

ТЕРАПИЯ ОБСЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ШИЗОФРЕНИИ

Д. В. Ястребов

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского

Несмотря на то, что проблеме обсессивной и тревожной симптоматики при шизофрении – шизообсессивного и шизотревожных расстройств уделено большое количество публикаций, данные об эффективности препаратов разных классов при их лечении невелики, и до настоящего времени они носят характер отдельных клинических наблюдений (максимальное количество пациентов в одной выборке не превышает десяти).

Вопрос о назначении препаратов антипсихотического действия для купирования обсессивно-компульсивных (ОК) и тревожно-фобических симптомов вне зависимости от их оценки в целом рассматривается как спорный. Многие исследователи, соглашаясь в отношении возможности их использования (особенно в отношении атипичных антипсихотических средств), отмечают, что, по крайней мере в теории, существует ряд аргументов, позволяющий оценить их применимость как ограниченную. Основным из доводов является антагонистическая активность этих препаратов в отношении серотониновых рецепторов, что предположительно может не только не привести к улучшению, но и вызвать усиление выраженности этих нарушений [2, 3, 10, 16]. Любопытно отметить, что практически никто из исследователей не предпринял при этом попытки взглянуть на проблему конкурентного действия препаратов разных классов с другой стороны: дополнительное назначение серотонинергических антидепрессантов аналогичным образом может изменять потенциал действия атипичных антипсихотических средств, равно как и влиять на психотические симптомы. Возможно, что именно этим фактом можно объяснить данные J.Yaryura-Tobias [25], J.Pulman [19], C.Stroebel [23], J.Zohar [29] и других, отметивших усиление продуктивных психотических расстройств при дополнительном назначении или монотерапии шизообсессий кломипрамином у 20–40% больных. Предположительно этот же феномен зарегистрирован в работе M.Hwang [12], отме-

тившего совместное усиление ОК и психотических симптомов при увеличении дозы кломипрамина с 50 до 150 мг в сутки.

Таким образом, многие вопросы коморбидности обсессивно-компульсивных и тревожно-фобических расстройств (ОКР; ТФР) с расстройствами шизофренического спектра требуют дальнейшего уточнения. При этом наименее освещенной является проблема терапии этих состояний. Для уточнения алгоритма терапии шизообсессивного/шизопанического расстройства с определением эффективных доз и сроков терапии, нами было предпринято исследование эффективности длительной монотерапии рisperидоном (ридонекс)¹, с учетом анализа влияния препарата на весь спектр обсессивно-фобических нарушений при шизофрении. Целью исследования было изучение эффективности ридонекса при обсессивно-фобических расстройствах в рамках шизофрении с определением эффективных доз и времени становления терапевтического ответа и анализом побочных реакций и осложнений.

Материал и методы исследования

Открытое неконтролируемое исследование было проведено в отделении новых средств и методов терапии (руководитель – профессор А.С.Аведисова) Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского на клинической базе ГПКБ №12 города Москвы.

В исследование было включено 30 пациентов, состояние которых определялось явлениями обсессивно-фобического расстройства (ОФР) в рамках непрогредиентной шизофрении (шизотипическое расстройство по МКБ-10). Выборка была сформирована из числа больных, госпитализиро-

¹ Рisperидон (препарат «Ридонекс») для настоящего исследования был предоставлен производителем, фармацевтической компанией «Гедеон Рихтер» (Венгрия).

ванных в отделение санаторного профиля, и амбулаторных пациентов.

Критерии включения: наличие на момент обследования признаков тревожно-фобического расстройства (ТФР), панического расстройства (ПР) с/без агорафобии, генерализованного тревожного расстройства (ГТР) или ОКР (по критериям МКБ-10); диагноз шизофрении (по критериям МКБ-10, включая шизотипическое расстройство) без признаков манифестных психотических расстройств; зрелый возраст больных (старше 18 лет).

Критерии исключения: коморбидность изучаемых расстройств с расстройствами галлюцинозопредобного регистра, хроническим алкоголизмом, наркоманиями; сопутствующие органические заболевания ЦНС и тяжелая соматическая патология; наличие в анамнезе тяжелых аллергических реакций. Также исключались больные, уже проходившие ранее лечение рисперидоном по поводу данного состояния.

Диагностика коморбидных ОКР и ТФР проводилась вне рамок иерархической системы, поскольку стандартные дефиниции МКБ-10 ограничивают возможность постановки такого диагноза как ОКР больным с шизофренией.

Режим дозирования. Ридонекс назначался после отмены предшествующей терапии в течение не менее чем семи дней, начальная доза препарата составляла 2 мг в сутки (утренний прием); при необходимости максимальная доза препарата могла быть повышена до 4 мг в сутки. При наличии стойких инсомнических расстройств допускалось назначение гипнотиков (производные бензодиазепина короткого действия). Другая сопутствующая терапия не допускалась. Если на момент включения в исследование пациент уже проходил курс лечения другим препаратом, ридонекс назначался после завершения пяти – семидневного периода «wash-out». Длительность лечения составила 12 недель.

