

ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ШИЗОФРЕНИИ

В.В.Глущенко, К.П.Нумерицкая

THE ISSUE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AND SCHIZOPHRENIA

V.V.Glushchenko, K.P.Numerickaya

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, vitaglu@mail.ru

Проанализированы данные медицинских карт пациентов, обратившихся за консультацией к психотерапевту в Новгородский клинический специализированный центр психиатрии. Установлено, что в клинической практике дифференцировать шизофрению и обсессивно-компульсивное расстройство в некоторых случаях затруднительно, так как у пациента могут наблюдаться как эго-синтонные, так и эго-дистонические мысли. Клинические симптомы обсессивно-компульсивного расстройства дифференцировались с признаками шизофрении с учетом общих генетических локусов при аффективном расстройстве и шизофрении. Обсуждены патогенетические и патофизиологические механизмы формирования обсессивно-компульсивной симптоматики. Проанализированы различные терапевтические стратегии, при которых учитывается подход с редуцированием эмоции за счет обстоятельств, их вызывающих, или за счет прямого влияния на эмоции. В первом случае используются психотерапевтические мероприятия, а во втором — фармакотерапия, что и послужило основной гипотезой в формировании комплексного метода реабилитации на основе рациональной фармакотерапии, действующей на значимую эмоцию.

Ключевые слова: синдром обсессивно-компульсивного расстройства, шизофрения, коморбидность, обсессивно-компульсивная шизофрения, шизообсессивное расстройство

Для цитирования: Глущенко В.В., Нумерицкая К.П. Проблема дифференциальной диагностики обсессивно-компульсивного расстройства и шизофрении // Вестник НовГУ. Сер.: Медицинские науки. 2021. №1(122). С.20-23. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1\(122\).20-23](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1(122).20-23).

The data of medical records of patients who applied for a consultation at the Novgorod clinical specialized center of psychotherapy were analyzed. It is found that in clinical practice, it is difficult to differentiate schizophrenia and obsessive-compulsive disorder in some cases, since the patient may have both ego-syntonic and ego-dystonic thoughts. Clinical symptoms of obsessive-compulsive disorder may be the first signs of schizophrenia, the diagnosis of which becomes clearer over time. Clinical symptoms of obsessive-compulsive disorder were differentiated from those of schizophrenia, taking into account the common genetic loci in affective disorder and schizophrenia. The pathogenetic and pathophysiological mechanisms of the formation of obsessive-compulsive symptoms are discussed. Various therapeutic strategies are analyzed, which take into account the approach with the reduction of emotions due to the circumstances that cause them, or due to the direct influence on emotions. In the first case, psychotherapeutic measures are used, and in the second, pharmacotherapy, which served as the main hypothesis in the formation of a comprehensive method of rehabilitation based on rational pharmacotherapy, acting on a significant emotion.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, comorbidity, obsessive-compulsive schizophrenia, schizo-obsessive disorder

For citation: Glushchenko V.V., Numerickaya K.P. The issue of differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder and schizophrenia // Vestnik NovSU. Issue: Medical Sciences. 2021. №1(122). P.20-23. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1\(122\).20-23](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1(122).20-23).

Обсессивно-компульсивное расстройство, представляющее собой истощающее психическое расстройство, еще до недавнего времени считалось очень редким психическим заболеванием, но последние проведенные эпидемиологические исследования показали, что оно находится на четвертом месте (1,9-3,3% населения) по распространенности в мире среди психических расстройств, уступая по частоте лишь психическим расстройствам, возникающим вследствие злоупотребления психоактивными веществами, а также специфическим фобиям и депрессиям [1].

Основными клиническим проявлениями обсессивно-компульсивных расстройств являются обсе-

ссии, представляющие собой повторяющиеся мысли, сомнения, воспоминания, импульсы или образы, воспринимающиеся как неприемлемые и вызывающие выраженную тревогу, и компульсии, включающие в себя поведение и умственные действия, направленные на предотвращение угрозы, связанной с одержимостью [2].

На основании синдромологического подхода в МКБ-10 обсессивно-компульсивные расстройства (F 42) шифруется в разделе «невротические, связанные со стрессом, расстройства». Однако доказано, что обсессии и компульсии могут возникать на фоне разнообразных психопатологических нарушений в виде

эмоциональных, когнитивных и личностных расстройств. Одним из наиболее часто сопровождающихся обсессиями и компульсиями (25% случаев) психическим заболеванием является шизофрения. В зарубежной литературе шизофрению и синдром обсессивно-компульсивного расстройства рассматривают с позиции коморбидности и выделяют несколько типов сосуществования данных психических заболеваний [3]:

1. Обсессии и компульсии предшествуют манифестному шизоаффективному приступу («обсессивно-компульсивная шизофрения»).

