



Психопатология и современные тенденции в терапии обсессивно - компульсивного расстройства.

Выполнили:
Студенки 5 курса
педиатрического
факультета

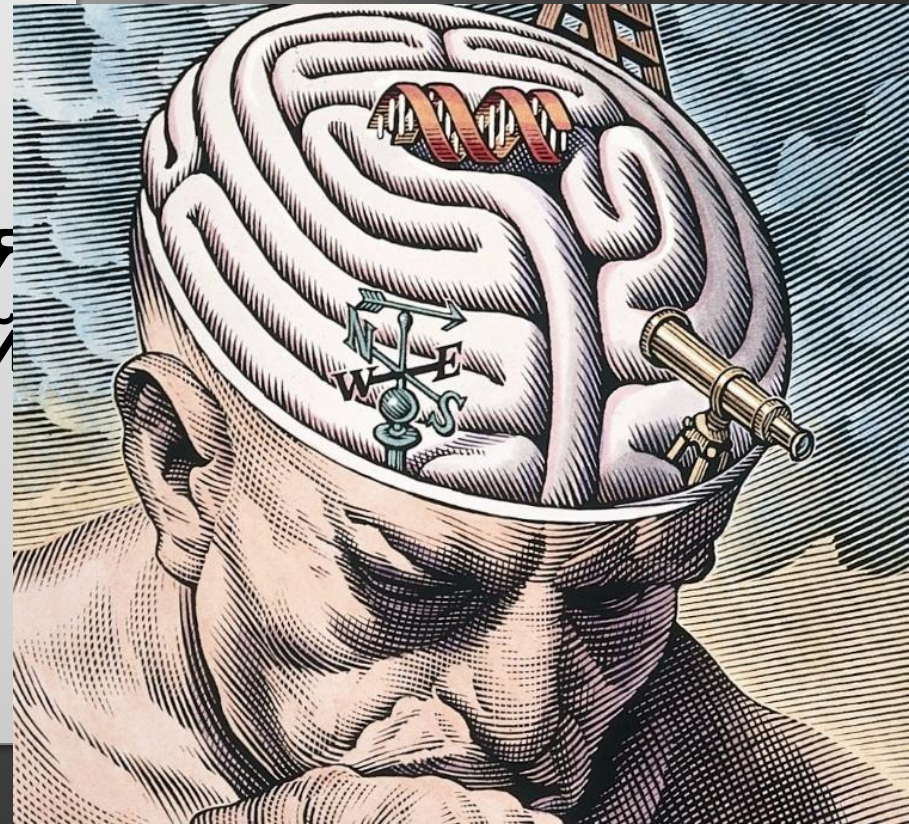
ИТОЩА Е. ОСТОВСКАЯ Д.

Цели заседания:

- ☐ Ознакомиться с определением ОКР;
- ☐ Классифицировать данное расстройство в соответствие с МКБ-10;
- ☐ Определить этиологические факторы, являющиеся предрасполагающими в развитии расстройства;
- ☐ Определить ведущую симптоматику ОКР;
- ☐ Ознакомиться с ранними методами диагностики и профилактики ОКР;
- ☐ Ознакомиться с ведущими тенденциями в терапии ОКР (как в психокоррекции, так и в медикаментозном лечении);
- ☐ Провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями;
- ☐ Прогноз ОКР;
- ☐ Закрепление пройденного материала.

Что такое ОКР?

Обсессивно -
компульсивное
расстройство(ОКР) – это
психическое
расстройство,
которое характеризуется
наличием в клинической
картине навязчивых
мыслей (обсессии) и
навязчивых действий
(компульсии).



Составляющие ОКР:

Обсессии

Обсессии (навязчивости) – мысли, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, действия, движения, возникающие независимо и вопреки желанию, непреодолимо, и отличающиеся постоянством при сознании их болезненности и критическом отношении к ним.

Импульсивные влечения

Импульсивные влечения – расстройства, характеризующиеся внезапно возникающими стремлениями к совершению какого-либо действия, овладевающими сознанием, рассудком и подчиняющие себе поведение больного.

Классификация obsessions:

По реакции личности на
obsessions и по
содержанию:

1) Образные(чувственные):

- Навязчивые сомнения;
- -Навязчивые воспоминания;
- Навязчивые влечения;
- Навязчивые действия;
- Навязчивые страхи;
- Навязчивые контрастные представления.

2) Отвлечённые:

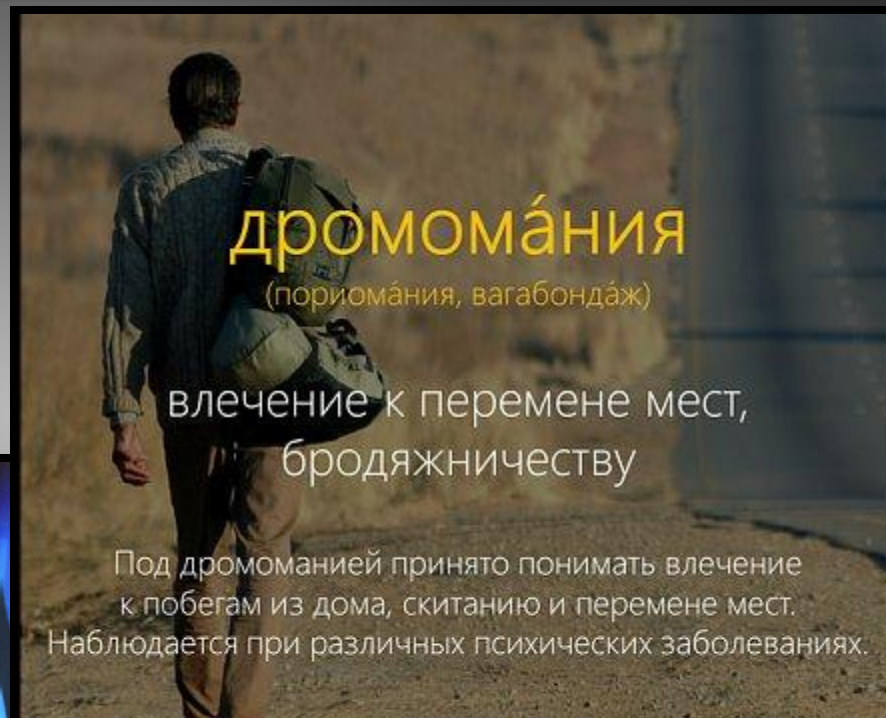
- Бесплодное мудрствование;
- Навязчивый счёт;
- Навязчивые репродукции.