Методы оценки. В качестве методов оценки использовались: шкала общего клинического впечатления (CGI), шкала тревоги Hamilton (HARS), шкала Sheehan для субъективной оценки нарушений в общественной и социальной сфере (SDS) и шкала Montgomery–Asberg для депрессий (MADRS). Критерием эффективности было достижение показателя «улучшение» или «выраженное улучшение» по шкале CGI. Все связанные (или возможно связанные) с приемом препарата побочные реакции заносились в форму учета побочных реакций. Учет показателей шкал и нежелательных явлений проводился в начале исследования (D0) и на 7, 14, 28, 42, 56 и 84 дни терапии.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием программы GraphPad Prism 4.0с. Для оценки динамики показателей шкал применялась процедура дисперсионного анализа с использованием непараметрического

теста Friedman. Определение различий между группами данных осуществлялось с помощью непараметрического U-критерия Mann-Whitney. Заполнение пропущенных значений было проведено по методу LOCF, предусматривающему распространение последнего доступного значения на последующие моменты учета показателей.

Демографические и клинические характеристики выборки представлены в табл. 1.

Таблица 1

Основные демографические и клинические характеристики выборки на момент начала исследования

	n=30
Возраст (годы): ср. значение (станд. отклонение): мин.– макс.	26,53 (6,0): 19–39
Женщин: абс. (%)	18 (60)
Мужчин: абс. (%)	12 (40)
Длительность заболевания (годы): ср. значение (станд. отклонение): мин. – макс.	3,2 (2,3): 1–12
Диагноз шизофрении по МКБ-10 абс. (%)	
другой тип шизофрении (F20.8)	7
резидуальная шизофрения (F20.5)	5
шизотипическое расстройство (F21)	18
Ведущий ОФ-синдром: абс. (%)	
ОКР	8 (23,3)
ПР	7 (26,7)
ПР/АФ	6 (20)
ГТР	6 (20)
Социальная фобия	3 (10)
Исходные показатели шкал: ср. знач. (станд. отклонение): мин. – макс.	
CGI (выраженность)	4,23 (0,5): 3–5
HARS	23,53 (4,0): 18–34
SDS	22,6 (3,0): 17–28
MADRS	25,9 (4,8): 17–33

5 пациентов, включенных в настоящее исследование, ранее проходили лечение по поводу ТФР/ОКР, что, однако, не привело к формированию ремиссии. Они получали препараты группы СИОЗС (пароксетин, сертралин, флувоксамин и флуоксетин); 7 человек получали один из бензодиазепиновых транквилизаторов (клоназепам, альпразолам, медазепам, феназепам). 11 человек ранее получали терапию одним из препаратов антипсихотического действия (кветиапин, клозапин, оланзапин, перфеназин, проперициазин, сульпирид, тиоридазин, хлорпротиксен).

Во всех случаях основные психопатологические обсессивно-фобические нарушения характеризовались явной тенденцией к затяжному/хроническому течению; длительность заболевания находилась в диапазоне 1–12 лет (ср. значение 3,2±2,3 года). Выраженность тревоги варьировала в достаточно широких пределах; у всех пациентов отмечен высокий уровень социальной дезадаптации. Показатели тяжести состояния шкалы CGI в выборке варьирова-

ли от значений «легко болен» до «значительно болен» (среднее значение соответствовало значению «болезнь средней тяжести»).

Результаты исследования

Пациенты получали препарат в дозе от 2 мг в сутки. На 7-й день терапии 16 пациентам (53,3% выборки) было проведено увеличение дозы до 4 мг в сутки в связи с недостаточностью клинического эффекта. Еще одному пациенту доза была увеличена до 4 мг в сутки на 42 день терапии. 9 пациентам после достижения выраженного улучшения доза была снижена до 2 мг в сутки (рис. 1). У 10 пациентов, которым это увеличение было проведено, удалось достичь адекватного ответа на терапию, благодаря чему они в итоге были квалифицированы как респондеры. Средняя дозировка на момент завершения исследования составила 2,4 мг в сутки.

5 пациентов (17,7%), получавших ридонекс, досрочно завершили участие в исследовании (рис. 2). Причинами прекращения приема исследуемого препарата были: усиление тревоги в течение первой недели приема (2 набл.), отсутствие эффективности, несмотря на увеличение дозировки до 4 мг в сутки на второй (2 набл.) и третьей (1 набл.) неделях приема. Стоит отметить, что большинство, досрочно завершивших прием терапии, – пациенты с ТФР в виде панического расстройства и агорафобии; лишь у одного пациента ведущая тревожная симптоматика определялась явлениями социальной фобии. С другой стороны, частота случаев выраженного усиления тревоги достаточно невелика (6,7% всей выборки). Таким образом, отсутствие выраженного гистаминергического потенциала у ридонекса в данном случае не явилось причиной для обострения состояния у подавляющего большинства больных.

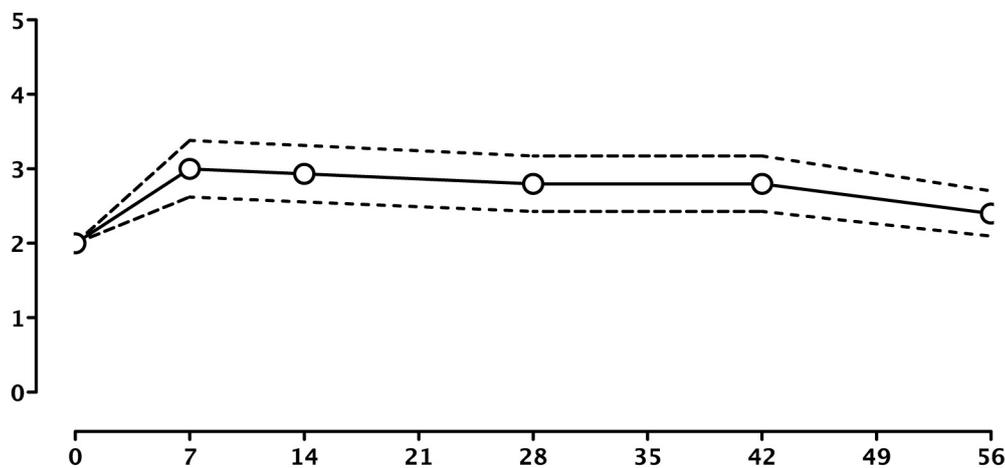


Рис. 1. Средние суточные дозировки при лечении ридонексом

Примечания: здесь и далее на аналогичных графиках дополнительно указаны границы 95% доверительного интервала.

