

# Клинический случай применения карипразина при терапевтически резистентной параноидной шизофрении коморбидной с аддиктивным расстройством

В.В. Становая<sup>1</sup>, М.В. Шаманина<sup>1</sup>, М.В. Иванов<sup>1</sup>, А.А. Абрамова<sup>2</sup>, В.Ф. Перейма<sup>2</sup>, И.В. Черняков<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

<sup>2</sup> ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 Калининградской области», Калининград, Россия

## РЕЗЮМЕ

Представлен сложный для лечения клинический случай пациентки с терапевтически резистентной шизофренией и коморбидным злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ). В рассматриваемом случае подробно описано начало заболевания, дальнейшее его развитие, длительный подбор терапии с последующим назначением карипразина, на фоне которого резистентная галлюцинаторно-параноидная симптоматика существенно редуцировалась.

Интерес приведенного случая для профессионального рассмотрения и обсуждения обусловлен доказанной практически путем эффективностью применения карипразина при наличии двойного психиатрического диагноза, а именно при курации сформировавшейся на фоне приема ПАВ терапевтической резистентности у больной, страдающей шизофреническим расстройством.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** карипразин, терапевтически резистентная шизофрения, злоупотребление психоактивными веществами

**КОНТАКТ:** Становая Виктория Владимировна, vika06.95@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5851-0626>

**КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ:** Становая В.В., Шаманина М.В., Иванов М.В., Абрамова А.А., Перейма В.Ф., Черняков И.В. Клинический случай применения карипразина при терапевтически резистентной параноидной шизофрении коморбидной с аддиктивным расстройством // Современная терапия психических расстройств. – 2020. – № 4. – С. 47–52. – DOI: 10.21265/PSYPH.2020.27.12.006

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ:** не задекларирован.

## Description of a Clinical Case of Reagila (Kariprazin) Use in Therapeutically Resistant Paranoid Schizophrenia Comorbid with Addictive Disorder

V.V. Stanovaya<sup>1</sup>, M.V. Shamanina<sup>1</sup>, M.V. Ivanov<sup>1</sup>, A.A. Abramova<sup>2</sup>, V.F. Pereima<sup>2</sup>, I.V. Chernyakov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> FGBU "National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev" Ministry Of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

<sup>2</sup> GBUZ "Psychiatric Hospital No. 1 of the Kaliningrad Region", Kaliningrad, Russia

## SUMMARY:

A complex clinical case of a patient with therapeutically resistant schizophrenia and comorbid substance misuse is presented. In this case, we describe in detail the onset of the disease, its further development, and the long-term selection of therapy followed by the appointment of cariprazine, against which the resistant hallucinatory-paranoid symptoms were significantly reduced.

The interest of the given case for professional consideration and discussion is due to the practically proven effectiveness of the use of cariprazine in the presence of a double psychiatric diagnosis, namely, during the supervision of the therapist formed against the background of taking psychoactive substances.

**KEY WORDS:** cariprazine, therapeutically resistant schizophrenia, substance misuse

**CONTACTS:** Stanovaya Victoria, vika06.95@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5851-0626>

**CITATION:** Stanovaya V.V., Shamanina M.V., Ivanov M.V., Abramova A.A., Pereima V.F., Chernyakov I.V. Description of a Clinical Case of Reagila (Kariprazin) Use in Therapeutically Resistant Paranoid Schizophrenia Comorbid with Addictive Disorder // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]. – 2020. – No. 4. – P. 47–52. – DOI: 10.21265/PSYPH.2020.27.12.006 [in Russian]

**CONFLICT OF INTEREST:** non declared.

## Введение

Психические расстройства часто сочетаются с коморбидным злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ). В частности, распространенность злоупотребления ПАВ у больных шизофренией варьируется в пределах 40–60 % [1]. Именно высокая частота представленности аддикций при шизофрении послужила причиной появления в практической медицине термина «двойной диагноз», который означает сочетание психических и аддиктивных расстройств [1]. Поскольку употребление ПАВ, как известно, может вызывать психотические симптомы, одним из главных вопросов остается вопрос о том, вызваны ли эти расстройства приемом ПАВ или они являются облигатными симптомами основного психотического расстройства [2].

