

Хмара Н.В.<sup>1</sup>, Шилова О.В.<sup>1</sup>, Иванчикова Н.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь;

<sup>2</sup> Гомельская областная клиническая психиатрическая больница, Гомель, Беларусь

Chmara N.V.<sup>1</sup>, Shilova O.V.<sup>1</sup>, Ivanchikova N.P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gomel State Medical University, Gomel, Belarus;

<sup>2</sup> Gomel Regional Clinical Psychiatric Hospital, Gomel, Belarus

## Обсессивно-компульсивное расстройство и шизофрения, описание случая и обзор литературы

Obsessive-compulsive disorder and schizophrenia, a case report and literature review

---

### Резюме

В статье приводится разбор клинического случая и обзор литературы при коморбидном сочетании шизофрении и обсессивно-компульсивного расстройства или обсессивно-компульсивных симптомов, обсуждаются сложности диагностики и лечения.

**Ключевые слова:** шизофрения, обсессивно-компульсивное расстройство, обсессивно-компульсивные симптомы, коморбид, лечение.

---

### Resume

In this paper we present analysis of a medical case and review of the literature on the comorbid combination of schizophrenia and obsessive-compulsive disorder or obsessive-compulsive symptoms, the difficulties of diagnostics and treatment are discussed.

**Keywords:** schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive symptoms, comorbid, treatment.

---

Сочетание обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) и шизофрении в последнее время активно обсуждается в научной литературе. Рассматривая клинический случай 29-летней пациентки, мы показываем, что на практике данное сочетание иногда трудно диагностируемо, симптомы расстройства могут быть лучше выявлены с помощью функциональной оценки, а не на основе описательной психопатологии. Недоучет коморбидного взаимодействия может вызывать трудности в ведении, определении тактики лечения и сохранении комплаенса.

### **Краткое описание**

Пациентка Л., 29-летняя женщина, была направлена в Гомельскую областную психиатрическую больницу в связи с усилением навязчивостей, появлением страхов, ощущения слезки и угрозы, нарушением сна и поведения.

Л. родилась в срок, роды были нормальные; со слов матери, не отставала в двигательном, речевом и социально-коммуникативном развитии. Росла в неполной семье, имеет сестру. Из семейного анамнеза известно, что отец больной, страдает ОКР, в воспитании больной не участвовал, проживал в другом городе.

Во время обучения в начальной и средней школе Л. легко обзаводилась друзьями и занималась спортом, всегда пребывала в хорошем настроении. Школу закончила с медальным аттестатом. Имеет высшее образование, второй брак, трое детей, в настоящее время находится в декретном отпуске. Соматически здорова.

С 8 лет появились навязчивые мысли преимущественно неприятного и устрашающего содержания; постоянно преследовали образы гибели родственников или себя в автомобильных катастрофах, где больная часто была причиной гибели, мысли о повреждении ножом или другими колющими предметами, по этому поводу наблюдалась у детского психотерапевта, периодически проходила лечение антидепрессантами. Несмотря на лечение, навязчивости приобрели хронический характер и усиливались на фоне стрессовых ситуаций. В подростковом возрасте несколько раз резала себе запястье и замечала облегчение после этого действия.

В более взрослом возрасте у пациентки сформировалось избегающее поведение: больная не смотрела фильмов с насилием, прятала от себя ножи и все колющие и режущие предметы, вела гиперактивный образ жизни для избегания столкновения со своими переживаниями. Много читала о своем заболевании, характер своих переживаний с врачами обсуждать избегала («меня будут считать сумасшедшей»), поэтому говорила только о существовании навязчивостей. С появлением детей у больной стали появляться образы причинения вреда детям, но, со слов матери, агрессии к детям не проявляла никогда, с уходом за ними справлялась хорошо. Обращалась за помощью к психотерапевтам, принимала курсы флювоксамин в сочетании с транквилизаторами. Во время обострений выявляла снижение работоспособности, плохой сон, однако социальное функционирование пациентки существенно не снижалось.