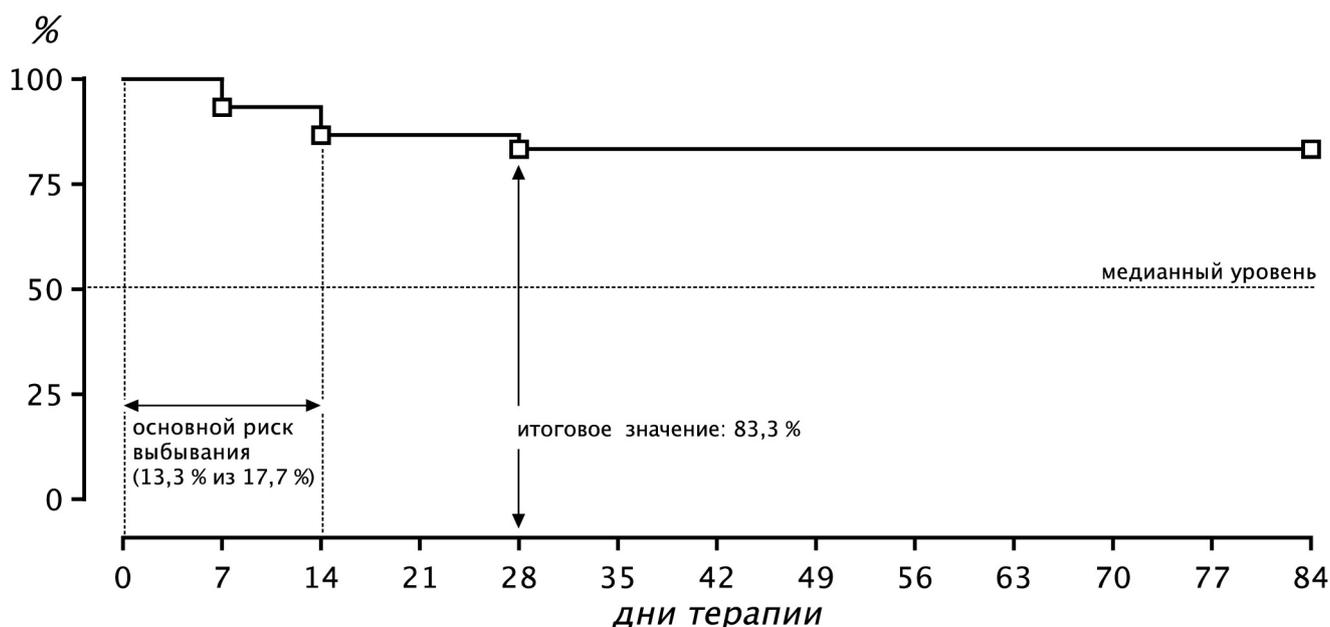


Рис. 2. Досрочное выбывание из исследования в % общей выборки

Другой особенностью пациентов, досрочно выбывших из исследования (рис. 3), было существенное различие в отношении длительности заболевания ($5,6 \pm 3,8$) в сравнении с пациентами, прошедшими весь курс терапии ($2,7 \pm 1,6$; $p < 0,05$). Эти данные позволяют предположить, что длительное персистирование панического расстройства с формированием избегающего агорафобического поведения в значительной степени ухудшает прогноз в отношении фармакотерапии и, возможно, требует подключения дополнительных методик, направленных на коррекцию сформировавшихся поведенческих паттернов.

Изменение средних значений показателей «тяжесть состояния» и «улучшение» шкалы CGI показано на рис. 4. Оба показателя на протяжении всего исследования демонстрируют заметную положительную динамику; отличия достигают уровня статистической значимости уже с 28 дня терапии.

Аналогичным образом, динамика суммарного балла шкалы HARS была положительной на всем

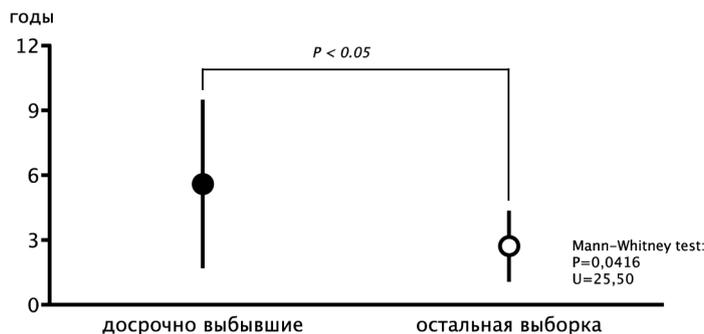


Рис. 3. Показатели длительности заболевания в группе пациентов, досрочно выбывших из исследования, и в остальной выборке

Примечания: указаны среднее значение и показатели стандартного отклонения.

