

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ И ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

А. В. Павличенко

Российский государственный медицинский университет

Преобладающий в МКБ-10 синдромологический подход рассматривает обсессивно-фобические расстройства (ОФР) преимущественно в статике и относит их к невротическим состояниям. В то же время общеизвестно их нередкое возникновение при шизофрении. Истоки современных знаний о шизофрении, протекающей с преобладанием навязчивостей, многократно анализировались как в работах отечественных (8, 12), так и в публикациях иностранных авторов (22, 27). В зарубежной литературе доминирует феноменологический подход, подробно изучаются клинические и социальные аспекты влияния отдельных подгрупп обсессий на позитивные, главным образом психотические, и негативные симптомы шизофрении (15, 16, 18–21, 24, 25, 28–31, 33). При этом преобладает тенденция рассматривать ОФР и симптомы шизофрении с позиций коморбидности. В частности, описывается несколько типов коморбидности обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) и шизофрении: 1) навязчивости предшествуют манифестному шизоаффективному приступу («обсессивно-компульсивная шизофрения»); 2) навязчивости развиваются в продромальном периоде или в любое время течения шизофренического процесса («шизообсессивное расстройство»); а) симптомы ОКР и шизофрении не перекрываются, б) симптомы ОКР перекрываются с позитивными симптомами шизофрении; 3) индуцированные нейролептиками преходящие обсессивно-компульсивные расстройства (21, 33). В то же время, в этих работах недостаточное внимание уделяется вопросам динамики шизофренического процесса при сопутствующих ОФР, особенностям сочетания шизофрении и навязчивостей. Большинство работ отечественных авторов, выполненных в последние годы, посвящено исследованию отдельных подгрупп ОФР в рамках шизофрении и других психических заболеваний пограничного уровня (1, 2, 5, 6). Изучена взаимосвязь навязчивостей с позитивными и негативными симптомами при шизофрении (8). Тем не менее, мало сведений о структуре коморбидных связей между ОФР и другими психопатологическими состояниями в рамках шизофрении.

Нет четких данных о том, какие виды навязчивостей чаще ассоциируются с неблагоприятным прогнозом. Остаются противоречивыми данные о вариантах течения шизофрении с преобладанием навязчивостей. Достаточно хорошо изучен лишь стереотип развития ОФР в рамках непрерывно текущей шизофрении (3, 4, 8). Остается открытым вопрос о возможности шизоаффективных приступов, вся симптоматика которых исчерпывается обсессивно-фобическими синдромами (10, 13).

Таким образом, целью данной работы явилось выявление клинико-динамических закономерностей множественных тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств при разных формах течения шизофренического процесса.

Материал и методы исследования

Наблюдали 67 больных шизофренией (34 муж. и 33 жен.), средний возраст которых составил 33,5 лет. Выборка была сформирована из числа пациентов, проходивших лечение в Московской городской клинической психиатрической больнице №1 им. Н.А.Алексеева в период с 2002 по 2006 годы. Большая часть пациентов – 37 (55,2%) – была прослежена на катamnестически (длительность катamnеза от 1 до 4 лет). Кроме того, изучены 25 госпитализированных больных неврозом навязчивых состояний – группа сравнения.

Тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства отвечали критериям следующих рубрик МКБ-10: 1) агорафобия (F40.0–01); 2) социальные фобии (F40.1); 3) специфические фобии (F40.2); 4) паническое расстройство (F41.0); 5) обсессивно-компульсивное расстройство (F42); 6) ипохондрические фобии (F45.2).

Критериями включения пациентов в исследование были следующие: возраст обследованных больных на момент начала наблюдений составлял от 18 до 60 лет; ОФР отвечали критериям как минимум трех вышеперечисленных рубрик МКБ-10 и занимали ведущее положение в клинической картине.

Критериями исключения являлись: возраст (на момент обследования) старше 60 лет и моложе 18 лет; присутствие в статусе ОФР, отвечающим менее чем трем из вышеуказанных рубрик МКБ-10; наличие тяжелых соматических заболеваний.

Результаты

Было выделено три варианта полиморфных навязчивостей при шизофрении.