Состояние изменилось около полутора лет назад, после третьих родов, когда вместе с усилением навязчивых мыслей и действий появилась неорганизованность, неупорядоченное поведение, раздражительность, быстрая утомляемость и подозрительность. Пациентка обращалась за помощью к психотерапевтам, продолжала прием флювоксамина, хотя стала считать, что он не помогает. Состояние улучшилось через несколько месяцев, однако в последующем Л. отмечала снижение общего функционирования, социального поведения и способности к планированию: большую часть работы по дому и уходу за детьми взяла на себя мать и муж больной. Состояние сильно изменилось за полтора месяца до госпитализации, когда на пациентку напал пьяный мужчина с ножом,

сильно испугав ее, хотя физических повреждений не причинил. С этого момента стала замечать, что за ней и ее детьми следят, появились страхи, считала, что окружающие к ней плохо относятся, перестала спать, навязчивости стали чрезвычайно яркими и эмоционально окрашенными, нарушилось понимание между реальностью и obsессиями.

Обследование при поступлении: женщина ярко накрашена, возбуждена, гиперактивна, легко аффектируется, смеется, с трудом успокаивается. Старается описать свои переживания, однако сложно проследить за ходом ее мысли, так как соскальзывает на другие темы. Сообщила, что навязчивости последнее время чрезвычайно яркие и пугающие, показало, что расчленила своего ребенка, поэтому спрятала от себя все колющие и режущие предметы. Считала, что соседи к ней плохо относятся, а телефон прослушивается, за больной и ее детьми следят: «Ведь у меня чернокожий ребенок, его можно забрать на органы». При обследовании обманы восприятия не выявляла. Интеллект и память сохранены. По шкале PANSS: продуктивная симптоматика – 25 баллов, негативная симптоматика – 16, композитный индекс – 6, по общей психопатологической шкале – 44, риск возможной агрессии – 15.

В отделении долгое время фон настроения был неустойчив: то смеялась, то становилась тревожной, то агрессивной (несколько раз нападала на больных), при этом в своей агрессии обвиняла других. С соседями по палате часто конфликтовала, вела себя высокомерно, не могла усвоить правила поведения в отделении, не принимала отказа, обижалась на персонал, не держала дистанцию, считала, что к ней плохо относятся, была манерна, во время скандалов падала на пол, была настроена «писать жалобы во все инстанции». Время проводила праздно, но постоянно жаловалась на скуку, в трудовую деятельность не вовлекалась, в лечебно-производственные мастерские на реабилитацию ходить отказалась. Периодически монотонно подпрыгивала на одном месте в течение нескольких часов, объясняя это желанием «утомить себя». Плохо спала по ночам. Критика к поведению отсутствовала.

Соматический и неврологический статус без особенностей.

Обследование психолога: при проведении психологического обследования охотно вступает в контакт, выполняет предложенные методики, интересуется результатами исследования. В беседе периодически становится раздражительной, развязной. Жалоб не предъявляет. Себя считает коммуникабельной, сговорчивой и интеллигентной: «Я и с первым мужем развелась, так как он был грубым, не соответствовал нравственным нормам». Темп работы неравномерно ускорен, периодически проявляла признаки исполнительной дисфункции, которые проявлялись в расторможенности поведения во время тестирования: например, Л. рассказывала неприличные анекдоты, не осознавая того, что это неуместно, отвлекалась от задания.

Целью психологического тестирования явилось определение особенностей мышления и выраженности навязчивых переживаний. Для этого были использованы следующие шкалы и методики:

- для исследования мыслительных процессов: «классификация», «сравнение понятий», метод пиктограмм;
- для уточнения степени выраженности навязчивых переживаний шкала Йеле-Брауна (Y-BOCS).

Мышление. Выявлены нарушения операционной стороны мышления в виде искажения процесса обобщения (ручка и сапоги были объединены в одну группу, так как они оставляют следы). При проведении методики пиктограмм образы часто носили отвлеченный и символический характер (на «развитие» нарисовала круг – объяснила, что все должно быть совершенно, как круг, на «дружбу» нарисовала собаку, рисунок объяснила: «собака – друг человека»). По шкале Йеле-Брауна (Y-BOCS) – повышенная тенденция к повторяющимся настойчивым навязчивым мыслям, которые вызывают тревогу, страх и поведение избегания (интегральный показатель – 25, что соответствует тяжелой степени нарушения).