протяжении курсов терапии. Заметная редукция тревоги отмечалась уже по результатам первой недели терапии. Необходимо отметить, что у многих пациентов, включая принимавших до включения в настоящее исследование бензодиазепиновые транквилизаторы, не было отмечено усиления тревоги в результате их замены на исследуемый препарат. Клинически заметное повышение уровня тревоги было отмечено только в трех случаях; эти пациенты впоследствии отказались от продолжения терапии. Благодаря этим данным можно говорить о наличии у ридонекса анксиолитического эффекта, достаточного для адекватной терапии состояний с преобладанием тревожно-фобических нарушений. Вместе с тем, отметим, что первоначальная дозировка ридонекса (2 мг в сутки) потребовала увеличения более чем у половины пациентов именно из-за недостаточного воздействия на проявления тревоги. Таким образом, можно предположить что способность ридонекса действовать на ОФ-симптоматику носит дозозависимый характер (рис. 5).

Более пологая форма кривой, аппроксимирующей динамику суммарного балла шкалы SDS, на наш взгляд может быть объяснена такой особенностью выборки, как достаточно длительный период персистирования ОФР и наличие у большинства пациентов выраженного избегающего поведения, сложных разработанных схем ритуалов и др. В нашем случае, несмотря на заметную положительную динамику, субъективная оценка уровня расстройства отставала от показателей объективных рейтинговых шкал, что предполагает возможность достаточно быстрого рецидива при отмене препарата. В соответствии с этим, оптимальной мо-

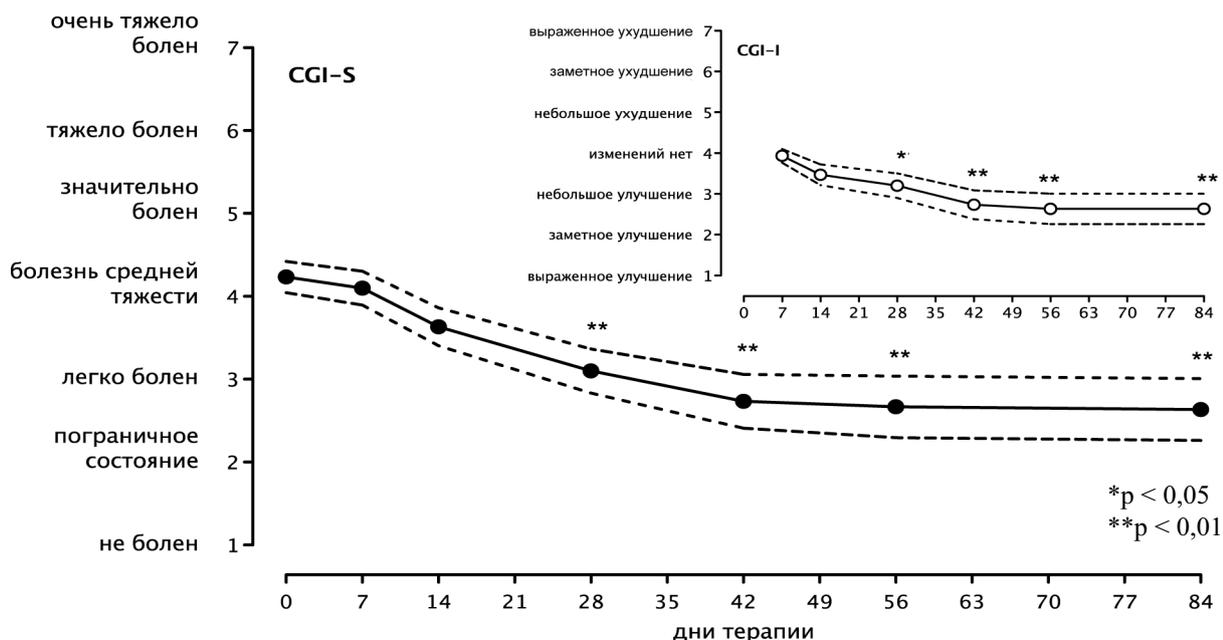


Рис. 4. Динамика показателей разделов «тяжесть состояния» и «улучшение» шкалы CGI (CGI-S и CGI-I соответственно)