Следует принять во внимание, что схожесть структуры психотических состояний, обусловленных употреблением ПАВ, и приступов параноидной шизофрении, индуцированных употреблением ПАВ, состоит в общности патогенетических механизмов развития этих заболеваний (дисбаланс дофаминергической системы) и объясняется способностью психостимуляторов вызывать реверсивную толерантность, или «сенситизацию», что способствует высокой коморбидности этих расстройств [3].

В настоящее время достоверно не выяснено, могут ли острые психотические расстройства, связанные с употреблением ПАВ, трансформироваться в хронический шизофренический психоз. По данным ряда проведенных исследований, вероятность этого велика [1]. Критериями, свидетельствующими о наличии хронического психотического расстройства, являются: персистирование психотических симптомов в период воздержания от приема ПАВ; симптомы, не соответствующие типу или количеству употребляемого ПАВ; наследственная отягощенность психическими расстройствами; типичные симптомы шизофрении (например, слуховые псевдогаллюцинации) и/или наличие негативной психопатологической симптоматики и симптомов когнитивного дефицита [2].

Лечение лиц, страдающих шизофренией, коморбидной с аддиктивной патологией, представляет собой значимую проблему, поскольку употребление ПАВ на фоне процессуального заболевания приводит к увеличению частоты рецидивов, усилению тяжести психотической симптоматики, снижению качества жизни пациентов и, как следствие, снижению приверженности терапии и нарушениям комплаенса [1, 4]. Злоупотребление ПАВ оказывает неблагоприятное влияние на течение шизофрении и прогноз заболевания. Кроме того, злоупотребление ПАВ затрудняет подбор терапии и может со временем приводить к формированию фармакорезистентности [1]. Проблема терапевтической резистентности остается одной из наиболее важных и актуальных в психиатрии. Согласно приводимым в современных научных публикациях данным, от 5 до 30 % больных оказываются резистентными к применению стандартной антипсихотической терапии [1, 5]. В качестве

триггеров, обуславливающих формирование терапевтической резистентности, часто рассматривают различные клинические и терапевтические факторы и их сочетания. Отдельно выделяют случаи идиопатической резистентности [5, 6].

Приведенный выше краткий обзор литературы с использованием материала современных публикаций о проблеме «двойного диагноза» в психиатрии представляется более чем необходимым, так как в рассмотренном далее клиническом случае процессуального расстройства формирование терапевтической резистентности к антипсихотической терапии, вероятно, и было связано с коморбидным злоупотреблением ПАВ.

Поскольку в представленном клиническом примере применение карипразина было эффективно при лечении шизофрении с коморбидным аддиктивным расстройством, целесообразно описать основные особенности данного препарата.

Карипразин – производное соединения пиперазина, частичный агонист дофаминовых D3/D2-рецепторов с преимущественным воздействием на D3-рецепторы. Воздействие карипразина на D3-рецепторы в сочетании с его парциальным агонизмом по отношению к D3-рецепторам обуславливает терапевтическое воздействие препарата на негативную, аффективную (депрессивную) симптоматику и когнитивные нарушения при шизофрении. Кроме того, карипразин обладает высокой аффинностью к серотониновым рецепторам 5-HT<sub>2B</sub>, меньшей – к рецепторам 5-HT<sub>1A</sub>, что оказывает благоприятное терапевтическое воздействие на негативные симптомы и когнитивную дисфункцию. В меньшей степени препарат связывается с рецепторами 5-HT<sub>2A</sub>, H<sub>1</sub>, 5-HT<sub>7</sub>, 5-HT<sub>2C</sub> и адренергическими рецепторами. Доказано, что применение карипразина приводит к повышению количества, плотности, увеличению фосфорилирования и функциональной активности NMDA-рецепторов [7].