Таким образом, для клинической картины Л. было характерно прогрессирующее развитие параноидных идей преследования и отношения, которые скрадывались долго существовавшими навязчивыми переживаниями (неприятного и неприемлемого содержания), враждебность, снижение общей продуктивности и дезорганизованности на фоне отсутствия галлюцинаций, что соответствует диагнозам недифференцированной форме шизофрении и обсессивно-компульсивному расстройству в соответствии с критериями МКБ-10.

Пациентка проходила лечение в течение 5 недель, ей был назначен кветиапин и препарат вальпроевой кислоты, на фоне которых Л. сообщила о субъективном улучшении ясности мышления. Персонал отмечал, что больная стала менее импульсивной, более спокойной и упорядоченной в поведении. Перед выпиской по шкале PANSS были получены следующие результаты: продуктивная симптоматика – 12 баллов, негативная симптоматика – 14, композитный индекс – 2, по общей психопатологической шкале – 30, риск возможной агрессии – 5. Шкала Йеле-Брауна (Y-BOCS) – 14, что соответствовало легкой степени тяжести.

Была выписана домой под наблюдение ПНД, однако через 2 недели обратилась для лечения в дневной стационар в связи с усилением навязчивостей агрессивного содержания. Во время осмотра бредовых идей активно не высказывала, присутствовал сниженный фон настроения и трудности планирования своего поведения, имела негативную настроенность на прием антипсихотика. По шкале Йеле-Брауна (Y-BOCS) интегральный показатель – 24. По шкале PANSS продуктивная симптоматика – 14 баллов, негативная симптоматика – 14, композитный индекс – 0, по общей психопатологической шкале – 34, риск возможной агрессии – 5. В лечении было рекомендовано оставить кветиапин в прежней дозе и сменить препарат вальпроевой кислоты на флювоксамин.

## ■ ОБСУЖДЕНИЕ

Случай Л. иллюстрирует пример, когда на фоне тяжелого течения ОКР с контрастными навязчивостями присоединились симптомы шизофрении. Отсутствие острого начала, постепенное ухудшение привело к полугодовой отсрочке в выставлении второго диагноза и как следствие не совсем верному ведению больной и снижению compliance.

Современные классификации болезней МКБ-10 и DSM-4 выделяют обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) как самостоятельную рубрику. Международные эпидемиологические исследования пока-

зывают: распространенность ОКР составляет от 1,9 до 3,3% населения (Torres A.R., Lima M.C., 2005, Fontenelle L.F., 2006) и поражает преимущественно людей молодого возраста (Rasmussen S.A., Eisen J.L., 1991). Обсессивно-компульсивное расстройство у женщин встречается, по видимому, несколько чаще, чем у мужчин, хотя и незначительно (соотношение женщин и мужчин 1,5 : 1) [1]. Одной из разновидностей obsessions являются контрастные навязчивости. Этим термином называют навязчивые представления, содержание которых противоречит ситуации, мировоззрению, этическим установкам больного [4].

Ранние исследователи этой проблемы считали, что сочетание обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) либо обсессивно-компульсивных симптомов (ОКС) с шизофренией встречается у 1–3,5% населения, способствует развитию доброкачественного течения и препятствует развитию «деменции прекокс», а также может способствовать становлению ремиссии [2]. Эти исследования оценивали ретроспективно ОКР с помощью медицинской документации пациента и не использовали стандартные критерии для описания этих симптомов. Появление диагностических критериев, структурированного интервью и статистических методов позволило выявить большую коморбидность между ОКР и ОКС с шизофренией. Метаанализ более 36 исследований показал, что такая коморбидность встречается приблизительно у 23% пациентов с ОКР и 25% – с ОКС [5]. В последнее время в нейробиологии встречается даже термин «шизообсессивный подтип» (schizo-obsessive subtype), при этом предполагается, что эти состояния могут иметь сходные механизмы возникновения [6]. Исследования подобного типа показывают, что будущие исследования должны различать несколько вариантов одновременного существования симптомов шизофрении и ОКС. Во-первых, ОКС могут возникать только в контексте психоза и перекрываются психотическими симптомами. Второй вариант – ОКС возникают только в продромальный период шизофрении. Третий – ОКС или ОКР возникают как проявление нейролептических осложнений терапии. Четвертый – это истинная коморбидность между ОКС или ОКР с шизофренией [6]. Правильное понимание роли и места ОКС в клинической картине будет способствовать более корректному ведению и оценке прогноза расстройства.