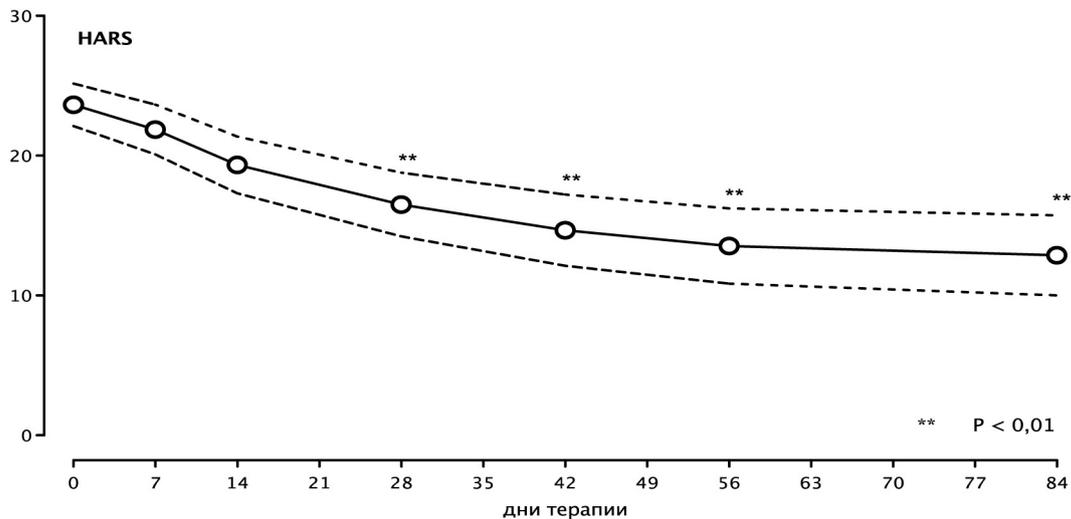


Рис. 5. Динамика суммарного балла шкалы HARS

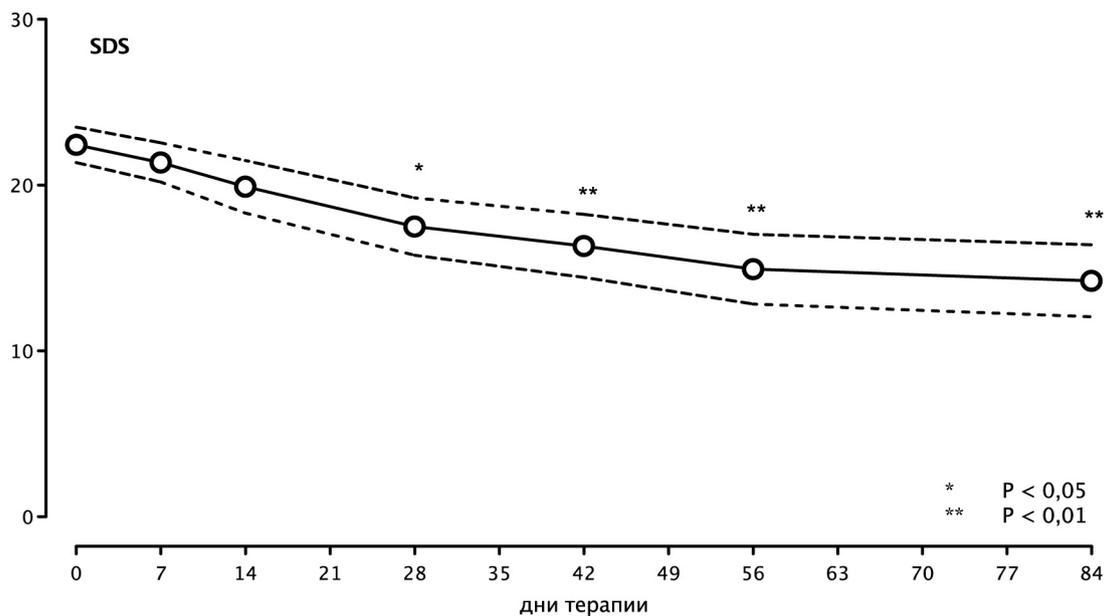


Рис. 6. Динамика суммарного балла шкалы SDS

жет являться рекомендация не прекращать приема терапии сразу по достижению стойкого улучшения, а продолжить его с возможным снижением дозы до уровня 1–2 мг в сутки в зависимости от состояния (рис. 6).

Оценка динамики коморбидных ОФР аффективных расстройств показала, с одной стороны, достаточно выраженную тенденцию к их обратному развитию в ходе монотерапии ридонексом, с другой – темп их редукции заметно отставал от такового для основных нарушений. Сам факт уменьшения выраженности симптомов депрессии, несмотря на отсутствие тимолептической терапии, позволяет высказать предположение о том, что эти симптомы в нашем случае носят вторичный характер, а характер их

динамики отражает действие препарата на ведущую ОФ-симптоматику. Возможно, что комбинированное назначение ридонекса с препаратами антидепрессивного действия позволило бы улучшить эти показатели у тех пациентов, в чьем состоянии депрессивные расстройства играют существенную роль. С другой стороны, выявленная особенность подтверждает необходимость продолжения терапии исследуемым препаратом даже после наступления улучшения состояния, поскольку, даже при достижении клинического улучшения, динамика коморбидных аффективных нарушений продолжает «подтягиваться» вслед за основными симптомами расстройств круга ОФР (рис. 7). Еще одним возможным механизмом этого эффекта может быть основное антипсихотиче-