Страхи(фобии):

- Агорафобия;
- Оксифобия;
- Гипсофобия;
- Антропофобия;
- Дисморфобия;
- Клаустрофобия;
- Нозофобия;
- Танатофобия.

Импульсивные влечения:

- Дромомания;
- Клептомания;
- Дипсомания;



- Пиромания;
- «Симптом Плюшкина»

Классификация ОКР в соответствие с МКБ-10:

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42):

**F42.0: Преимущественно навязчивые мысли
или размышления;**

**F42.1: Преимущественно компульсивное действие
(навязчивые ритуалы);**

F42.2: Смешанные навязчивые мысли и действия;

**F42.8: Другие обсессивно-компульсивные
расстройства;**

**F42.9: Обсессивно-компульсивное расстройство
неуточненное.**

Классификация ОКР по Снежневскому, Шмаоновой (по особенностям течения):

- 1) С однократным приступом болезни, продолжительностью от недели до года;**
- 2) В виде рецидивов с периодами полного здоровья;**
- 3) Непрерывное течение с периодическим усилением симптоматики.**

Классификация ОКР по характеру заболевания:

- 1) Хронического характера;
- 2) Прогрессирующего характера;
- 3) Эпизодического характера.



Эпидемиология ОКР

(данные на 28 августа 2019 год)

Распространённость ОКР

В

пределах 1 - 3 %.

По другим уточнённым данным,

распространённость его примерно 1—3:100 у взрослых и 1:200—500 у детей и подростков,

хотя распознанные клинически случаи встречаются реже (0,05—1 %), так как у многих

это расстройство может быть

не диагностировано из-за стигматизации.



Распространённость ОКР в возрастной динамике население на август 2019 года:



Обсессивно -компульсивное
Расстройство чаще всего
начинается 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

Распространённость ОКР по обращаемости (август 2019 года).

Период наблюдения лиц с ОКР за период 12 месяцев равен 84:100000, за 18 месяцев — 109:100000, 134:100000 и 160:100000 за 24 и 36 месяцев, соответственно.

Этот подъём превышает ожидаемый для хронической болезни с

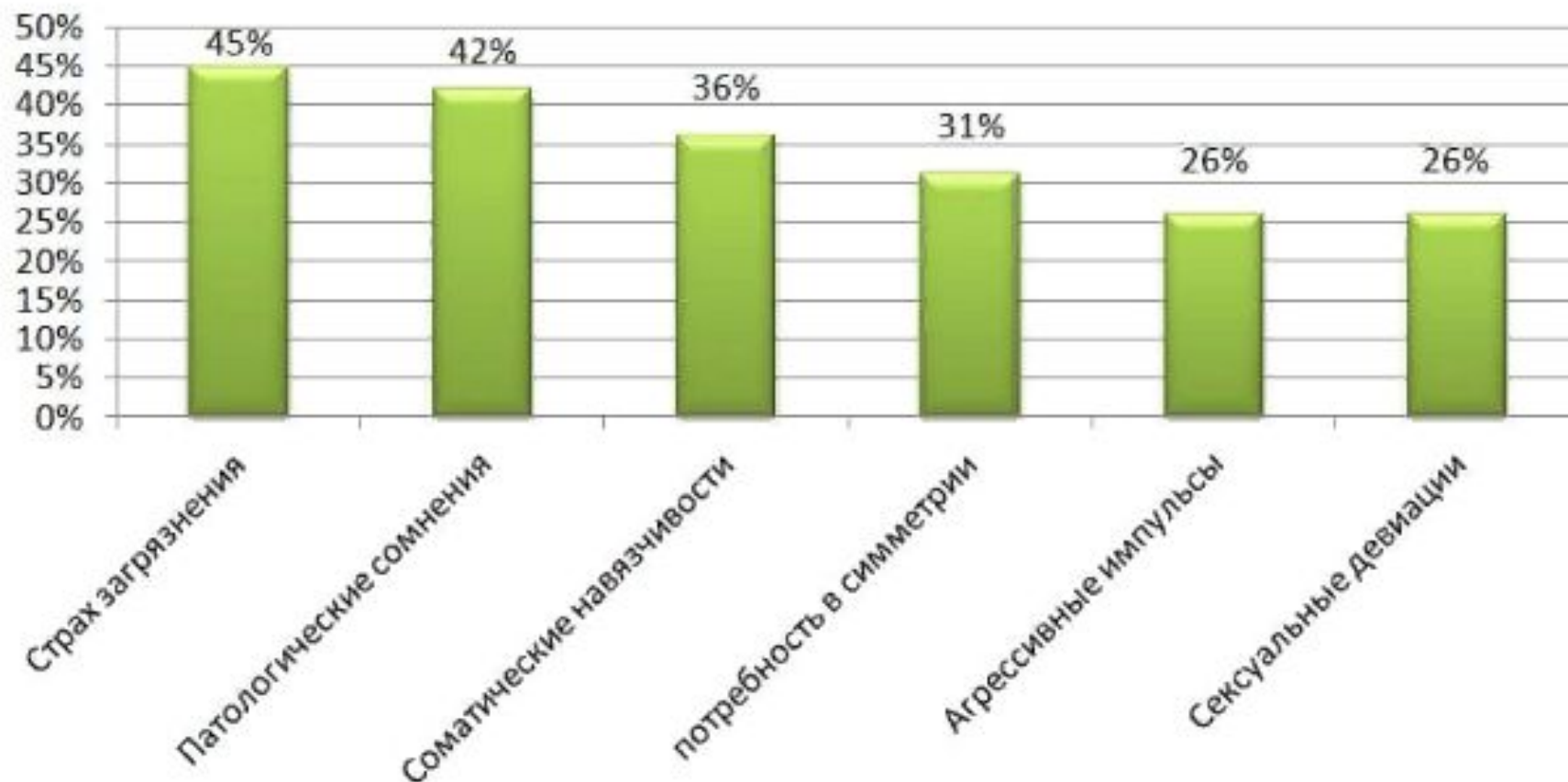
оказываемой необходимой медицинской помощью в стабильной популяции.

В течение 38 месяцев, доступных для исследования, у 43 % пациентов диагноз, поставленный при исследовании, не был занесён в официальную медицинскую карту

амбулаторного больного. 19 % не посещали психиатра вообще.

На основе этих данных можно сделать вывод, что больных с ОКР расстройством довольно редко обращаются в лечебные учреждения по поводу жалоб на данное расстройство.

