

Навязчивые (обсессивно- компульсивные) расстройства

Проф. Ю.С.Шевченко

Навязчивый (обсессивный) феномен – это такой непроизвольно возникающий психический акт, который, с одной стороны, чужд сознанию больного, мешает ему, нарушая нормальный ход мышления, содержание которого больным критически воспринимается, как правило неприятно, что обуславливает его борьбу с этим явлением, а, с другой стороны, обсессия остается непреодолимой и неотступно, упорно возвращается в сознание. Навязчивости вызывают у страдающего ими человека неприятный, тягостный аффект, связанный как с самим фактом существования чуждого и непреодолимо повторяющегося психического акта, так и, нередко, содержанием навязчивого феномена.

Навязчивые расстройства подразделяют на навязчивые страхи – **фобии** и собственно **обсессии** (все *прочие навязчивости*).

Другой принцип классификации навязчивостей – разделение их на **образные** или **чувственные**, с преимущественной локализацией в первой сигнальной системе и **отвлеченные** или **абстрактные** с второсигнальной представленностью.

Несмотря на отмеченную условность приведенных выше классификаций навязчивых расстройств, равно как и подразделение их на **монотематические, политематические и генерализованные**, или на **ограниченные и полиморфные**, каждая из этих группировок с клинической точки зрения является оправданной, поскольку несет в себе определенное диагностическое и прогностическое содержание.

Навязчивые страхи или фобии – наиболее распространенная и разнообразная по содержанию группа навязчивостей. По содержанию их условно можно подразделить на *нозофобии, социофобии, фобии ситуаций и дисфункциофобии.*

Схема дифференциальной диагностики сверхценных и навязчивых страхов

СТРАХИ СВЕРХЦЕННЫЕ	СТРАХИ НАВЯЗЧИВЫЕ (фобии)
1.Страх связан с представлением, отражающим содержание психической травмы.	1.Содержание страха может быть случайным.
2.Страхи воспринимаются как что-то естественное, как адекватное и обоснованное переживание.	2.Фобии воспринимаются как чуждые личности, болезненные, неадекватные.
3.Страх значим для личности, касается актуальных для индивида установок и отношений.	3.Фабула страха может не иметь для личности очень большого значения.

СТРАХИ СВЕРХЦЕННЫЕ	СТРАХИ НАВЯЗЧИВЫЕ (фобии)
4. Фабулы страха фиксируются в сознании и активно прорабатываются.	4. Страхи возвращаются в сознание несмотря на все усилия освободиться от них.
5. Приступы страха не сопровождаются защитными действиями. Больные борются не со страхом, а с реальной или мнимой угрозой, вызывающей его.	5. Фобии нередко сопровождаются защитными действиями и ритуалами, помогающими на время ослабить их интенсивность.
6. Критика и разубеждения мало влияют на отношение к страху, психологически понятному для больного.	6. Больной сам критичен к содержанию страха и борется с ним.

Среди **обсессий** выделяются следующие навязчивые феномены:

навязчивые воспоминания,

контрастные навязчивости,

навязчивые сомнения,

навязчивое мудрствование,

аритмомания,

навязчивые репродукции,

навязчивые движения и действия

(компульсии).

К контрастным навязчивостям относятся:
навязчивые влечения,
кощунственные (хульные) мысли,
контрастные представления.

Навязчивые расстройства, существующие в рамках пограничных состояний (обсессивно-компульсивный или фобический невроз, психастеническая или шизоидная психопатия) сохраняют свои основные характеристики на всем протяжении заболевания.

При прогрессирующей шизофрении, органических заболеваниях головного мозга по мере углубления расстройств отмечается тенденция к изменению качества навязчивых феноменов, приобретению ими свойств более сложных психопатологических феноменов.

В соответствии с **МКБ-10** обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) включено в рубрику *невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F40-F48*, которая включает ряд клинически значимых непсихотических состояний аффективного спектра, нередко связанных с длительными, тяжело эмоционально переживаемыми психоэмоциональными нагрузками и которые имеют тенденцию к устойчивости.

Эпидемиология

ОКР встречается в большинстве этнических групп. В 33-50% случаев заболевание начинается в детском и юношеском возрасте. В одной трети случаев - до 15 лет.

Частота субклинических расстройств – 19%.

Распространенность ОКР

в *общей популяции* составляет 1.5-3%,
в *детской популяции* составляет 0.5%-2%,
в *подростковом возрасте* – 2-3 % молодых людей.

Этиология и патогенез

Разнообразие патогенных факторов, включая фактор развития, и неспецифичность отдельных проявлений навязчивостей как составляющих невротического уровня патологического реагирования затрудняют оценку причинно-следственных связей в происхождении ОКР у детей и подростков. В большинстве случаев **экзогенные, средовые и эндогенные (наследственные и конституциональные) факторы** выступают в сложном взаимодействии и единстве.

Нейробиологические исследования свидетельствуют о нарушении переработки информации в стриато-таламо-кортикальной системе.

У взрослых и детей с ОКР часто отмечаются неврологические и (или) нейропсихологические расстройства: левосторонние неврологические нарушения, задержки моторного развития (в основном у мальчиков); хореиформные двигательные расстройства; нарушения пространственно-зрительного восприятия и зрительной моторики.

К настоящему времени накоплено большое количество данных, указывающих на нарушения при ОКР в структурах, которые контролируются серотонинергической системой.

Эффективность терапии серотонинергическими антидепрессантами может указывать на то, что патогенезе навязчивостей играет роль нейротрансмиттер серотонин.