Полиморфные абстрактные навязчивости (1-й вариант) наблюдались в 20 наблюдениях и были представлены преимущественно компульсивными ритуалами, навязчивыми мыслями и социальными фобиями. Средний возраст манифестации ОФР составил 16,6 лет, средняя длительность – 17,2 года. Отмечалось неблагоприятное течение заболевания: 95,0% пациентов являлись инвалидами по психическому заболеванию или не работали более года, ни один из пациентов на момент обследования не состоял в браке.

Развитию навязчивостей предшествовали разнообразные продромальные расстройства: состояния «метафизической интоксикации», сенситивные идеи отношения, неразвернутые дисморфобические идеи, депрессивные состояния с доминированием апатии. ОФР чаще всего манифестировали спонтанно.

В соответствие с выделенными рядом исследователей (11, 26) вариантами ОФР, полиморфные абстрактные навязчивости были разделены на две группы: obsessions с реакциями избегания и obsessions «повторного контроля», для которых нехарактерно поведение избегания.

При obsessions с реакциями избегания преобладали мизофобии и социофобии. Защитное поведение проявлялось в виде фобического избегания и сложных ритуалов. В преморбиде доминировали шизоидные черты. Мизофобии характеризовались страхом загрязнения и заражения различными патогенными агентами – химическими веществами (стиральные порошки, средства для мытья посуды), мелкими предметами (осколки стекла, иголки, «особые» виды пыли, грязи), бактериальной флорой. Следует отметить, что преобладали не столько тревожные опасения заболеть определенной болезнью (СПИД-фобии, гепатитофобии), сколько страх заболеть «вообще микробами», «глистами», «какой-либо инфекционной болезнью», опасением, что «разовьется сепсис», «попадут в организм занозы ржавчины» – «фобии внешней угрозы» (7). Однако дальнейшей разработки не наблюдалось, больные не боялись наличия реального заболевания. В этом проявлялось своеобразие расстройств мышления («формальное навязчивое мышление», 23). В течение первых трех-пяти лет формировалась система защитных ритуалов. Другие ОФР были тесно связаны с доминирующей мизофобической фабулой. Специфические фобии в виде оксифобии, уколов, еды из-за страха случайно проглотить «микробы», «случайно» заразиться, ситуационно спровоцированные панические атаки, патологические сомнения «обыденного» содержания, единичные хульные мысли возникали при

генерализации мизофобии. На отдаленных этапах болезни (через 10 и более лет после манифестации ОФР) компульсивные ритуалы представляли набор привычных действий, обеспечивающих поддержание установившегося жизненного уклада и подчиняющих жизнь не только самого больного, но и его ближайшего окружения. В тех наблюдениях, где доминировали социофобии, страх возникал в любых ситуациях. Фобическое избегание затрагивало все контакты с незнакомыми людьми.

Среди obsessions «повторного контроля» доминировали идеаторные ритуалы, заключающиеся в повторении мыслей или повторении противоположных представлений, чтобы избавиться от неприятных мыслей, навязчивых, как правило, неприятных представлений, склонность к «умственной жвачке». В ряде случаев, чтобы облегчить длительный мучительный период «повторного контроля», больные просили близких произносить фразы, помогающие избавиться от мысленных повторений, неприятных навязчивых представлений. Поведение избегания для них было нехарактерно. В преморбиде преобладали ананкастные черты. Навязчивости дебютировали навязчивыми сомнениями или навязчивыми представлениями. Практически одновременно с ними появлялись ритуалы, которые, как правило, были крайне нелепы по содержанию, быстро теряли свойство психологической понятности. В дальнейшем ОКР имели тенденцию к генерализации. Доминирующие на первых этапах болезни эмоционально насыщенные представления в дальнейшем замещались индифферентными (геометрические фигуры, предметы обихода). Двигательные ритуалы символического характера нередко замещались или сосуществовали вместе с вербальными ритуалами. Большое место в клинической картине на отдаленных этапах болезни занимали дефицитарные расстройства в виде аутизации, гипобулии, шизофренических расстройств мышления.