Распространенность различных видов ОКР



Этиология ОКР:

1) Воздействие биологических факторов:

- Заболевания и функционально-анатомические особенности головного мозга, особенности функционирования вегетативной нервной системы;
- Нарушения в обмене нейромедиаторов — в первую очередь, серотонина и дофамина, а также — норадреналина и ГАМК;
- Генетические — повышенная генетическая конкордантность;
- Инфекционный фактор (теория PANDAS-синдрома).

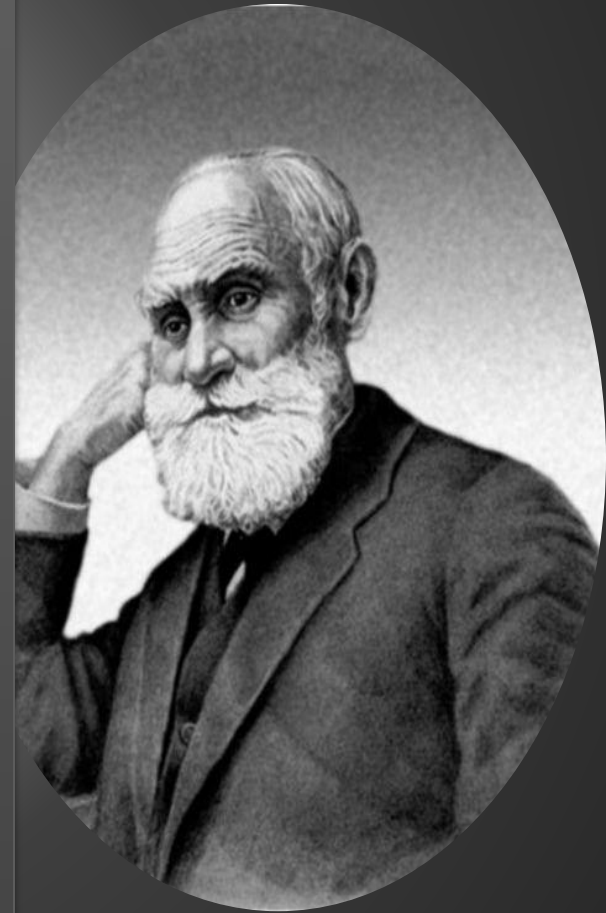
2) Воздействие психологических факторов:

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

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

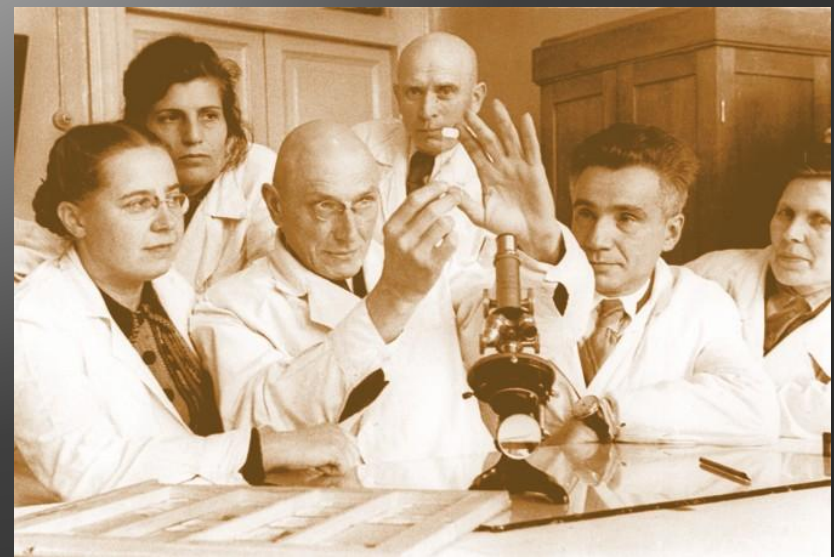
Психологические теории по возникновению ОКР:

И.П. Павлов считал, что у навязчивостей механизм общий с бредом. В основе обоих лежит патологическая инертность возбуждения, образование изолированных «больших пунктов» - очагов необычной инертности, усиленной концентрированности, чрезвычайной тоничности возбуждения с развитием отрицательной индукции. Инертный очаг возбуждения при навязчивости не подавляет возбуждение конкурирующих очагов, как при бреде. В дальнейшем И. П. Павлов связывал суть нарушения при ОКР не с инертным возбуждением, а с лабильностью торможения. Сохранность критики к навязчивостям сохраняется из-за маленькой, по сравнению с бредом, интенсивности патологического возбуждения и, следовательно, меньшей силой и распространённостью отрицательной



Психологические теории по возникновению ОКР:

С. Н. Давиденков объяснял навязчивые сомнения инертностью и торможения, и возбуждения. Одновременно существуют несколько конкурирующих пунктов возбуждения, то есть оспаривающие друг друга побуждения к действию. При этом успокаивающая роль компульсий заключается в том, что возникает новый очаг концентрации возбуждения, который по механизму отрицательной индукции подавляет доминировавший прежде и
и
обсессии исчезают или становятся слабее. В дальнейшем между очагами



Психологические теории по возникновению ОКР:



Е. А. Попов, ученик
И. П. Павлова,
связывал кощунственные
навязчивые мысли,
контрастные
влечения с
ультрапарадоксальным
торможением, когда
возбуждаются
центры, отвечающие за
противоположные понятия.
Он же считал, что навязчивые
сомнения об удачно
выполненных
действиях связаны с наличием 2
пунктов возбуждения, и пункт
сомнения, будучи «большим»,
подавляет «меньший» пункт,
который отвечает за
уверенность.

Влияние социальных условий на развитие ОКР

ОКР встречается у представителей всех социоэкономических уровней.

1,5 % больных принадлежат к высшему социальному классу, 23,81 % - к высшему среднему классу и 53,97 % - к среднему

классу, оставшиеся – к низшему. Данные исследования существенны для здравоохранения, так как больные из низшего класса не всегда могут получить необходимую помощь.

Распространённость ОКР также связана с уровнем

образования. Частота болезни ниже у тех, кто окончил высшее учебное заведение (1,9 %), чем у

тех, кто не имеет высшего образования (3,4 %).

Однако среди тех, кто окончил высшее учебное

заведение, частота выше у тех, кто закончил его

с учебной степенью

(соответственно 3,1 % : 2,4 %).

До 48 % больных ОКР — холостые.



Гендерные различия



Существуют определённые гендерные различия в эпидемиологии ОКР.