Большое значение для настоящего клинического случая имеет тот факт, что D3-рецепторы, расположенные преимущественно в лимбических областях головного мозга, входящих в систему вознаграждения, принимают участие в формировании аддиктивного поведения. Доказано, что у пациентов с зависимостью от различных ПАВ заметно усилена экспрессия D3-рецепторов [8]. D3-агонисты снижают влечение и симптомы абстиненции при злоупотреблении психостимулирующими средствами, т. е. средствами, имеющими условно высокую стоимость в системе вознаграждения [9].

Таким образом, применение карипразина может приводить к следующим эффектам: смягчать поисковое, ассоциированное с ПАВ поведение; уменьшать потребление ПАВ и корректировать пищевое поведение; снижать проявления тревоги, стресса, ангедонии у пациентов в состоянии абстиненции и на постабстинентном этапе; улучшать просоциальное и когнитивное функционирование, необходимое на всех этапах лечения, реабилитации и ресоциализации пациентов с синдромом зависимости [8].

## Клинический случай

Больная М., 1989 г. р. (31 год).

### Анамнез жизни

Наследственность психопатологически отягощена: бабушка в возрасте около 60 лет стала «слышать голоса», троюродный брат пациентки также «слышал голоса», неоднократно лечился в психиатрической больнице. Пациентка родилась от первой беременности в возрасте матери 20 лет, в полной семье. Беременность и роды протекали без осложнений. Раннее развитие без особенностей. В детский сад пошла с 3 лет, адаптировалась хорошо, была послушным ребенком. В школу пошла с 6 лет. Учиться нравилось, отношения с одноклассниками и учителями складывались хорошие. Была активной, общительной, «девочкой-разбойницей». Успеваемость была достаточно высокой, сложностей в обучении не отмечала. В период обучения наблюдались проблемы с дисциплиной, часто получала неудовлетворительные оценки за поведение. В свободное от школы время посещала секцию волейбола, танцевальный кружок, участвовала в концертных программах. Успешно окончила 11 классов: в аттестате преимущественно оценки «5». После окончания школы поступила в Балтийский федеральный университет имени И. Канта на специальность «Филология и журналистика», однако учебу не окончила, была отчислена во втором семестре 5-го курса (объясняет это тем, что «началась самостоятельная жизнь, вот и забросила...»). В последующем работала администратором в детском саду, администратором в детской клинике, администратором в салоне красоты, тренером в фитнес-центре, менеджером в магазине одежды, мастером маникюра. Работу меняла часто, не задерживаясь более 3–4 месяцев на одном месте. Объясняет это тем, что «надоедало, не могла найти себя». В мае 2020 г. окончила курсы SMM (маркетинг в социальных сетях), после чего начала заниматься продвижением аккаунтов в социальных сетях (и занимается этим в настоящее время).

### Наркологический анамнез

Со слов больной, в период с 2014 г. по 2018 г. (в возрасте 25–29 лет) периодически употребляла ПАВ. В 2014 г. отмечался однократный прием «солей». В последующие годы от одного до четырех раз в месяц употребляла марихуану, кокаин, «марки». Последнее употребление ПАВ (кокаин) в январе 2018 г.

### Анамнез заболевания

Психические нарушения впервые возникли в 2014 г. после того как пациентка, находясь на отдыхе в Испании, в компании подруги и знакомых молодых людей впервые употребила ПАВ – «соли». Предполагает, что ей «что-то еще подсыпали в алкоголь». Через полчаса после употребления ПАВ появилось сильное чувство страха, стало казаться, что окружающие люди ее обсуждают, что она «выглядит

дурой», «несет всякую чушь». В тот же день познакомилась с парнем по имени Дима, с которым в последующие дни отдыха, на протяжении недели, употребляла марихуану. С ее слов, этот период она частично амнезировала, говорит, что «все было отрывками», «то отключалась, то включалась», не помнит, как улетала из Испании.