Среди коморбидных расстройств преобладали психопатоподобные состояния, которые являлись причиной частых госпитализаций. При obsessions «повторного контроля» наблюдалось нарастание аутистических тенденций, а также усиление психастеноподобных расстройств. Неразвернутые бредовые расстройства («родные специально распространяют грязь», «загрязняют белье», посторонние люди «пристально» смотрят в спину) не являлись результатом трансформации obsessive-синдрома, можно было говорить лишь о случайном сочетании этих синдромов. Социальные фобии сопровождались сенситивными идеями отношения. Депрессивные состояния возникали преимущественно при генерализации навязчивостей, постепенно редуцировались вместе со смягчением последних, никогда не сохранялись в клинической картине в течение длительного времени. В структуре депрессивных состояний при obsessions с «реакциями избегания» доминировала тревога, реже апатия, а при obsessions «повторного контроля» – тоска и апатия.

В абсолютном большинстве наблюдений отмечалась непрерывная прогрессивная динамика заболевания. Прогрессивность шизофренического процесса у больных с доминированием obsessions с реакциями избегания проявлялась преимущественно в сфере продуктивных расстройств: расширение феноменов круга ОКР, формирование системы защитных ритуалов, присоединение специфических фобий, депрессивных состояний, неразвернутых бредовых феноменов. У пациентов с реакциями «повторного контроля» прогрессивность болезни реализовалась преимущественно в сфере негативных расстройств в виде нарушений абстрактного мышления, стереотипизации ассоциативного процесса, эмоциональной отгороженности, усилении психастеноподобных расстройств.

Разнообразные, несущие эмоциональную окраску obsessions (2-й вариант) наблюдались в 22 наблюдениях и были представлены расстройствами «панико-агорафобического спектра» (17): паническим расстройством, агорафобией и ипохондрическими страхами (танатофобии, кардиофобии, лиссофобии). Средний возраст манифестации навязчивостей составил 26,4 года, средняя длительность – 10,1 год. Отмечалась более благоприятная, чем у больных предыдущей группы, тенденция течения заболевания: процент инвалидов по психическому заболеванию был менее четверти (22,7%), 36,4% пациентов продолжали работать.

В преморбиде у них обнаруживались психастенические, шизоидные, гармонические и истерические черты. В доманифестном периоде отмечались тревожно-депрессивные расстройства и нестойкие дисморфобические идеи.

Навязчивости чаще всего развивались спонтанно. В структуре манифестных панических атак, помимо «типичных» соматовегетативных симптомов со страхом соматического неблагополучия (кардиофобия, танатофобия), выявлялись сенестопатии и деперсонализационно-дереализационные расстройства. Вегетативные симптомы возникали несколько позже. Сенестопатии сопровождалась необычностью локализации, вычурностью описания, осложнялись страхом сумасшествия. Социофобии в структуре панических приступов проявлялись страхом опозориться, не удерживать мочу или рвотные массы. Продолжительность манифестных панических атак составляла не меньше получаса, нередко они переходили в затяжные тревожно-депрессивные состояния.

В дальнейшем панические приступы быстро осложнялись «тревогой ожидания», в межприступные промежутки персистировали вегетативные расстройства и сенестопатии, сохранялись ипохондрические фобии. Отмечалось достаточно быстрое расширение фабулы агорафобических страхов, вплоть до формирования панагорафобии. По миновании острого периода болезни сохранялись транспортные фобии, главным образом страх пользоваться метро, соматопсихическая деперсонализация, а также патологические телесные сенсации.

Дальнейшая динамика заболевания характеризовалась снижением частоты и выраженности панических атак, уменьшением агорафобических страхов. В структуре обострений большое место занимали сенесто-ипохондрические расстройства и депрессивные состояния, а фобические состояния постепенно замещались симптоматикой генерализованного тревожного расстройства, навязчивыми сомнениями и представлениями.

Коморбидная навязчивостям психическая патология была представлена аффективными состояниями и сенестопатиями. Сенестопатии наблюдались лишь в структуре панических приступов, характеризовались вычурностью, необычностью, непрерывной сменой локализации, сближались с «иллюзиями общего чувства» (14), всегда осложнялись лиссофобией. На отдаленных этапах болезни депрессивные состояния обнаруживали независимый от ОФР стереотип развития, возникали спонтанно, были типичны колебания настроения с ухудшением в утренние часы, доминировали аффекты тоски и апатии. Продолжительность аффективных фаз не превышала нескольких месяцев, их структура существенно не отличалась от фаз циркулярного психоза. Сенестопатии в дальнейшем приобретали хроническое течение, развивались вне панических атак, отличались простотой, их локализация ограничивалась определенными топографическими зонами, преобладал малодифференцированный страх смерти и выраженные ипохондрические расстройства.

