – 2015. – T. 8. – C. 187.
42. Mesias B. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence / B. Mesias, et al. // Actas Esp Psiquiatr. – 2013. – T. 41. – №2. – C. 122–9.
43. Wang Y. Altered fronto-striatal and fronto-cerebellar circuits in heroin-dependent individuals: a resting-state fMRI study / Y. Wang, et al. // PLoS One. – 2013. – T. 8. – №3. – C. 58098.
44. Durrant R. Drug use and addiction: evolutionary perspective / R. Durrant, et al. // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2009. – T. 43. – №11. – C. 1049–1056.

45. Volkow N.D. Brain disease model of addiction: why is it so controversial? / N.D. Volkow, G. Koob // The Lancet Psychiatry. – 2015. – Т. 2. – №8. – С. 677–679.
46. Szerman N. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample / N. Szerman, et al. // Substance use & misuse. – 2012. – Т. 47. – №4. – С. 383–389.
47. Schlossarek S. Psychosocial determinants of cannabis dependence: a systematic review of the literature / S. Schlossarek, et al. // European addiction research. – 2016. – Т. 22. – №3. – С. 131–144.
48. Darke S. The association of childhood physical abuse with the onset and extent of drug use among regular injecting drug users / S. Darke, M. Torok // Addiction. – 2014. – Т. 109. – №4. – С. 610–616.
49. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of substance-related disorders // Journal of addictive diseases. – 2011. – Т. 30. – №3. – С. 216–228.
50. Drake R.E. Psychosocial aspects of substance abuse by clients with severe mental illness / R.E. Drake, et al. // The Journal of nervous and mental disease. – 2002. – Т. 190. – №2. – С. 100–106.
51. Wang P.S. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative / P.S. Wang, et al. // World psychiatry. – 2007. – Т. 6. – №3. – С. 177.
52. Müller-Spahn F. Individualized preventive psychiatry: syndrome and vulnerability diagnostics // European archives of psychiatry and clinical neuroscience. – 2008. – Т. 258. – №5. – С. 92–97.
53. Williams L.M. Defining biotypes for depression and anxiety based on large-scale circuit dysfunction: a theoretical review of the evidence and future directions for clinical translation // Depression and anxiety. – 2017. – Т. 34. – №1. – С. 9–24.
54. McDonell M.G. Global appraisal of individual needs short screener (GSS): Psychometric properties and performance as a screening measure in adolescents / M.G. McDonell, et al. // The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. – 2009. – Т. 35. – №3. – С. 157–160.

55. Martinez-Raga J. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition / J. Martinez-Raga, et al. // International journal of adolescent medicine and health. – 2013. – Т. 25. – №3. – С. 231–243.
56. Roberts B.M. Dual diagnosis discourse in Victoria Australia: the responsiveness of mental health services / B.M. Roberts, D. Maybery // Journal of dual diagnosis. – 2014. – Т. 10. – №3. – С. 139–144.
57. Balhara Y.P.S. State of training, clinical services, and research on dual disorders across France, India, Israel, and Spain / Y.P.S. Balhara, et al // Journal of dual diagnosis. – 2016. – Т. 12. – №3–4. – С. 252–260.
58. Kiluk B.D. Measures of outcome for stimulant trials: ACTTION recommendations and research agenda / B.D. Kiluk, et al. // Drug and alcohol dependence. – 2016. – Т. 158. – С. 1–7.
59. Hammond C.J. The role of pharmacotherapy in the treatment of adolescent substance use disorders // Child and Adolescent Psychiatric Clinics. – 2016. – Т. 25. – №4. – С. 685–711.
60. Gates P.J. Psychosocial interventions for cannabis use disorder / P.J. Gates, et al. // The Cochrane Library. – 2016.
61. Chander G. HAART receipt and viral suppression among HIV-infected patients with co-occurring mental illness and illicit drug use / G. Chander, et al. // AIDS care. – 2009. – Т. 21. – №5. – С. 655–663.

Анцыборов Андрей Викторович – психиатр, психиатр-нарколог Медицинского центра «Альфа Центр Здоровья», Россия, Ростов-на-Дону.

Antsyborov Andrey Viktorovich – psychiatrist, psychiatrist-narcologist at the Medical center «Alpha Health», Russia, Rostov-on-Don.

Дубатова Ирина Владимировна – канд. мед. наук, доцент ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, Ростов-на-Дону.

Dubatova Irina Vladimirovna – candidate of medical sciences, associate professor at the Rostov state medical university of the Ministry of health of the Russian Federation, Russia, Rostov-on-Don.