После возвращения в Калининград продолжила общение с этим молодым человеком, договорились о новой встрече в Берлине. По дороге туда, в автобусе, почувствовала себя плохо, стала считать, что все вокруг подстроено, была раздражительна, возбуждена. В Берлине, встретившись с Димой, начала вести себя неадекватно: «плакала, страдала, истерила». В отеле, поднимаясь по лестнице, увидела «свет», за которым «пыталась идти». На следующий день чувствовала себя нормально, но при этом большую часть происходящих накануне событий амнезировала. В последующие два дня вместе с Димой употребляла кокаин, происходившие события также не остались в памяти. После возвращения в Калининград ей стало казаться, что этот молодой человек «присматривает», «следит», «оберегает», «может читать СМС», также стала обращать внимание на особое отношение окружающих, будто бы те «переговариваются», обсуждают ее за спиной. Продолжала периодически прибегать к приему ПАВ (марихуана, кокаин). После употребления «марки» стала «слышать в голове голос Димы» (молодого человека), который говорил, что он «волшебник». Появилось ощущение «воздействия» с его стороны. Считала, что он может «вкладывать мысли, управлять действиями, эмоциями». Кроме того, ощущала, как Дима в нее «вселялся», что сопровождалось ощущением «адской боли» в той части тела, через которое он «вселялся», и при этом же испытывала «чувство нереальной любви».

В дальнейшем слуховые обманы восприятия стали носить императивный характер: по приказу «голоса, звучавшего внутри головы», могла посещать кафе, не заплатив, ездить на такси без оплаты. В череду таких событий однажды, проехав на такси всю ночь, была доставлена водителем в таксомоторное предприятие для беседы об оплате, откуда сумела убежать, также не уплатив требуемую сумму. После этого случая возникли идеи преследования со стороны хозяина таксопарка. В частности, «все тот же голос» сообщал, что «нерусские найдут и убьют», считала, что везде установлены «камеры и жучки». Во время нахождения одной дома ей стало казаться, что «убивают маму», после чего, под воздействием императивных псевдогаллюцинаций, совершила суицидную попытку путем нанесения порезов в области предплечий. Внезапно пришедшей матери объяснила этот поступок тем, что «голос сказал, если не убью себя, то убьют нерусские».

Машиной скорой помощи была доставлена в психиатрический стационар по месту жительства, где находилась в течение трех месяцев, получала терапию rispидоном до 7 мг/сут, сертралином 50 мг/сут, тригексифенидилом 4 мг/сут. Перед выпиской диссимилировала свои переживания, сообщив, что обманы восприятия отсутствуют. Сама пациентка объясняет

это тем, что «Дима полностью контролировал», «запретил говорить». Спустя месяц призналась матери, что продолжает слышать в голове «голос Димы». Тем не менее в процессе лечения стала более критична к болезненным переживаниям, несколько дезактуализировались бредовые идеи. Посещала психоневрологический диспансер по месту жительства, продолжала принимать рисперидон до 7 мг/сут, сертралин 50 мг/сут, без выраженного эффекта.

В связи с актуальным психотическим состоянием, по настоянию матери, пациентка обратилась на консультацию в Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии (НМИЦ ПН) имени В.М. Бехтерева, после чего 14.10.2015 была госпитализирована. При поступлении была тревожна, отмечались слуховые обманы восприятия, «голос сказал: это не Дима, а болезнь», отмечались явления идеаторного и моторного психических автоматизмов, «вкладывает мысли, контролирует действия, эмоции», жаловалась на обрывы мыслей, высказывала бредовые идеи воздействия со стороны «Димы», отрывочные идеи отношения, преследования. Последовательно назначалась терапия галоперидолом до 50 мг/сут (частично парентерально), арипипразолом до 30 мг/сут, трифлуоперазином 10 мг/сут с параллельным проведением электросудорожной терапии (ЭСТ) (5 процедур), зуклопентиксолом до 15 мг/сут совместно с клозапином до 100 мг/сут, однако значимых изменений в состоянии не наблюдалось. На фоне терапии палиперидоном до 9 мг/сут в сочетании с ЭСТ (12 процедур) отмечалось кратковременное послабление параноидной симптоматики. В последующем назначались клозапин и сертралин, на фоне чего нормализовался аффективный фон, уменьшился объем параноидных переживаний, стало более целенаправленным мышление, исчезли обрывы мыслей, появилась критика к переживаниям острого периода.