Существуют свидетельства, что обсессивно-компульсивные расстройства в детстве могут явиться продромом возникновения шизофрении во взрослом возрасте [6, 8, 10, 11, 12]. Клиническое разделение между obsessions и бредовыми симптомами на практике может оказаться сложной задачей, особенно если они носят неприятный и социально неприемлемый характер. Традиционно считается, что obsessions не имеют видимой связи с содержанием мышления и не отражаются на логических его построениях, но являются для него чуждыми. В зарубежной литературе это описано как «хороший инсайт». Соответственно, потеря критики – «плохой инсайт» свидетельствует о переходе obsessions в бредовые переживания. Данный постулат не всегда можно увидеть во время интервью, так как критика может частично присутствовать в начальной стадии формирования бредовой конструкции [5, 3]. Исследования также показали (Matsunaga H., Kiriike N., Matsui T. et al. 2002), что 10–39% пациентов с ОКР плохо распознают свои obsessions и compulsions [13]. Учитывая сложности в диагностике обсессивных мыс-

Метаанализ 23 исследований и 18 статей показал, что у ряда пациентов сочетание обсессивно-компульсивного расстройства и обсессивно-компульсивных симптомов с шизофренией приводит к более раннему началу, к частым госпитализациям и выраженной социально-бытовой дезадаптации (такие пациенты реже образуют семьи и имеют постоянную работу) [5, 7, 8, 9].

лей и бредовых идей было проведено ряд исследований у пациентов с недавно дебютировавшей шизофренией и сопутствующими ОКР/ОКС, в которых использовали шкалу Йеле-Брауна (Y-BOCS). Средний балл ОКС по шкале Йеле-Брауна у пациентов с шизофренией колебался от 15 до 28, что соответствует диапазону умеренной и сильной степени выраженности [5]. Во всех исследованиях шкала показала хорошую надежность и корреляцию, однако в отношении депрессивных и негативных симптомов выводы оказались противоречивыми [14, 15, 16].

Многие авторы обращают внимание на то, что у больных шизофренией на фоне редуцирования психотической симптоматики происходит появление или эскалация симптомов ОКР. Ряд исследователей высказали предположение, что атипичные антипсихотики могут явиться причиной этих симптомов [16, 17, 18]. Особенно много сообщений по поводу клозапина. В то же время ни один автор не утверждает однозначно, что именно эти нейролептики явились причиной симптомов ОКР. Существует также описание ряда клинических случаев, что дополнение лечения ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) приводило к снижению актуальности симптомов ОКР без смены антипсихотика [19, 20].

## ■ ВЫВОДЫ

Тяжелое течение ОКР может скрадывать начало другого заболевания, в данном случае – шизофрении. В таких ситуациях возникают сложности в интерпретации ОКС: затяжной ли это преморбид или начало течения шизофрении, которая дебютировала симптомами обсессий? В данном случае, несмотря на раннее начало обсессий, пациентка успешно справлялась со сложностями взросления, развила и сохраняла социальную адаптацию, поддерживала эмоционально значимые связи. Появление новых симптомов, связанных с когнитивными, эмоциональными и волевыми нарушениями, привело к дезорганизации поведения, что и позволяет установить второй самостоятельный диагноз, в данном случае – «Шизофрения». Выделение двух диагнозов необходимо для правильной оценки психического состояния и тактики ведения больного. Учитывая, что литературные данные о лечении больных такого плана противоречивы, ведение таких больных требует индивидуального подхода с учетом патогенеза и клинических жалоб пациента. Предпочтение нужно отдавать сочетанию антипсихотика и антидепрессанта, селективного ингибитора обратного захвата серотонина.