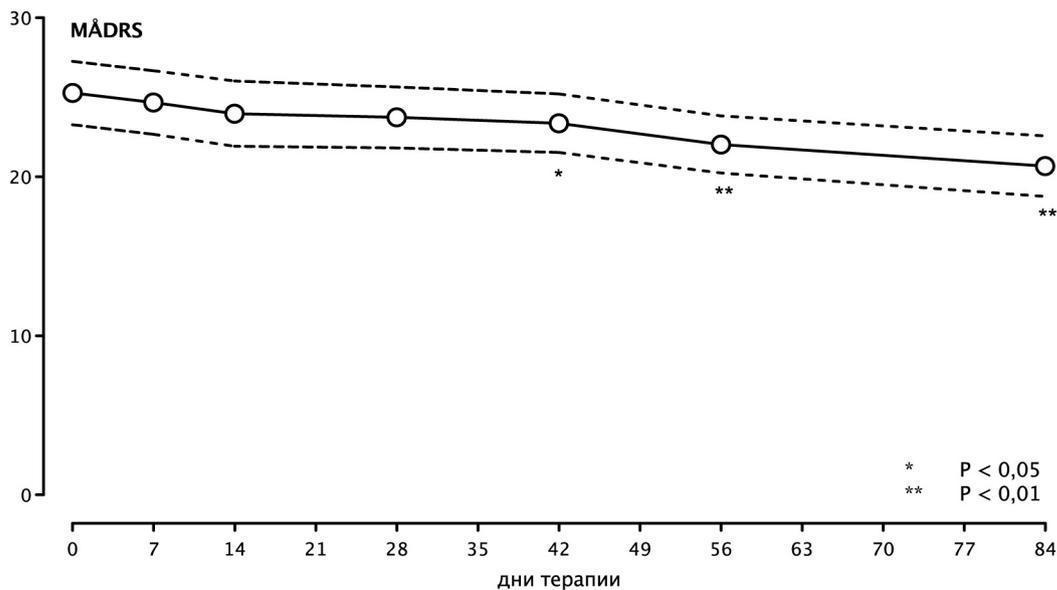


Рис. 7. Динамика суммарного балла шкалы MADRS

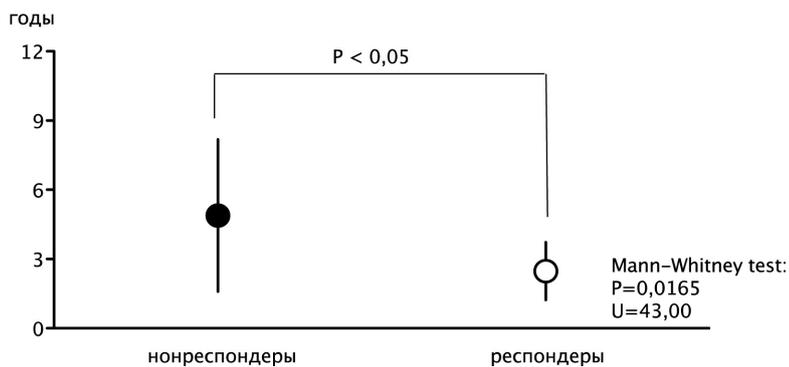


Рис. 8. Показатели длительности заболевания в группах респондеров/нореспондеров
Примечания: указаны среднее значение и показатели стандартного отклонения.

ответ на терапию был оценен как положительный (показатель «заметное улучшение» в разделе «улучшение состояния» по шкале CGI), в 3-х случаях (10% набл.) как незначительный (показатель «незначительное улучшение» там же); в 2-х случаях (6,7% набл.) положительной динамики не зарегистрировано. Анализ факторов, ассоциированных с положительным ответом на терапию, не показал значимой зависимости от большинства исходных значений выборки, таких как показатели шкал, основной диагноз или возраст и пол пациентов.

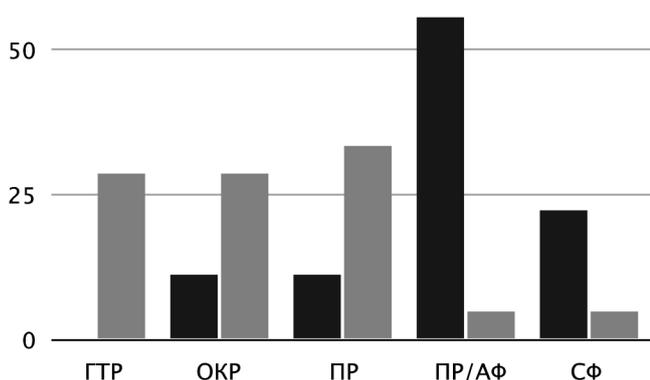


Рис. 9. Соотношение ведущих ОФ-нарушений в группах респондеров/нореспондеров (в % для каждой группы)

ское действие препарата, очевидно редуцирующего аффективную напряженность, что, вкпе с противотревожным действием приводило к «расщеплению» единого тревожно-аффективного состояния и позволяло добиться заметной редукции явлений вторичной депрессии в целом.

Среди завершивших участие в исследовании пациентов по его результатам в 20 случаях (66,7% набл.)

Аналогично различиям между группами пациентов, завершивших исследование и выбывших из него досрочно, в группах респондеров/нореспондеров выявлена значимая зависимость между длительностью заболевания с преобладанием большей длительности заболевания у пациентов с менее выраженным ответом на терапию ридонексом (рис. 8).

Представляет интерес соотношение ведущих ОФ-нарушений в группах респондеров/нореспондеров. Если в группе нореспондеров преобладали расстройства с тенденцией к непрерывному персистированию, характеризовавшиеся упорным многолетним течением (паническое расстройство и агорафобия, ОКР с преобладанием разработанных систем ритуального поведения, социальная фобия), то в группе респондеров чаще встречались расстройства с тенденцией к фазному течению (генерализованная тревога, паническое расстройство без агорафобии, аффективно «заряженные» идеобессии тревожного содержания с незначительной компульсивной проработкой в виде ипохондрических фобий и obsessions контрастного содержания – рис. 9). Таким образом, можно предположить, что именно