В возрасте до 65 лет болезнь была

чаще диагностирована у мужчин (кроме периода 25—34 года), а после — у женщин.

Максимальное различие с перевесом

больных мужчин наблюдалось в период 11—17 лет.

После 65 в обеих группах частота обсессивно-компульсивного расстройства падала.

68 % госпитализированных — женщины.

Наследуемость ОКР

По результатам последних исследований генетические факторы составляют 45-65 % variability симптомов ОКР.

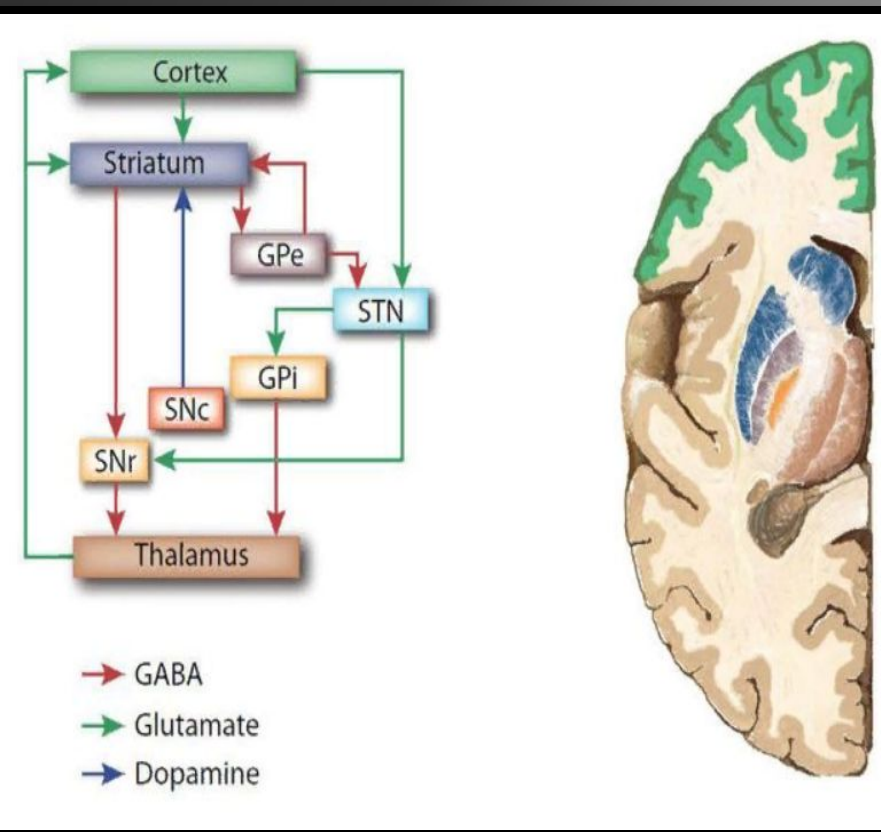
По данным обзора 2005 года, наследуемость обсессивно - компульсивных симптомов колеблется от 0,45 до 0,65 у детей

и от 0,27 до 0,47 у взрослых. Вместе с более поздним исследованием эти данные указывают на то, что зависимость

возрастом проходит через максимум.



Патогенез ОКР



На сегодняшний день наиболее распространена и признана нейротрансмиттерная теория. Суть этой теории состоит в том, что имеется связь ОКР с нарушениями коммуникации между определенными областями коры головного мозга и базальными ганглиями. Обозначенные структуры взаимодействуют посредством серотонина. Так, ученые считают, что при ОКР наблюдается недостаточный уровень серотонина ввиду усиленного обратного захвата (нейронами),

Ведущая симптоматика ОКР:

Навязчивые мысли (обсессии) могут
выражаться по-разному:

«умственная жвачка», аритмомания,
навязчивые репродукции, ономатомания.



Ведущая симптоматика ОКР:



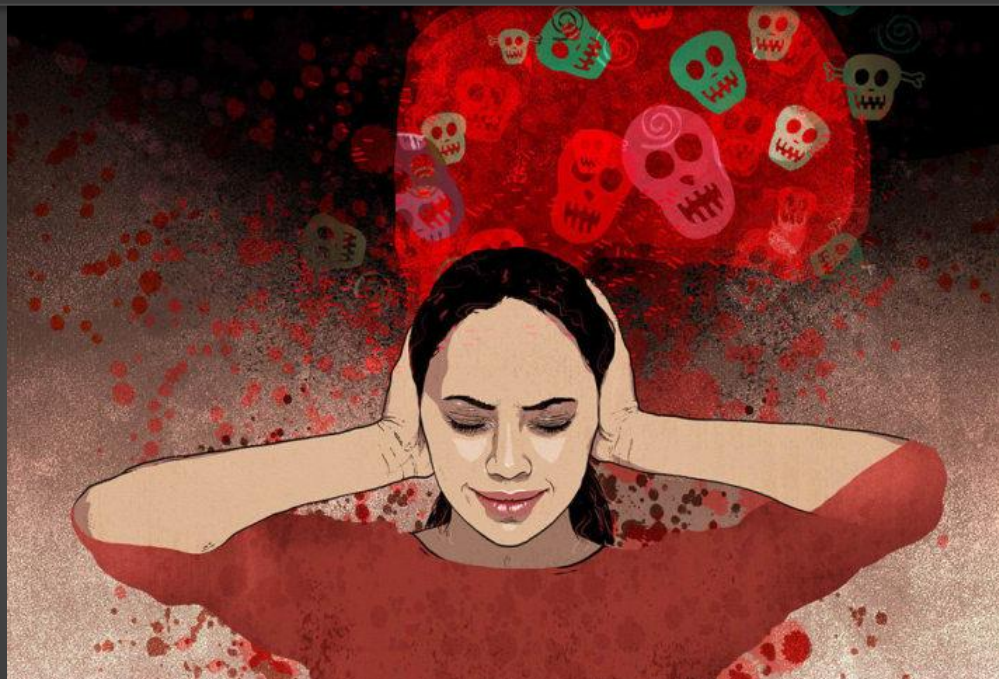
«Умственная жвачка» выражается в непреодолимом стремлении пациентов ставить перед собой и обдумывать вопросы,

Ведущая симптоматика ОКР:

Аритмомания или, по-другому, навязчивый счёт, выражается в пересчитывании предметов, которые, как правило, попадают в поле зрения человека.



Ведущая симптоматика ОКР:



Навязчивые репродукции проявляются в том, что у пациента формируется болезненная потребность вспоминать о чем-либо, что, в общем, не имеет в настоящий момент никакого личного значения.