2. Навязчивости развиваются в продромальном периоде или в любое время течения шизофренического процесса («шизообсессивное расстройство»):

а) симптомы обсессивно-компульсивного расстройства и шизофрении не перекрываются,

б) симптомы обсессивно-компульсивного расстройства перекрываются с позитивными симптомами шизофрении.

3. Индуцированное нейролептиками приходящее обсессивно-компульсивное расстройство.

Обсессивно-компульсивное расстройство и шизофрения характеризуются следующими общими чертами: оба психических заболевания являются хроническими и связаны с нарушениями в структуре и функционировании головного мозга; способствуют появлению трудностей в сфере трудовой занятости, межличностных отношений, эмоционального и психического благополучия [4].

Одним из наиболее сложных этапов диагностики в психиатрии является понимание того, что испытывает человек — бред или одержимость. Для шизофрении характерно наличие у человека эгосинтонных заблуждений, при наличии которых человек чувствует себя комфортно, принимает свои убеждения и не видит необходимости подвергать сомнению наличие такой веры или ее содержание. Напротив, при обсессивно-компульсивном расстройстве навязчивые идеи несовместимы с потребностями человека и его образом самого себя (эго-дистонические заблуждения). Люди с обсессивно-компульсивным расстройством обычно сомневаются в том, что содержание их одержимости истинно, и они обычно задаются вопросом, почему у них есть навязчивая мысль и ее присутствие заставляет их чувствовать себя неудобно. Из-за повышенной вероятности коморбидности шизофрении и обсессивно-компульсивного расстройства, а также сложной взаимосвязи между навязчивыми и бредовыми состояниями, предложена диагностическая категория «шизообсессивное расстройство», характеризующаяся тем, что пациент имеет симптомы обоих расстройств [4].

Цель исследования — выявление вариантов обсессивно-компульсивных расстройств с нозологической дифференцировкой.

Проанализированы данные медицинских карт пациентов, обратившихся к психотерапевту за консультацией в Новгородский клинический специализированный центр психиатрии (НКСЦП).

Пациент 14 лет. Обратился к психотерапевту впервые с жалобами на ритуал мыть руки, брезгли-

вость. Стереотипные поступки возникли на фоне проводимого ремонта в квартире в течение четырех месяцев. Действия не завершаются чувством удовлетворения. Их смысл заключается в предотвращении загрязнения, приводящего к тяжелому заболеванию. Обсессивные мысли в стереотипной форме тягостны, воспринимаются как бессмысленные, а попытки сопротивления им безуспешны. Пациент воспринимает их как собственные мысли, но возникающие непроизвольно и невыносимые по характеру. Тягостные ощущения возникают на фоне внутреннего психического напряжения без очевидного вегетативного возбуждения, неприятно повторяющиеся с сильным желанием сопротивляться им. Прогрессируют нарушения сна с трудностями засыпания и ранними пробуждениями. Учится на «хорошо» и «отлично». При осмотре отмечаются выраженные признаки астенического синдрома с физической и психической истощаемостью на фоне эмоциональной уплощенности, гипомимии с отсутствием модуляций и интонаций в голосе. Внимание внутренненаправленное. Отмечает анамнестически эпизоды деперсонализации, псевдогаллюцинации. Мышление дезорганизовано. Поведение контролирует частично. Предварительный диагноз: F42.2 Смешанное обсессивно-компульсивное расстройство, требует дальнейшего наблюдения и дифференциальной диагностики.