В последние годы появляются данные о вовлечении в патогенез ОКР также **дофаминовой** системы. Подтверждением этому служат как неэффективность у определенной части больных лечения серотонинергическими антидепрессантами, так и высокая частота сочетания проявлений ОКР с синдромом Туретта и тикозными расстройствами, тесная связь стереотипного поведения с непроизвольными движениями, а также усиление симптоматики навязчивостей при применении психостимуляторов.

Катамнестические исследования показали, что у 30-70% всех детей и подростков с навязчивостями заболевание приобретает хронический характер. К навязчивостям присоединяются другие психические расстройства, прежде всего аффективные нарушения, страхи и расстройства личности.

Коморбидные состояния

ОКР у детей часто сочетается:

с депрессией,

тиками (20-40%),

СДВГ,

специфическими и простыми фобиями,

синдромом Туретта (5%), который редко встречается среди основной популяции.

Динамика

Для ОКР у детей и подростков характерны *хронический* в большей части случаев характер заболевания или течение с *частыми обострениями*, нарастающие *изменения личности* (вторичная аутизация, протестные формы поведения и патологические развития личности) с высоким уровнем *инвалидизации* (до 30% больных). При отсутствии выраженных депрессивных симптомов вероятнее его хронический тип.

Прогноз

Прогноз ОКР у детей и подростков изучен недостаточно и может существенно различаться у отдельных больных.

Раннее начало, сильная выраженность симптомов, наличие коморбидных расстройств и личностных нарушений, вычурность навязчивых мыслей, присоединение выраженных компульсий, резистентность к терапии (особенно инициальной) дают *не очень благоприятный прогноз.*

Длительная адекватная фармакотерапия в сочетании с психотерапией и психообразовательными мероприятиями с целью повышения уровня комплайенса больного, в целом, может улучшать течение ОКР. Однако, катамнестических исследований прогноза у детей, касающихся применения новых методов терапии, пока не проводилось.

Дифференциальный диагноз

Различные проявления навязчивостей могут появляться при шизофрении, биполярном расстройстве, депрессивных, тикозных расстройствах и нарушениях пищевого поведения и других расстройствах в дополнение к первичной симптоматике.

Случайные панические атаки или легкие фобические симптомы не являются препятствием для диагноза. Однако, *обсессивные симптомы, развивающиеся при наличии шизофрении, синдрома Жиля де ля Туретта, или органического психического расстройства по МКБ-10 должны расцениваться как часть именно этих состояний.*

Современная терапия навязчивых состояний предусматривает комплексное воздействие (медикаментозное и психотерапевтическое) на любом этапе лечения ОКР. Наиболее эффективной стратегией в настоящее время является сочетание биологических методов лечения с психотерапией (наиболее эффективной является поведенческая терапия). Считается, что компульсии, как правило, лучше поддаются психотерапии, чем обсессии. Также необходимо проведение и различных социореабилитационных мероприятий.

Патогенетическим подходом к терапии ОКР, по-видимому, является усиление серотонинергической нейротрансмиссии. Вследствие опосредованного усиления дофаминергической передачи через 5HT – ауторецепторы в некоторых случаях эффективно присоединение блокаторов рецепторов дофамина – антипсихотических средств (галоперидол, рисполепт и др.), особенно при доминировании идеаторных навязчивостей.

Алгоритм лечения

	препараты 1 ряда	препараты 2 ряда
антидепрессанты	феварин золофт	кломипрамин амитриптилин
анксиолитики	феназепам	клоназепам
нейролептики	этаперазин	галоперидол
нормотимики ноотропы	карбамазепин фенибут	депакин пантогам

ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ
ОРИЕНТИРОВАННАЯ
МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Первый уровень – **метаболический**. Его двойная синдромально-нозологическая сущность отражается в сочетании собственно психофармакологического лечения, направленного как на ведущий психопатологический синдром пограничного или психотического уровня, так и на сопутствующие и коморбидные расстройства, а также на нередкие у детей и подростков проявления резидуально-органической церебральной недостаточности с общеукрепляющим соматотропным лечением.

Второй уровень – **нейрофизиологический**. Он представлен нейропсихологической коррекцией (Семенович А.В., Архипов Б.А. и соавт., 1998; Семенович А.В., 2002; Корнеева В.А., 2002), направленной на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р. Лурия), ответственных за *энергетическое обеспечение* всего организма (1-й блок), *операциональную деятельность* мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок), *произвольно-волевое, разумное поведение* и чисто человеческое мышление (3-й блок).

Третий уровень - **синдромальный.**

Коррекционно-психологическая работа на этом уровне направлена, прежде всего, на обязательный для конкретной нозологической группы патопсихологический синдром.

При *невротических навязчивостях* – это внутренний конфликт между двумя противоположно направленными мотивами (между «желаемым» и «морально допустимым», между «хочу» и «не решаюсь»), неразрешимость которого провоцируют «смещенную активность», временно снимающую тревожное напряжение, но не избавляющую от вытесненного из сознания психодинамического «комплекса».

Четвертый уровень – **поведенческий**. Его задача - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной и других видов психотерапии.

Пятый уровень – **личностный**. Его цель - разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

Представленный пятиуровневый подход, несмотря на достаточную условность границ между уровнями и относительную специфичность вышеперечисленных психотерапевтических приемов, позволяет воздействовать на все «слои» телесно-душевно-духовной организации человека, на все звенья патогенетической цепи психического расстройства в психогенетическом, индивидуально-личностном и симптоматическом направлении и осуществлять комплексную **лечебно-коррекционную и воспитательно-социализирующую** помощь пациентам.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