Была выписана 24.03.2016 в стабильном состоянии с остаточной галлюцинаторной симптоматикой. После выписки регулярно принимала поддерживающую терапию клозапином 300 мг/сут и сертралином 100 мг/сут, режим дозирования не нарушала, однако галлюцинаторно-параноидные переживания вскоре вновь актуализировались в связи с чем повторно была госпитализирована в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Проводилась терапия оланзапином до 20 мг/сут и сертралином до 100 мг/сут, которая не дала какого-либо положительного эффекта. В дальнейшем пациентка была переведена на прием галоперидола с параллельным проведением ЭСТ (14 процедур), что привело лишь к частичному и кратковременному положительному эффекту. На фоне терапии высокими дозами галоперидола (до 40 мг/сут), в том числе парентерально, клозапином 50 мг/сут, назначенного для коррекции диссомнических нарушений, постепенно нормализовались аффективный фон, сон, уменьшился объем галлюцинаций и автоматизмов.

Выписана 26.12.2016 с рекомендацией приема галоперидола 20 мг/сут, сертралина 100 мг/сут, клозапина 50 мг на ночь, инъекции галоперидола деканоата 100 мг 1 раз в 2 недели. На фоне принимаемой терапии стала отмечать заторможенность,

сонливость, апатию, обратилась с просьбой коррекции терапии. Находилась повторно на стационарном лечении в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева с 17.01.2017 по 14.04.2017. Проводилась терапия галоперидолом 40 мг/сут, сертралином до 100 мг/сут, азенапином до 20 мг/сут с некоторым послаблением продуктивной симптоматики. В последующем была назначена сочетанная терапия галоперидолом до 20 мг/сут, арипипразолом 30 мг/сут и дулоксетином до 60 мг/сут, на фоне чего нормализовались сон и настроение, продуктивная симптоматика сохранялась в редуцированном виде.

До октября 2018 г. принимала поддерживающую терапию галоперидолом и арипипразолом, состояние оставалось стабильным. С ноября 2018 г., после самостоятельной отмены галоперидола, психическое состояние вновь ухудшилось: стала тревожна, нарушился сон, изменился характер галлюцинаторно-параноидной симптоматики: «мужской голос в голове будит по ночам, вкладывает в голову сны, мысли, ситуации, чувствую его присутствие, управляет моими руками, ногами», говорила, что «когда закрывает глаза, предметы вокруг летают... падаю куда-то...». Кроме того, возникли непроизвольные движения языком, сама их не замечала.

В четвертый раз была госпитализирована в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Находилась на стационарном лечении с 12.11.2018 по 21.12.2018. Получала сочетанную терапию арипипразолом 30 мг/сут, карбамазепином до 500 мг/сут, левомепромазином до 50 мг/сут с последующей его отменой, хлорпротиксеном 50 мг/сут, амантадином до 200 мг/сут, тригексифенидилом до 6 мг/сут. На фоне такого варианта терапии в значительной степени уменьшилась выраженность продуктивной симптоматики, редуцировались ЭПС, нормализовался аффективный фон, купированы диссомнические нарушения. После выписки поддерживающую терапию принимала регулярно.