Пациентка 20 лет. Направлена психотерапевтом амбулаторного приема в отделение неврозов НКСЦП с жалобами на проблемы с работой в виде трудностей сосредоточения на рабочих вопросах из-за страха возможности совершить «что-нибудь», навязчивая медлительность с очень медленным выполнением повседневных дел. Отмечает плохой контакт с коллегами по работе и родственниками; друг нет. Тенденция к социальной отгороженности со снижением инициативы, активности, психической продуктивности. Навязчивые размышления без внутреннего сопротивления о «перерождении имеющихся на коже невусов в меланому» на фоне эмоциональной нивелировки. Обсессивно-фобические симптомы возникают без внешней провокации, отмечаются в течение нескольких лет с колебаниями в интенсивности, затрудняется точно определить начало расстройства. Наследственность отягощена психическим заболеванием по линии отца. При осмотре преобладают признаки астенического синдрома с психической истощаемостью. Внимание пассивное малоинтенсивное, быстро истощаемо, внутренненаправленное. Эмоционально снижена, скована, лицо гипомимично, формальна в беседе. Выглядит эмоционально холодной и отрешенной. Мышление дезорганизовано, аморфное, метафоричное, обстоятельное, гипердетализированное и стереотипное. Поведение контролирует частично, ориентация в пространстве и во времени сохранена. Психопатоподобные симптомы с чертами инертности, однообразия, штампованности. Снижена критическая оценка своего состояния. Предварительный диагноз: F21 Шизотипическое расстройство.

В клинической практике дифференцировать шизофрению и обсессивно-компульсивное расстройство в некоторых случаях затруднительно, так как у

пациента могут наблюдаться как эго-синтонные, так и эго-дистонические мысли. Клинические симптомы обсессивно-компульсивного расстройства могут быть первыми признаками шизофрении, диагноз которой становится более ясным с течением времени. Основные механизмы развития этого состояния до сих пор спорны. Так, известно, что аминокислотная замена у мышей линии Q31L приводит к формированию обсессивно-компульсивного поведения. При этом Q31L — это лабораторные мыши, у которых смоделировано депрессивноподобное состояние, а L100P — общепризнанная генетическая модель шизофрении. Однако следует отметить, что мутации в гене DISC1 ассоциируются с развитием у людей клинической депрессии, биполярного расстройства, а также шизофрении, одним из аспектов которой является обсессивно-компульсивное поведение. Известно, что за регуляцию поведения, связанного с эмоциональными процессами, отвечает серотонинергическая система и обнаружено, что у мышей линии Q31L уровень серотонина в прилежащем ядре мозга существенно ниже, чем у мышей дикого типа, т.е. без точечных мутаций в гене. Различные по локализации поражения этой области у животных моделируют многие психопатологические симптомы и синдромы, в результате чего было сформулировано представление о «септогиппокампальном синдроме», предположительно лежащем в основе патологической импульсивности, психопатии, истерии [4].

Международный «Консорциум психиатрической геномики» (Psychiatric Genomics Consortium) идентифицировал общие локусы при аффективном расстройстве и шизофрении. Они расположены на коротком плече 3-й хромосомы (3p21) и на длинном плече 10 хромосомы (10q24). Кроме того, были выявлены однонуклеотидные замены (SNPs) в двух генах (CACNA1C и CACNB2), которые кодируют белки, входящие в состав каналов, регулирующих транспорт кальция в клетки головного мозга [5]. Поэтому в патогенезе аффективного расстройства обозначают генетически общие механизмы в развитии тревоги и депрессии, взаимосвязанные с угнетением серотонинергических и усилением норадренергических трансмиссий. Межсистемное взаимодействие и нейротрансмиссия обеспечиваются пре- и постсинаптическими рецепторами, медиаторами и нейропептидами (нейротрансмиссерами, аутокоидами), элементами системы обратного захвата и утилизации медиаторов, ионными каналами, протеинами, вторичными и третичными посредниками и др. Представление о мультитрансмиссерных образованиях предполагает конвергенцию на одном нейроне терминали других нейронов, высвобождающих различные медиаторы, и взаимодействие нейромедиаторов как на синаптическом уровне, так и на уровне целых нейронных популяций. Подчеркивается важность оптимального взаимодействия всех нейромедиаторных систем для нормального функционирования центральной нервной системы, которое базируется на реципрокности взаимодействия нейромедиаторов и закономерности, что вещества, активирующие синаптическую передачу и повышающие возбудимость нейронных костелляций

в определенных структурах мозга, способствуют более длительному удержанию внимания. Так, выявлено, что нарушение обмена дофамина сопровождается нарушением плавности и содержательности мышления; норадреналина — нарушениями внимания, трудностями концентрации. Недостаток двух моноаминов (норадреналина и серотонина) связывают с явлениями гиперстезии, а механизм действия антидепрессантов предусматривает восполнение дефицита трех, двух или одного из моноаминов. Классическими антидепрессантами «тройного» действия являются все трициклические антидепрессанты, например амитриптилин. Наиболее многочисленную группу препаратов «одинарного» действия представляют собой селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — сетралин, флувоксамин, флуоксетин, которые увеличивают концентрацию серотонина в межсинаптической щели. Серотонину отводят роль нейромедиатора и нейромодулятора, при этом отмечают, что среди препаратов, вмешивающихся в интрасинаптический обмен серотонина, ведущее место принадлежит СИОЗС. К преимуществам использования антидепрессантов при коморбидных расстройствах относят их гетерогенность с равным эффектом при разной фармакотерапии [6].