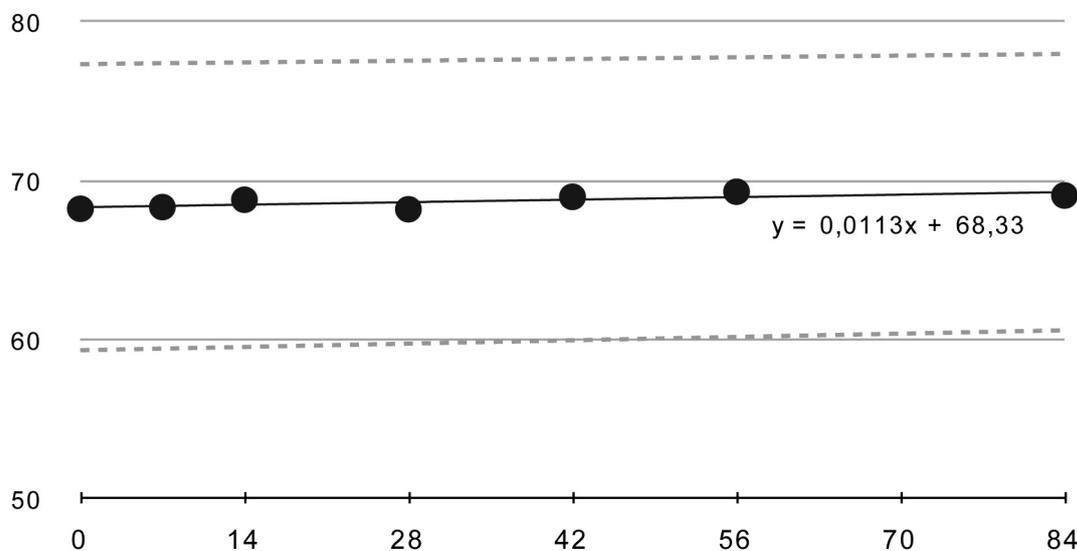


Рис. 10. Показатели изменения веса пациентов при терапии ридонексом

преобладание в состоянии аффективно заряженной тревоги вне зависимости от степени ее выраженности является прогностически благоприятным фактором, определяющим возможность успешного ответа на монотерапию ридонексом.

Нежелательные эффекты при терапии ридонексом

Выраженность отмечавшихся нежелательных явлений, зарегистрированных при назначении ридонекса в большинстве случаев была клинически незначимой. Только у одного пациента в первую неделю терапии было отмечено выраженное усиление тревоги, приведшее к необходимости досрочного прекращения терапии. Еще в 1 случае усиление тревоги было клинически незначительным, однако пациент отказался от продолжения терапии из-за недостаточной эффективности препарата. В остальных 5 случаях в ответ на клинически незначительное усиление тревоги была увеличена дозировка препарата до 4 мг в сутки, что позволило купировать этот эффект. Стоит отметить, что все эти пациенты до момента включения принимали бензодиазепиновые транквилизаторы, что позволяет предположить у них затяжной вариант «лекарственного рикошета», вызванного их отменой.

Из других нежелательных эффектов были отмечены: акатизия (7 набл.), возникшая в ответ на увеличение дозы исследуемого препарата до 4 мг в сутки и редуцировавшаяся после ее снижения; головная боль (2 набл.); сонливость и слабость в течение дня (4 набл.); сухость во рту (6 набл.); головная боль в первые 3–5 дней терапии (2 набл.). Четверо пациентов мужского пола отмечали наличие стойких нарушений сексуальной сферы на всем протяжении курса терапии.

Еще одним аспектом безопасности препарата является вопрос о развитии метаболических нарушений и, в частности, – прибавки веса. Указывается, что для ридонекса этот эффект в целом сравним с большинством других атипичных препаратов антипсихотического действия, за исключением клозапина и оланзапина (у которых он значительно выше) и редко превышает уровень 2–3 кг даже в случае длительной терапии [13].

Показатели изменения веса пациентов при терапии ридонексом, полученные при проведении настоящего исследования, подтверждают эти данные. Прибавка веса была зарегистрирована у 18 пациентов. В среднем, увеличение массы тела за весь период исследования составило $1,15 \pm 0,79$ кг (рис. 10), что позволяет расценить выраженность этого эффекта как незначительную.