Ведущая симптоматика ОКР:

Ономатомания — навязчивое
стремление

запоминать имена, термины, названия

и

какие-



Ведущая симптоматика ОКР:



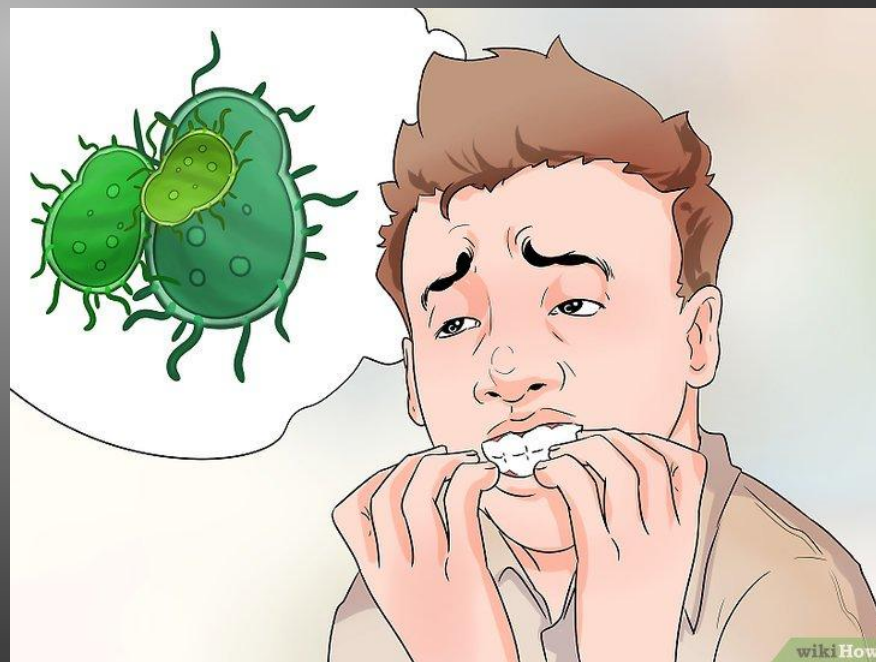
К наиболее часто встречающимся
проявлениям

ОКР относят:

мизофобии, «собирательство», навязчивые мысли религиозного характера, навязчивые сомнения, навязчивые мысли в отношении «симметрии».

Ведущая симптоматика ОКР:

Мизофобии – это навязчивые страхи загрязнения с вытекающими последствиями и поведением человека.



Ведущая симптоматика ОКР:



«Собирательство» - боязнь выбросить ненужную вещь, испытывая тревогу и страх по причине того, что она может понадобиться в дальнейшем.

Ведущая симптоматика ОКР:

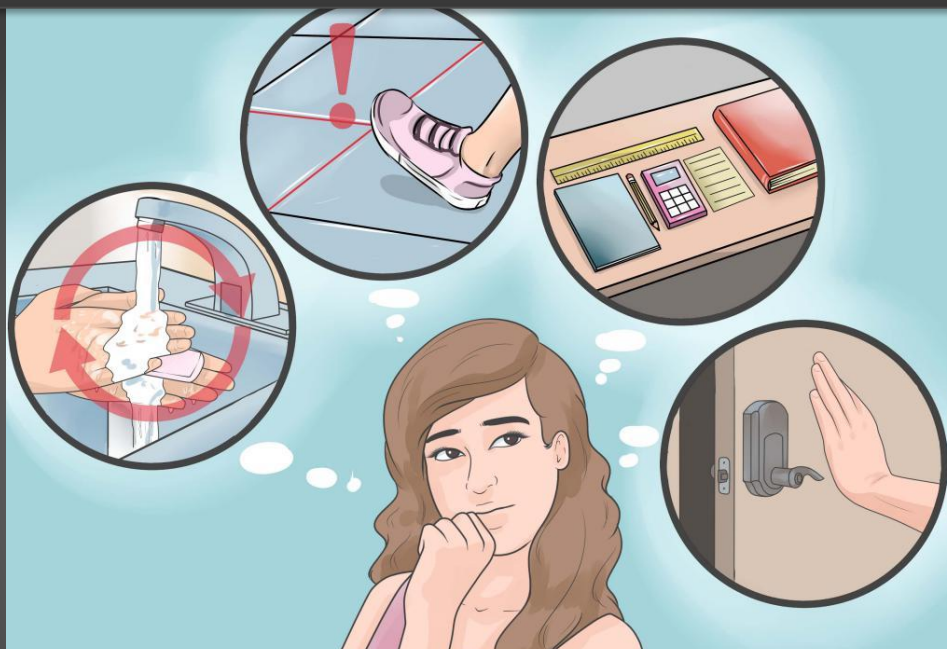
Навязчивые

мысли религиозного
характера

В определённый момент к человеку в голову приходят мысли о том, что он должен что-то совершить, что связано с религией. К примеру, прочитать молитву определённое количество раз или перевесить иконы, или молиться именно перед определённой иконой, определённым образом. Такие навязчивые идеи обычно выглядят так: «Если я не помолюсь именно так, то заболею страшной болезнью и умру».



Ведущая симптоматика ОКР:



Навязчивые сомнения

(когда человек постоянно испытывает сомнения в отношении того, выключил ли он

утюг, газ, свет, закрыты ли краны с

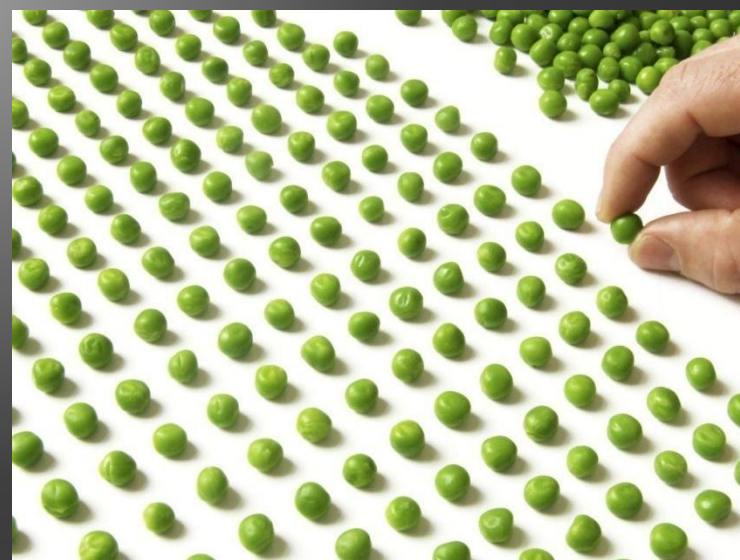
Ведущая симптоматика ОКР:

Навязчивые мысли в отношении

«симметрии» :

может проявляться в одежде,
расположении

предметов интерьера и пр.