Следующее ухудшение стало развиваться с начала 2019 г., когда вновь нарушился сон, усилились слуховые обманы восприятия, «голос в голове ведет беседу, во всем хочет участвовать», явления моторного и идеаторного психических автоматизмов в виде «вкладывания мыслей, управления руками, ногами», высказывала бредовые идеи преследования («ощущение, будто мой телефон кто-то просматривает, следят за мной»), отношения («люди как-то не так смотрят, что-то говорят обо мне»), в связи с чем 15.01.2019 была госпитализирована в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Получала терапию арипипразолом 30 мг/сут, карбамазепином до 600 мг/сут, хлорпротиксеном 50 мг/сут. На фоне терапии нормализовался сон, несколько уменьшилась выраженность галлюцинаторно-параноидной симптоматики. После выписки продолжила прием поддерживающей терапии, однако стойкого улучшения состояния не отмечала, галлюцинаторно-параноидная симптоматика эпизодически достигала выраженной степени.

В конце апреля 2020 г. в связи с сохранением слуховых и тактильных обманов восприятия («голос в голове ведет беседу, во всем хочет участвовать», «кажется, что он прикасается», «как поглаживает»), явлений моторного и идеаторного психических



автоматизмов в виде «вкладывания мыслей, управления руками, ногами, эмоциями», ощущений, что «голос делает» ей различные «физические ощущения», что «люди как-то не так смотрят, что-то говорят», «телефон кто-то просматривает», обратилась на консультацию в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Ввиду невозможности госпитализации по социальным причинам (отказалась от госпитализации, так как молодой человек пациентки не знал о ее заболевании) амбулаторно была переведена на терапию карипразином с одномоментным назначением дозы 6 мг/сут и постепенной отменой арипипразола в течение недели. Поскольку в этом периоде как аффективные, так и диссомнические нарушения отсутствовали, карбамазепин и хлорпротиксен были одномоментно отменены. Основным рекомендованным больной базовым лечением стала монотерапия высокими дозами карипразина.

На фоне проводимой терапии отмечалось существенное улучшение психического состояния: уменьшилась выраженность слуховых обманов восприятия, больная отметила, что «голос стал тише, уже не так мешает...», «теперь поддерживает, говорит, что все будет хорошо». Одновременно в значительной степени уменьшилась актуальность бредовых идей отношения, преследования, воздействия, «очень редко может показаться, что кто-то обо мне говорит или мой телефон кто-то просматривает, но значительно реже». Практически редуцировались моторные психические автоматизмы, частично — идеаторные. Пациентка говорит, что «бывает, когда он, Дима, вкладывает мысли, не дает слушать оппонента, но это очень редко».

Обращает на себя внимание, что со слов самой больной, уже за первую неделю приема карипразина стала спокойнее, прошли «эпизоды паники, когда казалось, что за мной следят», «перестала истерить, нести чушь». С 3–4-й недели заметила уменьшение громкости «голоса», ослабление ощущений «контроля» над ней.

Спустя три месяца приема карипразина пациентка рассказала о своем состоянии следующее: «Более ясный ум и мысли, четкая формулировка их и понятное изложение. Собранность и организованность. Очевидно, что болезнь меньше на меня влияет. Мне с каждым днем лучше, могу сказать, что чувствую облегчение. Периоды, когда мне сложно справиться со своей болезнью, имеют место быть. Но их становится значительно меньше. Если более развернуто, то сейчас я работаю и изучаю программы, которые бы сложно мне давались раньше. Мне однозначно нравится то, что сейчас со мной происходит, я надеюсь, что дальше будет лучше. Это лекарство однозначно мне помогает».