---

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Гомозова, А.К. Обсессивно-компульсивное расстройство: комплексное психопатологическое и психометрическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.К. Гомозова. – М., 2010. – 22 с.
2. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: пер. с англ. / Г.И. Каплан Б. Дж. Сэдок. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1. – 672 с.



3. Липгарт, Н.К. Навязчивые состояния при неврозах / Н.К. Липгарт. – Киев: Здоров'я, 1978. – 78 с.
4. Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3-х томах. Около 60 000 терминов / Гл. ред. Б.В. Петровский. – М.: Советская энциклопедия. – Т. 2. Кабана болезнь – Пяточный бугор. 1983, 448 с.
5. Comorbidities and Schizophrenia / Peter F. Buckley [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2009. – Vol. 35(2). – P. 383–402.
6. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? / A. Bottas [et al.] // *Journal of Psychiatry & Neuroscience* – 2005. – Vol. 30(3). – P. 187–193.
7. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. / I. Berman [et al.] // *Comprehensive Psychiatry* – 1995. – Vol. 36 (1). – P. 6–10.
8. Obsessive Compulsive Symptoms in the Psychosis Prodrome: Correlates of Clinical and Functional Outcome. / A. Tara Niendam [et al.] // *Schizophrenia Research* – 2009. – Vol. 108, № 1–3. – P. 170–175
9. Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis / R. Cunill [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2009. – Vol. 70(1). P. 70–82.
10. On schizophrenic cases which present neurosis-like early childhood – in relation to the prodromal signs and childhood schizophrenia [Electronic resource] / Sakaguchi M. – Article in Japanese., 1991. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1866433>. – Date of access: 5.05.2013.
11. Clinical features of childhood-onset schizophrenia with obsessive-compulsive symptoms during the prodromal phase [Electronic resource] / J. Iida [et al.] – Department of Psychiatry, Nara Medical University, Japan., 1995. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179938> Date of access: 5.05.2013.
12. Comparison of clinical characteristics, co-morbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder. / M. Poyurovsky [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2008. Vol. 159 № 1–2 P. 133–139
13. Obsessive-compulsive disorder with poor insight / H. Matsunaga [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2002. – Vol.43. – P.150–157
14. Factor structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) in a large sample of patients with schizophrenia or related disorders and comorbid obsessive-compulsive symptoms / L. Boyette, M. Swets [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2011. – Vol. 186. – P. 409–413
15. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability / W. Goodman [et al.] // *JAMA Psychiatry* – 1989. – Vol. 46(11). – P. 1006–1011.
16. The Paradox of Quetiapine in Obsessive-Compulsive Disorder / C. Tranulis [et al.] // *CNS Spectrums* – 2005. – Vol. 10(5). – P. 356–361
17. Clozapine-Induced Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: A Critical Review / F. Schirmbeck [et al.] // *Current Neuropharmacology* – 2012. – Vol. 10(1) – P. 88–95
18. Obsessive-compulsive symptoms in clozapine-treated schizophrenic patients / A. Ertugrul [et al.] // *Psychiatry and Clinical Neurosciences* – 2005. – Vol. 59(2). – P. 219–22.
19. Management of schizophrenia with obsessive-compulsive features / M.Y. Hwang [et al.] // *Psychiatric Clinics of North America* – 2009. – Vol. 32(4). P. 835–851.
20. Olanzapine induced de-novo obsessive compulsive disorder in a patient with schizophrenia / G. Kulkarni [et al.] // *Indian Journal of Pharmacology* – 2012. Vol. 44(5). – P. 649–650

---

Поступила в редакцию 18.06.2013 г.  
Контакты: [grintuch@rambler.ru](mailto:grintuch@rambler.ru)