Ведущая симптоматика ОКР:

Изменения в характере у лиц, страдающих ОКР:

- 1) Чрезмерная озабоченность правильностью, упорядоченностью, аккуратностью.
- 2) Отсутствие чувства юмора.
- 3) Требовательны к себе и другим, охотно выполняют поручения авторитета.
- 4) Высокая работоспособность в четко определенных, очерченных условиях, без творческого компонента и выбора.
- 5) Отсутствие гибкости. Ригидность в отношениях. Неспособность к компромиссам. Эмоциональная бедность.
- 6) Нерешительность. Отсутствие спонтанности от страха ошибиться.

**ОБСЕССИИ
(НАВЯЗЧИВЫЕ МЫСЛИ)**

**РАСПОЗНАНИЕ
МЫСЛЕЙ,
НАРАСТАНИЕ
ТРЕВОГИ И
СТРАХА**

**РИТУАЛ ИЛИ
ИЗБЕГАЮЩЕЕ
ПОВЕДЕНИЕ**

**ВРЕМЕННОЕ
ОБЛЕГЧЕНИЕ,
ВЕРА В ТО, ЧТО
ЕСТЬ НЕЧТО, ЧЕГО
СЛЕДУЕТ БОЯТЬСЯ**

**РАЗОЧАРОВАНИЕ,
НЕДОВЕРИЕ К
СЕБЕ, ВИНА,
СТЫД,
ОЖИДАНИЕ
ПОВТОРА**

ОКР
ЦИКЛ ОБСЕССИВНОГО РАСТРОИСТВА ЗАМКНУТЫЙ

Интеллект при ОКР

Больные ОКР — чаще всего люди с высоким уровнем интеллекта. По различным данным, частота высокого значения IQ среди больных ОКР варьирует от 12 % до 28,53 %. При этом высокие показатели вербального IQ.



Диагностические критерии ОКР по МКБ – 10:

- 1) Обсессивные симптомы должны быть расценены как собственные мысли или импульсы больного.
- 2) Должна быть хотя бы одна мысль или действие, которой больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие мысли и/или действия, которым больной более не сопротивляется.
- 3) Мысль о выполнении навязчивого действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряжённости или тревоги не считается в этом смысле приятным).
- 4) Мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.
- 5) Выполнение компульсивных действий не во всех случаях обязательно соотносится с конкретными навязчивыми опасениями или

Диагностика ОКР



Для выявления обсессивно-компульсивного расстройства используют так называемую шкалу Йеля-Брауна.

Диагностика ОКР

Обсессивно-компульсивная шкала Йеля— Брауна —

клиническое пособие для определения степени тяжести обсессивных и компульсивных симптомов.

Разработана Вейном Гудманом и его коллегами в Йельском и Брауновском университетах¹.

Шкала определяет степень выраженности симптомов

вне зависимости от формы обсессий и компульсий.

Состоит из 10 пунктов, 5 из которых рассматривают

степень выраженности обсессивных симптомов, 5 — выраженность компульсий.

1. Время, занимаемое обсессиями	Нисколько 0 1 2	Очень много 3 4
1б. Период времени без обсессий (в общий балл не засчитывается)	Нет симптомов 0 1 2	Длительный Очень короткий 3 4
2. Проблемы из-за обсессий	Отсутствуют 0 1 2	Очень серьезные 3 4
3. Дискомфорт из-за обсессий	Отсутствует 0 1 2	Очень сильный 3 4
4. Сопротивляемость обсессиям	Всегда противостоит 0 1 2	Охотно идет на поводу 3 4
5. Контроль над обсессиями	Полный 0 1 2	Отсутствует 3 4
Суммарный балл по обсессиям (сложите баллы за пункты 1-5)	Вызв. тр.	Не связ. с тр.
6. Время, занимаемое компульсиями	Нисколько 0 1 2	Очень много 3 4
6б. Период времени без компульсий (в общий балл не засчитывается)	Нет симптомов 0 1 2	Длительный Очень короткий 3 4
7. Проблемы из-за компульсий	Отсутствуют 0 1 2	Очень серьезные 3 4
8. Дискомфорт из-за компульсий	Отсутствует 0 1 2	Очень сильный 3 4
9. Сопротивляемость компульсиям	Всегда противостоит 0 1 2	Охотно идет на поводу 3 4
10. Контроль над компульсиям	Полный 0 1 2	Отсутствует 3 4

Методика применения шкалы.

Все 10 пунктов шкалы заполняются в ходе проведения клинического интервью, после чего подсчитывается общий балл.

Каждый из пунктов оценивается по 5-балльной системе от 0 до 4

баллов. По каждому пункту определяется средняя степень выраженности симптомов в течение последней недели.

Посредством повторного и последовательного использования шкалы проводится динамическая оценка проводимого лечения.

Шкала Й
в качест



ения
стояния.

Подсчёт баллов и оценка результатов

При оценке состояния пациента степень выраженности обсессивных и компульсивных симптомов определяется по 5 следующим критериям: продолжительность симптомов в течение суток, степень нарушения жизнедеятельности, уровень психологического дискомфорта, сопротивление симптомам и контроль над ними.

0—7 — Субклиническое состояние;
8—15 — Обсессивно-компульсивное расстройство легкой степени выраженности;
16—23 — Обсессивно-компульсивное расстройство средней степени тяжести;
24—31 — Обсессивно-компульсивное расстройство тяжелой степени;
32—40 — Обсессивно-компульсивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести.

Профилактика ОКР



Первичная психопрофилактика:

1. Профилактика психотравмирующих влияний на работе и в быту.
2. Предотвращение ятрогений и дидактогений

Профилактика ОКР

Вторичная психопрофилактика (предотвращение рецидивов):

- 1.Изменение отношения больных к психотравмирующим ситуациям;
- 2.Своевременное лечение;
- 3.Регулярной диспансеризация;
- 4.Способствование увеличению яркости в помещении;
- 5.Общеукрепляющая и витаминотерапия, достаточный сон;
- 6.Диетотерапия (полноценное питание с повышенным содержанием триптофана, отказ от алкоголя, кофе);
- 7.Своевременное и адекватное лечение других заболеваний: эндокринных, сердечно-сосудистых, злокачественных новообразований, анемий;
8. ЗОЖ.