## Текущее состояние пациентки

*Психический статус при амбулаторном осмотре 16.08.2020.* Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Продуктивному контакту доступна, охотно вступает в беседу, заинтересована, активно делится своими переживаниями. Зрительный контакт поддерживает. Сообщает

о сохранении «голосов», при этом отмечает, что «голос стал тише, уже не так мешает... теперь поддерживает, говорит, что все будет хорошо». Рассказывает, что «голос периодически вкладывает мысли, не дает слушать оппонента, но это очень редко». На момент осмотра бредовых идей не высказывает, но говорит, что «очень редко может показаться, что кто-то обо мне говорит или мой телефон кто-то просматривает, но значительно реже». Поведение спокойное. Внешне: опрятна, улыбчива, дружелюбна. Мимика живая, выразительная. Эмоциональные реакции соответствуют содержанию беседы и характеру высказываний. Фон настроения ровный. Речь грамотная, логически стройная, целенаправленная, последовательная, обычного темпа. Мышление целенаправленное, последовательное, обычного темпа. Опасных тенденций не обнаруживает. Сон, аппетит не нарушены. Критика к болезни частичная.

*Соматоневрологический статус без особенностей.*

## Обсуждение

Настоящий клинический случай представляется сложным и интересным в связи со стойкостью галлюцинаторно-параноидной симптоматики несмотря на адекватную по продолжительности и дозированию психофармакотерапию. Вероятно, проявления терапевтической резистентности были обусловлены регулярным употреблением ПАВ, в результате чего психотическая симптоматика стала более стойкой. Назначение карипразина привело к значимому улучшению состояния за относительно небольшой промежуток времени: уменьшилась выраженность слуховых обманов восприятия, в значительной степени снизилась актуальность бредовых идей отношения, преследования, воздействия. Кроме того, полностью редуцировались явления моторного психического автоматизма, частично — идеаторного. Такая быстрая положительная динамика, вероятно, обусловлена как самостоятельным прекращением употребления ПАВ, так и особым механизмом действия карипразина, а именно частичным агонизмом D3-рецепторов, что помимо значимой редукции продуктивной психопатологической симптоматики привело к снижению поискового, ассоциированного с ПАВ поведения. Возможно, что без приема карипразина аддитивные расстройства вскоре бы возобновились, однако при существующем регулярном приеме именно этого антипсихотика, несомненно, заслуживает внимания тот факт, что несмотря на периодически возникающие мысли об употреблении ПАВ больная самостоятельно формирует избегающее поведение и полностью отказывается от их приема.

## Психопатологический диагноз

*Основной:* параноидная шизофрения, непрерывный тип течения. Галлюцинаторно-параноидный синдром (F20.006).

*Сопутствующий:* зависимость от психоактивных веществ (F14.2).

## Рекомендации и прогноз

Динамическое наблюдение психиатра по месту жительства. Прием поддерживающей терапии карипразином 6 мг/сут неопределенно длительное время в комплексе с психосоциальной поддержкой.

**Прогностическая оценка заболевания.** Вероятно, несмотря на прием поддерживающей терапии у больной будет сохраняться как минимум резидуаль-

ная психопродуктивная симптоматика. Вместе с тем при условии регулярной поддерживающей антипсихотической терапии (прежде всего прием средних или максимальных суточных доз карипразина) и при обязательном условии полного исключения больной последующего приема ПАВ существует возможность избежать последующих обострений заболевания и тем самым снизить прогрессивность процессуального расстройства.

