

Обсессивно-компульсивное расстройство

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) (от лат. *obsessio* — «осада», «охватывание», англ. *obsession* — «одержимость идеей» и лат. *compello* — «принуждаю», англ. *compulsion* — «принуждение»), **невроз навязчивых состояний** — психическое расстройство. Может иметь хронический, прогрессирующий или эпизодический характер. При ОКР у больного невольно появляются навязчивые, мешающие или пугающие мысли (обсессии). Он постоянно и безуспешно пытается избавиться от вызванной мыслями тревоги с помощью столь же навязчивых и утомительных действий (компульсий). Иногда отдельно выделяются обсессивное (преимущественно навязчивые мысли) и компульсивное (преимущественно навязчивые действия) расстройства.

Люди страдающие данным расстройством, признают и понимают, что их мысли нелогичны и неправильны, а действия не имеют смысла, но в тоже время, не могут противостоять данным мыслям и действиям, поскольку это вызывает сильное чувство тревоги с которым они не в состоянии совладать. Зачастую, они стесняются расстройства, скрывают его и проходит немало времени прежде чем они решаются обратиться к психиатру.

Обсессивно-компульсивное расстройство чаще всего начинается от в возрасте от 10 до 30 лет. При этом первое посещение психиатра наступает обычно только между 25 и 35 годами. Между началом болезни и первой консультацией может пройти до 7,5 лет. Средний возраст госпитализации — 31,6 лет.



Диагностические указания:

Для точного диагноза, обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те и другие должны иметь место наибольшее количество дней за период по крайней мере 2 недели подряд и быть источником дистресса и нарушения активности. Обсессивные симптомы должны иметь следующие характеристики:

- а) они должны быть расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- б) должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной более не сопротивляется;
- в) мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не считается в этом смысле приятным);
- г) мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)

Они могут принимать форму идей, психических образов или импульсов к действиям. Они очень различны по содержанию, но почти всегда неприятны для субъекта. Например, женщина мучается страхом, что она может случайно не устоять перед импульсом убить любимого ребенка, или же непристойных или богохульных и чуждых "я" повторяющихся образов. Иногда идеи просто бесполезны, включая бесконечные квази-философские рассуждения по малосущественным альтернативам. Эти не приводящие к решению рассуждения по альтернативам являются важной частью многих других обсессивных размышлений и часто сочетаются с невозможностью сделать тривиальные, но необходимые в повседневной жизни решения. Взаимосвязь между обсессивными размышлениями и депрессией особенно тесная: диагнозу обсессивно-компульсивного расстройства должно отдаваться предпочтение только если размышления возникают или продолжают оставаться при отсутствии депрессивного расстройства.

Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)

Большинство навязчивых действий (компульсий) касается соблюдения чистоты (особенно мытья рук), непрерывного контроля за предотвращением потенциально опасной ситуации или за порядком и аккуратностью. В основе внешнего поведения лежит страх, обычно опасности для больного или опасности, вызываемой больным, а ритуальное действие является бесплодной или символической попыткой предотвратить опасность. Компульсивные ритуальные действия могут ежедневно занимать помногу часов и иногда сочетаются с нерешительностью и медлительностью. Они в равной степени встречаются у обоих полов, но ритуалы мытья рук более характерны для женщин, а медлительность без повторения - для мужчин.

Компульсивные ритуальные действия менее тесно связаны с депрессией, нежели обсессивные мысли, и более легко поддаются поведенческой терапии.

История

- В Средневековье таких людей считали одержимыми.
- **Новое время.** Первое клиническое описание расстройства принадлежит Феликсу Платеру (1614 год). В 1621 Робертом Бартоном в книге «Анатомия меланхолии» был описан навязчивый страх смерти. Аналогичные навязчивые сомнения, опасения описывал в 1660 Джереми Тейлор и Джон Мур, епископ Эльский. В Англии XVII века навязчивые состояния также причисляли к «религиозной меланхолии», однако, наоборот, считали, что происходят они из-за чрезмерного посвящения себя Богу.
- **XIX век**

В XIX веке впервые широко распространился термин «невроз», к которому и причисли навязчивости. Обсессии стали дифференцировать от бреда, а компульсии — от импульсивных действий. Влиятельные психиатры дискутировали, относить ли ОКР к расстройству эмоций, воли или интеллекта.

В 1827 году Жан-Этьен Доминик Эскироль описал одну из форм невроза навязчивых состояний — «болезнь сомнений» (фр. folie de doute). Он колебался между классификацией её как расстройства интеллекта и воли.