Заключение

Обсессивно-фобические расстройства в рамках шизофрении до настоящего момента редко становятся предметом пристального клинического внимания, несмотря на то, что они объединяют широкий пласт проблем, связанный с их диагностикой, квалификацией, выявлением закономерностей динамики и терапией. Дальнейшее изучение этих расстройств позволит не только расширить понимание вопроса о взаимоотношении ОФР с эндогенными заболеваниями, но и определить подходы к их терапии. Предпринятое нами исследование показало, что ридонекс (Гедеон Рихтер) является высокоэффективным препаратом для лечения большинства тревожно-обсессивных расстройств при шизофрении, назначение которого в дозе 2–4 мг в сутки позволяет добиться равномерного воздействия на весь спектр изученных нарушений без необходимости комбинирования с препаратами других классов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Argyle N. Panic attacks in chronic schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 1990. Vol. 157. P. 430–433.
2. Baker R.W., Chengappa K.N.R., Baird J.W. et al. Emergence of obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine // J. Clin. Psychiatry. 1992. Vol. 53. P. 439–441.
3. Baker R.W., Bermanzohn P.C., Wirsching D.A. et al. Obsessions, compulsions, clozapine and risperidone // CNS Spectr. 1997. Vol. 2, N 3. P. 26–36.
4. Berman I., Kalinowski A., Berman S.M. et al. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia // Compr. Psychiatry. 1995. Vol. 36. P. 6–10.
5. Bermanzohn P.C., Porto L., Siris S.G. et al. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes // Schizophr. Bull. 2000. Vol. 26. P. 519–527.
6. Bland R.C., Newman S.C., Orn H. Schizophrenia: lifetime comorbidity in a community sample // Acta Psychiatr. Scand. 1987. Vol. 75. P. 383–391.
7. Cassano G.B., Pini S., Saettoni M. et al. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders // J. Clin. Psychiatry. 1998. Vol. 59. P. 60–68.
8. Eisen J.L., Beer D.A., Pato M.T. et al. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder // Am. J. Psychiatry. 1997. Vol. 154. P. 271–273.
9. Fenton W.S., McGlashan T.H. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 1986. Vol. 143. P. 437–441.
10. Ghaemi S.N., Zarate C.A., Popli A.P. et al. Is there relationship between clozapine and obsessive compulsive disorder? A retrospective chart review // Compr. Psychiatry. 1995. Vol. 36. P. 267–270.
11. Hollander E. (Ed.). Obsessive-compulsive-related disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
12. Hwang M.Y., Bermanzohn P.C., Opler L.A. Obsessive-compulsive symptoms in patients with schizophrenia // Schizophrenia and comorbid conditions: diagnosis and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001. P. 57–78.
13. Nasrallah H.A. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles // Molec. Psychiatry. 2008. Vol. 13. P. 27–35.
14. Nuechterlein K.H., Dawson M.D. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes // Schizophr. Bull. 1984. Vol. 10. P. 300–312.
15. Meghani S.R., Penick E.C., Nickel E.J. et al. Schizophrenia patients with and without OCD. Poster presentation at the 151st annual meeting of the American Psychiatric Association, Toronto, Ontario, Canada, May 30–June 4, 1998. цит. по Bermanzohn, 2001.
16. Morrison D., Clark D., Goldfarb E. et al. Worsening of obsessive-compulsive symptoms following treatment with olanzapine // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155. P. 855.
17. Pfohl B., Winokur G. The micropsychopathology of hebephrenic catatonie schizophrenia // J. Nerv. Ment. Dis. 1983. Vol. 171. P. 296–300.
18. Porto L., Bermanzohn P.C., Pollack S. et al. A profile of obsessive-compulsive symptoms in chronic schizophrenia // CNS Spectr. 1997. Vol. 2, N 3. P. 26–33.
19. Pulman J., Yassa R., Ananth J. Clomipramine treatment of repetitive behavior // Can. J. Psychiatry. 1984. Vol. 29. P. 254–255.
20. Siris S.G., Lavin M.R. Schizoaffective disorder, schizophreniform disorder and acute psychotic disorder (including brief reactive psychosis) // Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th Ed. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins, 1995. P. 1019–1031.
21. Siris S.G. Depression in the course of schizophrenia // Schizophrenia and comorbid conditions: diagnosis and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001. P. 31–56.
22. Strakowski S.M., Tohen M., Stoll A.L. et al. Comorbidity in psychosis at first hospitalization // Am. J. Psychiatry. 1993. Vol. 150. P. 752–757.
23. Stroebel C.F., Szarek B.L., Grueck B.C. Use of clomipramine in treatment of obsessive-compulsive symptomatology // J. Clin. Psychopharmacol. 1984. Vol. 4. P. 98–100.
24. Weinberger D.R. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 1987. Vol. 44. P. 660–669.
25. Yaryura-Tobias J.A., Neziroglu M.A., Bergman L. Clomipramine for O-C neurosis: an organic approach // Curr. Ther. Res. 1976. Vol. 20. P. 541–548.
26. Young P.C., Labatte L.A., Arana G.W. Comorbidity of panic disorder and schizophrenia. Poster presentation at the 151st annual meeting of the American Psychiatric Association, Toronto, Ontario, Canada, May 30–June 4, 1998. цит. по Bermanzohn, 2001.
27. Zarate R. The comorbidity between schizophrenia and anxiety disorders. Materials of 31st annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Miami Beach, FL, November 13–16, 1997.
28. Zohar J., Kaplan Z., Benjamin J. Clomipramine treatment of obsessive compulsive symptomatology in schizophrenic patients // J. Clin. Psychiatry. 1993. Vol. 54. P. 385–388.
29. Zohar J. Is there room for a new diagnostic subtype – the schizoaffective subtype? // CNS Spectr. 1997. Vol. 2, N 3. P. 49–50.
30. Zubin J., Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. 1977. Vol. 86. P. 103–126.

ТЕРАПИЯ ОБСЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ШИЗОФРЕНИИ

Д. В. Ястребов

Несмотря на то, что тревожные и обсессивные расстройства при шизофрении объединяют широкий пласт проблем, связанных с их диагностикой, квалификацией, выявлением закономерностей динамики и терапией, пристальное клиническое внимание к этой проблеме до настоящего времени невелико. Дальнейшее изучение этих расстройств позволит не только расширить понимание вопроса о взаимоотношении обсессивно-фобических расстройств с шизофренией, но и определить подходы к их терапии. Предпринятое нами исследова-

ние 30 больных показало, что рисперидон (ридонекс, Гедон Рихтер) при назначении в дозе 2–4 мг в сутки является эффективным препаратом для лечения большинства тревожно-обсессивных расстройств при шизофрении и позволяет добиться равномерного воздействия на весь спектр изученных нарушений без необходимости комбинирования с препаратами других классов.

Ключевые слова: шизообсессивное расстройство, шизотревожное расстройство, терапия шизофрении, рисперидон.

THERAPY OF OBSESSIVE AND ANXIOUS DISORDERS IN PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC SCHIZOPHRENIA

D. V. Yastrebov

In spite of the fact that anxious and obsessive disorders in patients with schizophrenia integrate diagnostic, clinical course and treatment issues as a whole problematic cluster, small prominence has given to them in research work. Further interest to this area will let clinicians to establish comprehension of correlations between obsessive-phobic symptoms and schizophrenia itself and give them approach to their therapy. Our results

based on the study of 30 patients show that risperidone in dosage of 2–4 mg/day may be an effective treatment of anxious-obsessive disorders in schizophrenia that uniformly affects the whole spectrum of disorders with no need for combining with other medications.

Key words: schizoaffective disorder, schizoanxious disorder, schizophrenia treatment, risperidone.

Ястребов Денис Васильевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения новых средств и методов терапии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского; e-mail: dvyastrebov@gmail.com