Многофакторный подход к патогенезу психических расстройств предполагает, что на фоне генетической предрасположенности спонтанно или вследствие воздействия экзогенных, в том числе соматогенных, факторов формируются нарушения иммунного статуса с выработкой антител к тканям мозга, что обуславливает нарушение обмена нейромедиаторов. При этом клинический подход учитывает, что дисфункциональная мотивация и дисфункциональное поведение вызывают негативные поведенческие последствия с возникновением негативных эмоций или отсутствие позитивных последствий с отсутствием позитивных эмоций. Роль поведения и его последствий при возникновении эмоциональных расстройств актуальна не только в теории депрессии, основанной на отсутствии подкрепления, т.е. позитивных жизненных событий. Так, недостаток подкрепления, рассматриваемый как следствие поведенческих дефицитов, предполагает комплекс психотерапевтических мероприятий, направленных, прежде всего, на предотвращение десоциализации, в том числе нарушения поведения. Поведенческая терапия использует десенсибилизацию, воздействие фобических импульсов, авersiveное обусловливание. Целенаправленно проводимые меры по редукции эмоций характеризуют как «совладение с эмоциями» (копинг). Эмоции можно редуцировать за счет обстоятельств, их вызывающих (форма совладания, ориентированная на проблему), или за счет прямого влияния на эмоции (совладение, ориентированное на эмоции). В первом случае используются психотерапевтические мероприятия, а во втором фармакотерапия, что и послужило основной гипотезой в формировании комплексного метода реабилитации на основе рациональной фармакотерапии, действующей на значимую эмоцию.

Таким образом, предполагается, что терапевтические успехи ожидаются от мультимодального

лечения комбинацией лекарств и поведенческой терапии с последовательным использованием различных терапевтических стратегий, индивидуально подобранных в каждом конкретном случае.

1. Бобров А.Е., Гомозова А.К. Комплексное клинико-статистическое и психологическое изучение обсессивно-компульсивных синдромов // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. №20. С.14-20.
2. Stein D.J. Obsessive compulsive disorder // South African Journal of Psychiatry. 2013. Vol.19. P.180-186.
3. Павличенко А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. №2. С.33-37.
4. Scotti-Muzzi E., Saide O.L. Schizo-obsessive spectrum disorders: an update // CNS Spectrums. 2017. V.22. P.258-272.
5. Poyurovsky M., Zohar J., Glick I. et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications // Comprehensive Psychiatry. 2012. Vol.53. P.480-483.
6. Hwang M., Morgan J., Losconzcy M. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2000. Vol. 12. P.91-94.

References

1. Bobrov A.E. Kompleksnoe kliniko-statisticheskoe i psikhologicheskoe izuchenie ob-sessivno-kompul'sivnykh sindromov [Complex clinical-statistical and psychological study of obsessive-compulsive syndromes]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya, 2010, no. 20, pp.14-20.
2. Stein D.J. Obsessive compulsive disorder. South African Journal of Psychiatry, 2013, vol. 19, pp. 180-186.
3. Pavlichenko A.V. Mnozhestvennye trevozhno-fobicheskie i obsessivno-kompul'sivnye rasstroystva pri shizofrenii [Multiple anxiety-phobic and obsessive-compulsive disorders in schizophrenia]. Social and Clinical Psychiatry, 2007, no. 2, pp. 33-37.
4. Scotti-Muzzi E., Saide O.L. Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. CNS Spectrums, 2017, vol. 22, pp. 258-272.
5. Poyurovsky M., Zohar J., Glick I. et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. Comprehensive Psychiatry, 2012, vol. 53, pp. 480-483. obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study / M. Hwang, J. Morgan, M. Losconzcy // J. Neuropsychiatry Clin. Neuro-sci., 2000. Vol. 12. PP.91-94.
6. Hwang M., Morgan J., Losconzcy M. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. J. Neuropsychiatry Clin. Neuro-sci., 2000, vol. 12, pp.91-94.