Преобладал перемежающе-поступательный тип динамики заболевания. По мере редукции острого состояния невротоподобные расстройства сохранялись на субклиническом уровне. В структуре последующих обострений доминирующее положение занимали аутохтонные депрессивные фазы, генерализованное тревожное расстройство и ОКР. Прогрессивность заболевания проявлялась также в особенностях динамики других расстройств: «витальная» деперсонализация и дереализации замещались аутопсихической деперсонализацией, сложные, приближающиеся к галлюцинаторным феноменам, сенестопатии постепенно вытеснялись относительно простыми телесными сенсациями. Негативные расстройства выявлялись лишь на отдаленных этапах динамики и проявлялись в виде усиления аутистических тенденций, дистанцированности в социальных контактах, нерезко выраженной эмоциональной дефицитарности, а также в виде выявляемых при экспериментально-психологическом обследовании шизофренических расстройств мышления.

Наибольшие дифференциально-диагностические трудности наблюдались между больными шизофренией и пациентами с невротическими ОФР. Для шизофренического процесса была характерна спонтанная манифестация и затяжной характер панических атак, наличие в их структуре обильных сенестопатий и деперсонализации. Страх сумасшествия и контрастные obsessions при этом встречались уже в дебюте заболевания. На отдаленных этапах динамики

ки выявлялись негативные процессуальные изменения личности. Манифестации ОФР в рамках невроза навязчивых состояний чаще всего предшествовали значимые для личности психогении. В структуре панических атак доминировали вегетативные и конверсионные нарушения, а также ипохондрические страхи (кардиофобии и танатофобии). Затем отмечалась типичная для неврозов последовательность вовлеченности в патологический процесс сенсомоторных и аффективных расстройств, идеаторных мыслей об опасности, а также стойких изменений активности и образа жизни (9). На отдаленных этапах развития болезни было возможно появление социофобий и контрастных навязчивостей.

Смешанные навязчивости, включающие как абстрактные, так и эмоционально окрашенные обсессии (3-й вариант), регистрировались в 25 наблюдениях и были представлены преимущественно контрастными обсессиями, ипохондрическими страхами (гепатитофобии, СПИДофобии, лиссофобии) и специфическими фобиями. Средний возраст манифестации навязчивостей составил 24,1 года, средняя длительность навязчивостей ко времени наблюдения составила 6,3 года. В преморбиде преобладали психастенические и шизоидные черты.

У всех больных этой группы отмечалось приступообразное течение обсессий. Встречались как однотипные приступы с доминированием ОФР, так и приступы иной структуры. Было выделено три варианта обратного развития приступообразных ОФР: по типу «обрыва» всех психопатологических расстройств, постепенный и полный выход, и постепенная редукция навязчивостей с астено-депрессивными расстройствами. В межприступный период ОФР отсутствовали.

В зависимости от структуры обсессивного синдрома было выделено два варианта приступов: неврозоподобные и аффективно-обсессивные.

Развитию неврозоподобных приступов предшествовали дисморфофобии, деперсонализационные эпизоды и явления «метафизической интоксикации». Манифестировали данные приступы остро с аффекта растерянности, недоумения, а также страха сумасшествия. Дальнейшая динамика состояния определялась контрастными обсессиями (суицидо- и гомицидофобии, сексуальные и кошунственные представления), которые были крайне нелепы по содержанию. Развивались специфические фобии (страх острых предметов, высоты), формировалось избегающее поведение.

Продолжительность приступов в среднем 1–3 месяца. В постприступный период оставались опасения, что состояние может вернуться, однако контрастные навязчивости и элементы избегающего поведения не регистрировались. Изменения личности были выражены незначительно. Повторные приступы отличались более простой структурой.