Симптомы и поведение больных.

Клиническая картина

Больные ОКР — мнительные люди, склонные к редким максимально-решительным действиям, что сразу заметно на фоне их доминирующего спокойствия.

Обсессии

Самые распространенные навязчивые идеи связаны с:

Патологическим страхом загрязнения (грязи, инфекций)

Постоянно возникающими сомнениями (закрыта ли квартира, выключена ли вода или газ)

Патологическая аккуратность, когда больной не может перенести даже мысль о том, что вещь лежит не на своем месте

Постоянные опасения и боязнь причинить вред себе или окружающим

Неконтролируемый и беспричинный гнев или проявление жестокости к окружающим

Беспричинные сомнения в собственной вере и нравственности

Потребность в постоянном подтверждении хорошего отношения к себе окружающих

Повышенное внимание к определенным звукам, символам, словам или числам

Компульсии

Реакцией на навязчивую идею могут служить следующие действия:

- Частое мытье рук
- Постоянная проверка, выключен ли газ и вода
- Педантичное соблюдение всех правил гигиены и поддержание идеального порядка. Расположение предметов в строго определенном порядке.
- Собираание старых газет, почты и ненужных пустых коробок
- Повторение слов, фраз, счёт
- Частое выполнение определенных действий: выход из комнаты, приседания, прикосновение к определенным предметам и пр.



Трихотиломания

Считается, что это состояние является промежуточным между обсессивно-компульсивным расстройством и стереотипными движениями. Люди, страдающие этим расстройством, также часто обнаруживают признаки тревожного расстройства и депрессии. При этом замечено, чем сильнее тревога, тем интенсивней «работа над собой» Некоторые пациенты еще и жуют или едят выдеранные волосы, и такое явление носит название трихофагия. Трихофагия может привести к серьезному расстройству, опасному для жизни, которое носит название «синдром Рапунцел» (это была длинноволосая девочка из сказки братьев Grimm). Заключается он в том, что съеденные волосы не перевариваются в желудочно-кишечном тракте, а скатываются в шарик, который закупоривает кишечник и вызывает кишечную непроходимость.



Этиология

На данный момент конкретный этиологический фактор неизвестен. Существует несколько обоснованных гипотез. Можно выделить 3 основные группы этиологических факторов:

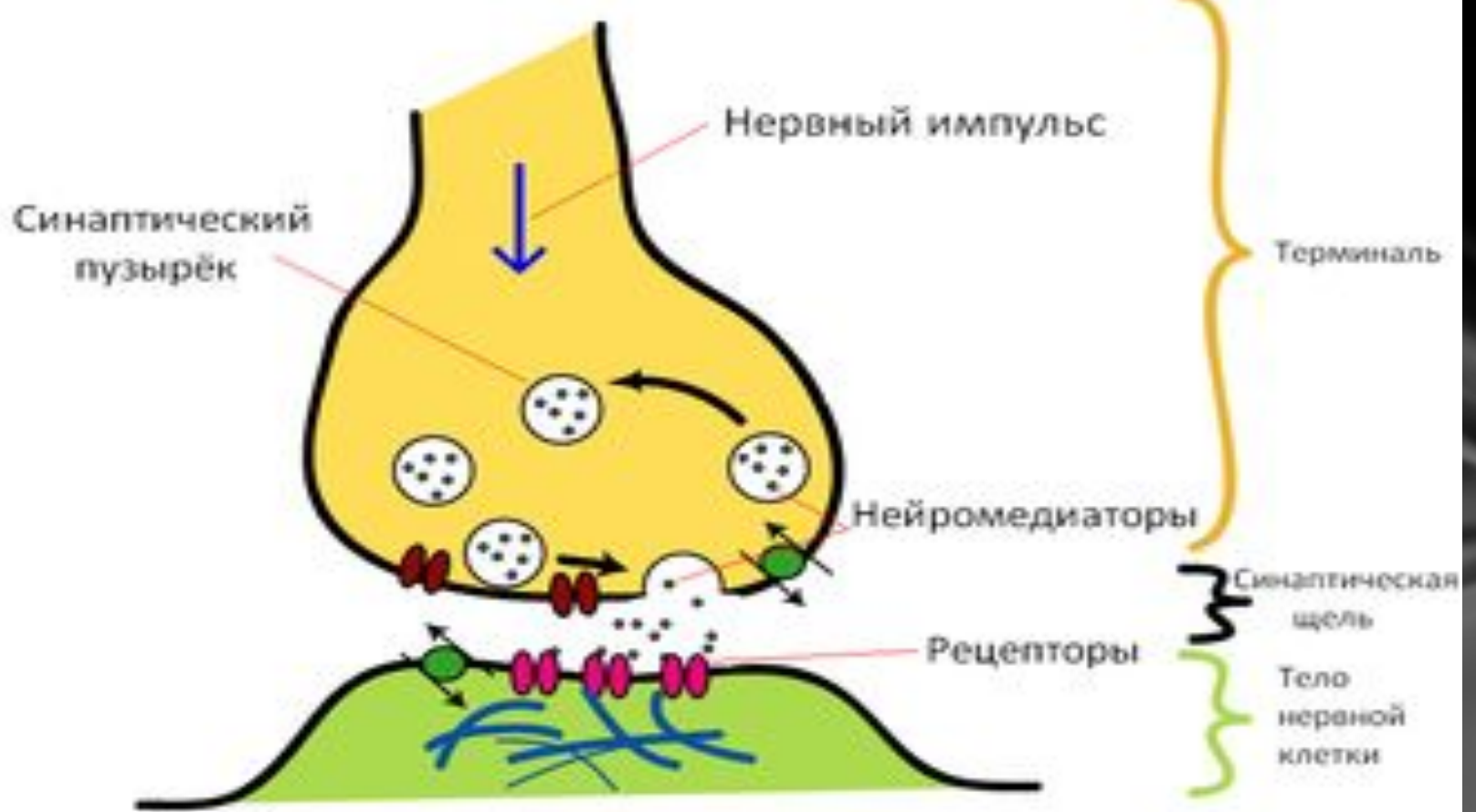
Биологические:

- Заболевания и функционально-анатомические особенности головного мозга; особенности функционирования вегетативной нервной системы¹.
- Нарушения в обмене нейромедиаторов — в первую очередь, серотонина и дофамина, а также — норадреналина и ГАМК.
- **Генетические** — повышенная генетическая конкордантность (англ. concordance – совпадение, сходство у разных индивидов к.-л. свойства напр., интеллекта или предрасположения к депрессии).
- Инфекционный фактор (теория PANDAS-синдрома);

Психологические:

- Психоаналитическая теория.
- Теория И. П. Павлова и его последователей.
- Конституционно-типологические — различные акцентуации личности или характера.
- Экзогенно-психотравмирующие — семейные, половые или производственные.

Социологические (микро- и макросоциальные) и когнитивные теории (строгое религиозное воспитание, моделирование окружающей обстановки, неадекватный ответ на специфические ситуации).



Лечение

Общие правила лечения:

При лечении важно помнить, что ОКР часто имеет волнообразное течение с долгими периодами ремиссии. ОКР часто сопровождается депрессивным расстройством, и в таких случаях эффективное лечение депрессии часто ведет к уменьшению обсессивной симптоматики. По этой причине должен быть проведен тщательный поиск наличия депрессивного расстройства у каждого пациента с ОКР.

Лечение следует начинать с объяснения симптомов и, при необходимости, с убеждения, что эти симптомы вовсе не являются ранним признаком «сумасшествия» (что обычно беспокоит пациентов с обсессиями). Пациенты, страдающие обсессиями, часто вовлекают в свои ритуалы других членов семьи, поэтому при планировании лечения важно опросить родственников и убедить их выработать твердое, но сочувственное отношение к пациенту.

Психотерапия:

Обсессивные ритуалы уменьшаются при сочетании предупреждения реакции и экспозиции с любыми стимулами окружающей среды, которые усиливают их. У 2/3 пациентов с умеренно выраженными навязчивыми ритуалами может наблюдаться существенное, но не полное облегчение состояния. Когда ритуалы уменьшаются с помощью этого вида лечения, также снижается и интенсивность сопутствующих навязчивых мыслей. Пациенты, которые упорно не признают, что их мысли ошибочны, склонны реагировать на поведенческую психотерапию так же, как и те, у которых имеются более типичные симптомы обсессии.

Бихевиоральное лечение гораздо менее эффективно при наличии навязчивых мыслей без ритуалов. Для таких пациентов показана фармакотерапия.

Как уже отмечалось, ОКР имеет волнообразное течение и может иметь окончательный благоприятный исход при любом виде лечения. До выздоровления поддерживающие интервью могут оказать пользу пациентам, укрепляя и пролонгируя надежду на выздоровление.

Спасибо за внимание! 😊