## ЛИТЕРАТУРА

## REFERENCES

1. Сиволоп Ю.П., Янушкевич М.В., Савченков В.А. Двойной диагноз: шизофрения и злоупотребление психоактивными веществами // Неврологический вестник. – 2017. – Т. 49, № 2. – С. 57–60.
2. Crockford D., Addington D. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders // Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie. – 2017. – Vol. 62 (9). – P. 624–634. – DOI: 10.1177/0706743717720196
3. Иванов М.В., Степанчук Ю.Б. Употребление психоактивных веществ амфетаминового ряда и шизофрения: проблема коморбидности // Матер. науч.-практ. конф. к 110-летию кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. – 351 с.
4. Shokrgozar S., Ahmadi R., Yousefnezhad A., Roshandelrad M., Khosravi T., Ellahi M., Pakdaman M., Eskandari A. Drug Addiction in Patients With Chronic Schizophrenia and Its Relation With Psychopathology and Impulsiveness // Global Journal of Health Science. – 2015. – No. 7 (7). – P. 131–136. – DOI: 10.5539/gjhs.v7n7p131
5. Петрюк П.Т. Лечение больных терапевтически резистентной параноидной шизофренией // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4. – С. 43–47.
6. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Оленева Е.В., Алфимов П.В. Современные методы преодоления терапевтической резистентности при шизофрении // Мосолов С.Н. Биологические методы терапии психических расстройств. Доказательная медицина – клинической практике. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – С. 102–117.
7. Медведев В.Э. Карипразин – новый антипсихотик для лечения шизофрении // Современная терапия психических расстройств. – 2019. – № 1. – С. 22–29. – DOI: 10.21265/PSYPH.2019.59.55.004
8. Шайдеггер Ю.М., Доровских И.В. Возможности применения при аддиктивной патологии парциальных агонистов D3-рецепторов // Эффективная фармакотерапия. – 2020. – Т. 16, № 4. – С. 30–34. – DOI: 10.33978/2307-3586-2020-16-4-30-34
9. Мосолов С.Н., Алфимов П.В. Роль дофаминовых D3-рецепторов в механизме действия современных антипсихотиков // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 1. – С. 2–9.
1. Sivolap Yu.P., Yanushkevich M.V., Savchenkov V.A. Dvoynoi diagnost: shizofreniya i zloupotrebleniye psikhoaktivnyimi veshchestvami // Nevrologicheskii vestnik. – 2017. – T. 49, № 2. – S. 57–60.
2. Crockford D., Addington D. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders // Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie. – 2017. – Vol. 62 (9). – P. 624–634. – DOI: 10.1177/0706743717720196
3. Ivanov M.V., Stepanchuk Yu.B. Upotrebleniye psikhoaktivnykh veshchestv amfetaminovogo ryada i shizofreniya: problema komorbidnosti // Mater. nauch.-prakt. konf. k 110-letiyu kafedry psikiatrii i narkologii Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni akademika I.P. Pavlova. – SPb.: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2010. – 351 s.
4. Shokrgozar S., Ahmadi R., Yousefnezhad A., Roshandelrad M., Khosravi T., Ellahi M., Pakdaman M., Eskandari A. Drug Addiction in Patients With Chronic Schizophrenia and Its Relation With Psychopathology and Impulsiveness // Global Journal of Health Science. – 2015. – No. 7 (7). – P. 131–136. – DOI: 10.5539/gjhs.v7n7p131
5. Petryuk P.T. Lecheniye bol'nykh terapevticheski rezistentnoi paranoidnoi shizofreniei // Zhurnal psikiatrii i meditsinskoi psikhologii. – 2004. – № 4. – S. 43–47.
6. Mosolov S.N., Tsukarzi E.E., Oleneva E.V., Alfimov P.V. Sovremennyye metody preodoleniya terapevticheskoi rezistentnosti pri shizofrenii // Mosolov S.N. Biologicheskie metody terapii psikhicheskikh rasstroystv. Dokazatel'naya meditsina – klinicheskoi praktike. – M.: Sotsial'no-politicheskaya mysl', 2012. – S. 102–117.
7. Medvedev V.E. Kariprazin – novyi antipsikhotik dlya lecheniya shizofrenii // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv. – 2019. – № 1. – S. 22–29. – DOI: 10.21265/PSYPH.2019.59.55.004
8. Shaidegger Yu.M., Dorovskikh I.V. Vozmozhnosti primeneniya pri addiktivnoi patologii partsial'nykh agonistov D3-retseptorov // Effektivnaya farmakoterapiya. – 2020. – T. 16, № 4. – S. 30–34. – DOI: 10.33978/2307-3586-2020-16-4-30-34
9. Mosolov S.N., Alfimov P.V. Rol' dofaminovykh D3-retseptorov v mekhanizme deistviya sovremennykh antipsikhotikov // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv. – 2014. – № 1. – S. 2–9.