Развитию аффективно-обсессивных приступов предшествовали аутохтонные аффективные состояния и острые психотические эпизоды. Приступы в боль-

шинстве наблюдений развивались спонтанно. ОФР были представлены ипохондрическими страхами заражения (гепатитофобия, СПИДофобия), лиссофобиями, компульсиями, специфическими фобиями, реже – обсессивными мыслями по типу «умственной жвачки», овладевающими представлениями и хульными мыслями. Ипохондрические страхи быстро приобретали черты образных овладевающих представлений, занимали доминирующее положение в сознании. В период «наплыва» навязчивых ассоциаций часто любой индифферентный предмет приобретал для больных особое значение («навязчивости особого значения») (23). Обманы восприятия ограничивались неразвернутыми галлюцинаторными проявлениями по типу «навязчивых галлюцинаций» (32). Интенсивность компульсий часто приводила к формированию избегающего поведения.

В ремиссиях нередко отмечалось некоторое снижение активности и инициативы, выявлялись расстройства мышления, однако изменения личности были выражены незначительно. Продолжительность манифестных приступов составляла от одного месяца до двух лет. В дальнейшем встречались как однотипные аффективно-обсессивные приступы, так и приступы аффективной или шизоаффективной структуры.

Отмечалось некоторое феноменологическое сходство аффективно-обсессивных состояний с полиморфными абстрактными навязчивостями: высокий удельный вес компульсий, формирование избегающего поведения, «вторичные» специфические фобии.

Коморбидные навязчивостям психические расстройства отличались полиморфизмом. Чаще всего встречались разнообразные аффективные состояния. В их структуре, помимо типичных для эндогенных депрессий симптомов, встречались неразвернутые неврозоподобные расстройства (дисморфобические расстройства, «хульные» мысли, сенестопатии). Продолжительность этих состояний не превышала 4–6 месяцев. Одновременного сосуществования навязчивостей и бредовых симптомов не наблюдалось. ОФР развивались в период сформировавшейся ремиссии после перенесенного аффективно-бредового состояния или наблюдались в динамике шизоаффективного расстройства, непосредственно после редукции психотических феноменов.

Полученные данные позволяют сделать некоторые выводы относительно стереотипов развития ОФР при шизофрении. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства встречаются при основных формах течения шизофрении: непрерывнотекущей, перемежающе-поступательной и периодической.

В рамках полиморфных абстрактных навязчивостей с непрерывным типом течения встречаются два варианта: обсессии с реакциями избегания и обсессии повторного контроля.

При разнообразных, несущих эмоциональную окраску обсессиях, с поступательно-перемежаю-

шим типом течения доминируют расстройства «панико-агорафобического спектра»: паническое расстройство, агорафобия, ипохондрические страхи.

Выделены наиболее существенные отличия невротических навязчивостей: их манифестации предшествуют внезапные психотравмы; в структуре панических атак доминируют вегетативные расстройства и ипохондрические страхи (кардиофобии и танатофобии); коморбидные расстройства представлены преимущественно конверсионными расстройствами, отличаются простотой, депрессивные состояния никогда не развиваются спонтанно; не выявляются дефицитарные изменения личности; на отдаленных этапах динамики возможно появление нестойких социофобий и контрастных obsessions.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.М. Тревожно-фобические расстройства со стойкой агорафобией. Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1999.
2. Воель Б.А. Помешательство сомнений (психопатология, клиника, терапия). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук — М., 2003.
3. Головань Л.И. Вялотекущая шизофрения с навязчивостями. Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1965.
4. Данилова М.Б. Шизофрения с навязчивостями (клинико-катамнестическое исследование). Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. — М., 1966.
5. Дмитриева Л.Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобии. Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1996.
6. Дороженко И.Ю. Клиническая типология навязчивостей контрастного содержания при психических заболеваниях пограничного уровня // Журн. невропатол. и психиатр. — 1999. — № 2. — С. 3–8.
7. Ефремова М.Д. Obsessive-фобические расстройства с явлениями мизофобии при вялотекущей шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. — 2001. — № 2. — С. 12–17.
8. Колодюк Е.В. Obsessive-фобические расстройства в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2001.
9. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. — М.: Медицина, 1994. — 192 с.
10. Павличенко А.В. Приступообразные полиморфные obsessive-фобические состояния при расстройствах шизофренического спектра // Психиатрия. — 2005. — № 6. — С. 30–36.
11. Смулевич А.Б., Колодюк Е.В., Иванов С.В. Obsessive-фобические расстройства с паническими атаками и явлениями стойкой агорафобии (клиника, прогноз, терапия) // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т. 8, № 4. — С. 40–48.
12. Шахламов А.В. Шизофрения, протекающая по типу псевдо-невроза. Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1987.
13. Шюркуте А.А. Психопатология и клиника шизофрении, протекающей с навязчивостями. Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1987.
14. Элитис И.Р. Сенестопатии. — Рига: Зинайте, 1977. — 183 с.
15. Argyle N. Panic attacks in chronic schizophrenia // Br. J. Psychiatry. — 1990. — Vol. 157. — P. 430–433.
16. Braga R., Petrides G., Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia // Compr. Psychiatry. — 2004. — Vol. 45. — P. 460–468.
17. Cassano G., Rotondo A., Maser J., Shear M. The panic-agoraphobic spectrum: Rationale, assessment, and clinical usefulness // CNS Spectrums. — 1998. — Vol. 4. — P. 34–48.
18. Chen C., Liu C., Yang Y. Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia // Psychiatry Clin. Neurosci. — 2001. — Vol. 55. — P. 383–387.
19. Hofmann S. Relationship between panic and schizophrenia // Depress. Anxiety. — 1999. — Vol. 9. — P. 101–106.
20. Huppert J., Smith T. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms // CNS Spectrums. — 2005. — Vol. 10. — P. 721–731.
21. 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.
22. Insel T., Akiskal H. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenological analysis // Am. J. Psychiatry. — 1986. — Vol. 143. — P. 1527–1533.
23. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie (Neunte, unveränderte Auflage). — Springer-Verlag, 1973.
24. Goodwin R., McNally L. Panic attacks in schizophrenia // Schizophr. Res. — 2002. — Vol. 58, Suppl. 2–3. — P. 213–220.
25. Kaya B., Ozturk O., Veznedaroglu B., Eraslan D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates // Clin. Neurosci. — 2005. — Vol. 59. — P. 291–295.
26. Marks I. Fears and phobias. — New York: Academic Press, 1969.
27. Mataix-Cols D., Conceicao do Rosario-Campos M., Leckman J. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder // Am. J. Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 228–238.
28. Muller J., Koen L., Soraya S. et al. Anxiety disorders and schizophrenia // Curr. Psychiatry Rep. — 2004. — Vol. 6. — P. 255–261.
29. Ongur D., Goff D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status // Schizophr. Res. — 2005. — Vol. 75. — P. 349–362.
30. Pallanti S., Quercioli L., Hollander E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability // Am. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 161. — P. 53–58.
31. Poyurovsky M., Hramenkov S., Isakov V., Rauchverger B. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia // Psychiatry Res. — 2001. — Vol. 102. — P. 49–57.
32. Seglas J. De l'obsessions hallucinatoires et de L'hallucination obsédante // Annales med. psych. Paris. — 1892. — Vol. 30. — P. 119–130.
33. Zohar J. Is there room for a new diagnostic subtype: the schizo-obsessive subtype? // CNS Spectrums. — 1997. — Vol. 2. — P. 49–50.

MULTIPLE ANXIOUS-PHOBIC AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA

A. V. Pavlichenko

Subjects: 67 schizophrenic patients and 25 patients with obsessive neurosis (for comparison); the obsessive-phobic disorders (OPD) in these patients met the criteria of at least three items of the ICD-10, specifically, “social phobia”, “agoraphobia”, “specific phobias”, “panic disorder”, “obsessive-compulsive disorder” and “hypochondric phobia”. Multiple OPD occurred in principal forms of the course of schizophrenia. Polymorphic abstract obsessions were found in continuous course and were presented by misophobia, i.e. the fear of being contaminated with dirt or germs, persistent cognitive rituals i.e. thoughts or ideas, or by social phobias. Various and emotionally coloured obsessions

were observed in schizophrenia with progressive-recurrent course, and it was presented by panic disorders, agoraphobia and hypochondric fears (cardiophobia, tanatophobia). Mixed obsessions were found in periodic course of the disease, and they were presented by obsessions of contrast contents, e.g. lissophobias and by hypochondric fears of contamination (hepatitisphobia, AIDSphobia). Episodes with prevalent OPD could be alternated with episodes with schizoaffective and affective structure. No obsessions were found between the episodes. The author describes differential-diagnostic features of neurotic obsessions.