Профилактика ОКР



Необходимо на уровне учреждений и государства в целом проводить социальную психопрофилактику — оздоровление труда и бытовых условий, службы

Общий план лечения ОКР включает:

- 1) Психокоррекцию;
- 2) Медикаментозную терапию;
- 3) Физиотерапевтическое лечение.



Когнитивно-поведенческая психотерапия:



- 1) Метод четырёх шагов Джеффри Шварца;
- 2) Метод экспозиции и предупреждения;
- 3) Аверсивная психотерапия;
- 4) Другие виды психотерапии;

Метод четырёх шагов Джеффри Шварца

ШАГ 1: ПЕРЕИМЕНОВАНИЕ

Цель Шага 1 — научиться переименовывать навязчивые мысли и позывы в своем собственном разуме и определять их как обсессии и компульсии — и делать это настойчиво.

Начните называть их своими именами; используйте ярлыки «обсессии» и «компульсии».

Например, научитесь говорить: «Я не думаю или чувствую, что мои руки грязные. У меня обсессивная мысль, что мои руки грязные».

Или: «Я не чувствую, что мне нужно вымыть руки. У меня есть компульсивное желание выполнить компульсию мытья рук».

Вы должны научиться распознавать навязчивые, обсессивные мысли и позывы как ОКР.

Метод четырёх шагов Джеффри Шварца

ШАГ 2: ПЕРЕСМОТР ОТНОШЕНИЯ К НАВЯЗЧИВЫМ МЫСЛЯМ

Цель состоит в том, чтобы научиться пересматривать интенсивность мысли или побуждения, приходить к их реальной причине, признавать, что ощущение и дискомфорт связаны с биохимическим дисбалансом в головном мозге. Это ОКР — медицинское расстройство. Признание этого факта является первым шагом на пути к более глубокому пониманию того, что эти симптомы — не то, чем они кажутся. Вы учитесь не принимать их за чистую монету.

Метод четырёх шагов Джефффри Шварца

ШАГ 3: ПЕРЕФОКУСИРОВКА

Идея шага «Перефокусировки» состоит в том, чтобы

обойти вызванные ОКР мысли и позывы, переключая

внимание на что-то еще, хотя бы на несколько минут.

Вначале вы можете выбрать какое-то конкретное действие для замещения компульсивного мытья или

проверки. Подойдет любое конструктивное и приятное

поведение. Особенно хороши хобби. Например, вы можете прогуливаться, выполнять различные упражнения, слушать музыку, читать, играть в

Правило пятнадцати минут

Идея состоит в том, чтобы отложить вашу реакцию на обсессивную мысль или на ваш позыв совершить компульсивное действие, позволив пройти некоторому времени — предпочтительно по крайней мере пятнадцать

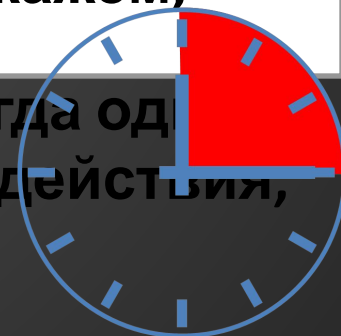
минут, — прежде чем вы даже решите действовать согласно позыву или мысли. Вначале или всякий раз, когда

побуждения очень интенсивны, вам может потребоваться

установить более короткое время ожидания, скажем, пять

минут, в качестве вашей цели. Но принцип всегда один тот же: никогда не выполнять компульсивные действия, не

подождав некоторое время.



Метод четырёх шагов Джеффри Шварца

ШАГ 4: ПЕРЕОЦЕНКА

Процесс переименования и пересмотра отношения интенсифицирует обучение, которое происходит во время напряженной работы перефокусировки. В результате ВЫ

начинаете переоценивать эти мысли и ПОЗЫВЫ

так, что это, еще до поведенческой

психотерапии, неизменно приведет вас к невыполнению компульсивного действия.

Метод экспозиции и предупреждения:



Экспозиция заключается в помещении пациента в ситуацию, которая провоцирует дискомфорт, связанный с obsессиями. Одновременно пациенту даётся инструкция, как сопротивляться выполнению компульсивных ритуалов —

Аверсивная психотерапия

Использование болезненных стимулов
при



Терапия психотропными средствами



Терапия психотропными средствами

- 1. Антидепрессанты(кломипрамин);**
- 2. Селективный ингибитор обратного захвата серотонина (циталопрам, флуоксетин, пароксетин);**
- 3.Бензодиазепиновые транквилизаторы(клоназепам, феназепам, диазепам);**
- 4.Нормотимики (препараты лития,вальпроевая кислота, топиромат).**

Основные препараты, применяемые на амбулаторном уровне

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Дулоксетин (УД – А)	60-120 мг\сутки внутрь	От нескольких месяцев до нескольких лет – до полного купирования обсессий
Агомелатин (УД – А)	25-50мг\сутки внутрь	
Венлафаксин (УД – А)	37,5-200мг\сутки внутрь	
Сертралин (УД – А)	25-100мг\сутки внутрь	
Флувоксамин (УД – А)	50-100 мг\сутки внутрь	
Миртазапин (УД – А)	30-60 мг\сутки внутрь	
Флуоксетин (УД – А)	20-60 мг\сутки внутрь	
Тианептин (УД – А)	До 37,5 мг сутки внутрь	
Этифоксин (УД – А)	До 100мг\сутки внутрь	
Диазепам (УД – А)	До 10мг\сутки внутрь	Не более 7-10 дней (непрерывно)
Тофизопам (УД – А)	До 150мг\сутки внутрь	До купирования проявлений тревоги
Клоназепам (УД – А)	2-6 мг\сутки внутрь	
Альпразолам (УД – А)	До 4 мг\сутки внутрь	
Зопиклон (УД – А)	До 15мг\сутки внутрь	
Хлордиазепоксид (УД – А)	До 20мг\сутки внутрь	
Оксазепам (УД – А)	До 20 мг\сутки внутрь	

Дополнительные медикаменты, применяемые на амбулаторном уровне

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Хлорпротиксен (УД – В)	50- 100 мг\сутки внутрь	До исчезновения поведенческих нарушений
Тиоридазин (УД – В)	50- 100мг\сутки внутрь	
Сульпирид (УД – В)	До 600 мг\сутки внутрь	
Топирамат (УД – В)	50-150 мг\сутки внутрь	До появления признаков стабилизации эмоционального фона
Карбамазепин (УД – В)	200-400 мг\сутки внутрь	
Вальпроевая кислота (УД – В)	300-600 мг\сутки внутрь	
Ламотриджин (УД – А)	50-100 мг\сут внутрь	

Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Дулоксетин (УД – А)	60-120 мг\сутки внутрь	От нескольких месяцев до нескольких лет – до полного купирования обсессий
Агомелатин (УД – А)	25-50мг\сутки внутрь	
Венлафаксин (УД – А)	37,5-200мг\сутки внутрь	
Сертралин (УД – А)	25-100мг\сутки внутрь	
Флувоксамин (УД – А)	50-100 мг\сутки внутрь	
Миртазапин (УД – А)	30-60 мг\сутки внутрь	
Флуоксетин (УД – А)	20-60 мг\сутки внутрь	
Тианептин (УД – А)	До 37,5 мг сутки внутрь	
Этифоксин (УД – А)	До 100мг\сутки внутрь	
Диазепам (УД – А)	До 10мг\сутки внутрь	Не более 7-10 дней (непрерывно)
Тофизопам (УД – А)	До 150мг\сутки внутрь	До купирования проявлений тревоги
Клоназепам (УД – А)	2-6 мг\сутки внутрь	
Альпразолам (УД – А)	До 4 мг\сутки внутрь	
Зопиклон (УД – А)	До 15мг\сутки внутрь	
Хлордиазепоксид (УД – А)	До 20мг\сутки внутрь	
Оксазепам (УД – А)	До 20 мг\сутки внутрь	

Дополнительные медикаменты, применяемые на стационарном уровне

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Хлорпротиксен (УД – В)	50- 150 мг\сутки внутрь	До исчезновения поведенческих нарушений
Тиоридазин (УД – В)	50- 100мг\сутки внутрь	
Сульпирид (УД – В)	До 400 мг\сутки внутрь	
Топирамат (УД – В)	50-150 мг\сутки внутрь	До появления признаков стабилизации эмоционального фона
Карбамазепин (УД – В)	200-600 мг\сутки внутрь	
Вальпроевая кислота (УД – В)	300-600 мг\сутки внутрь	
Ламотриджин (УД – А)	75-150 мг\сут внутрь	

**Медикаментозное лечение,
оказываемое на этапе
неотложной помощи:**

Диазепам – 10-20 мг/сутки в/м

Физиотерапевтическое лечение ОКР:

**1.Тёплые ванны (35 С) длительностью
15—20**

**минут с прохладным компрессом на
голове в**

**хорошо проветренной комнате 2—3 раза в
неделю с постепенным снижением
температуры воды в форме обтираний и
обливаний.**

**2.Обтирания и обливания водой от 31 °С до
23 -
25 °С.**

3.Купание в речной или морской воде.

Дифференциальный диагноз

1. Депрессивное расстройство;
2. Лёгкие фобические симптомы;
3. Органические психические расстройства.



Прогноз

1.Хронизация;

2.Течение на амбулаторном уровне;

3.Социальная дезадаптация



Трудовая экспертиза

Неврозы обычно не сопровождаются временной

утратой трудоспособности.

При затянувшихся невротических состояниях врачебная

комиссия решает вопрос об изменении условий труда и

переводе на более лёгкую работу.

В тяжёлых случаях ВК направляет больного МСЭК,

которая может определить III группу инвалидности и

дать рекомендации, касающиеся



МСЭ

Медико-социальная экспертиза

Известные личности, страдающие ОКР

Леонардо
ДиКаприо

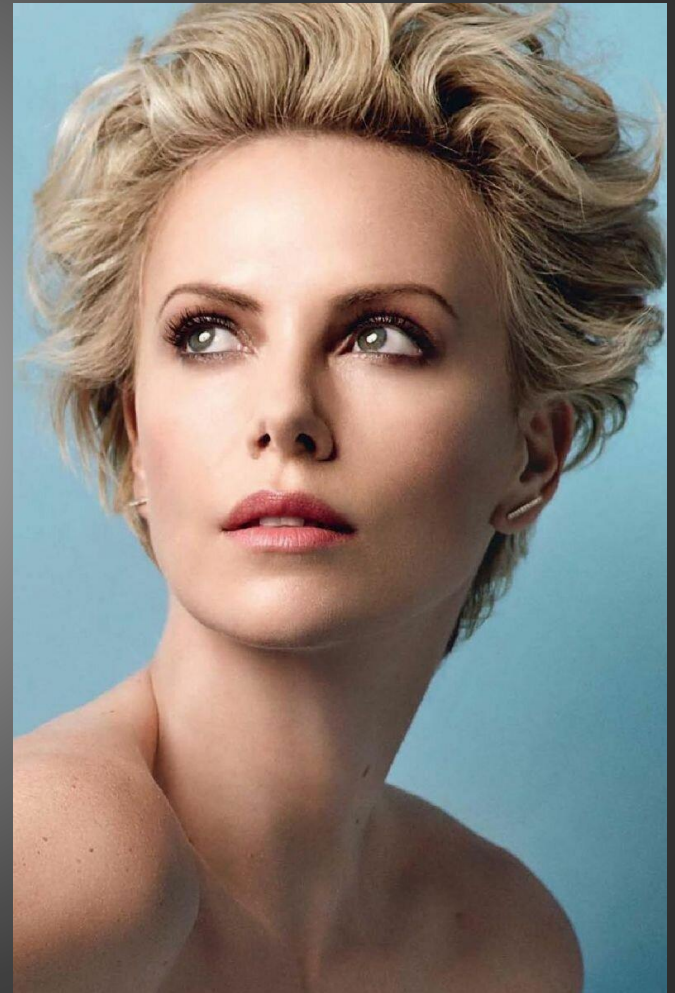
Не наступает
на трещины в
асфальте;
По несколько
раз проходит
через дверные
проёмы.



Известные личности, страдающие ОКР

Шарлиз Терон

Не даёт покоя
наличие
беспорядка в
шкафах.



Известные личности, страдающие ОКР

Дэниэл Рэдклифф
Совершает
систематические
ритуалы с
нецеленаправленны
м
включением и
выключением света.



Известные личности, страдающие ОКР

Говард Стерн



Перед включением
радиоприемника в
своем

авто он легонько стучит
по

нему правой рукой
определенное
количество

раз.

Известные личности, страдающие ОКР

**Билли Боб
Торнтон**

Верит в удачное
сочетание цифр;
Опорожняет
почтовый ящик в
три
приёма.

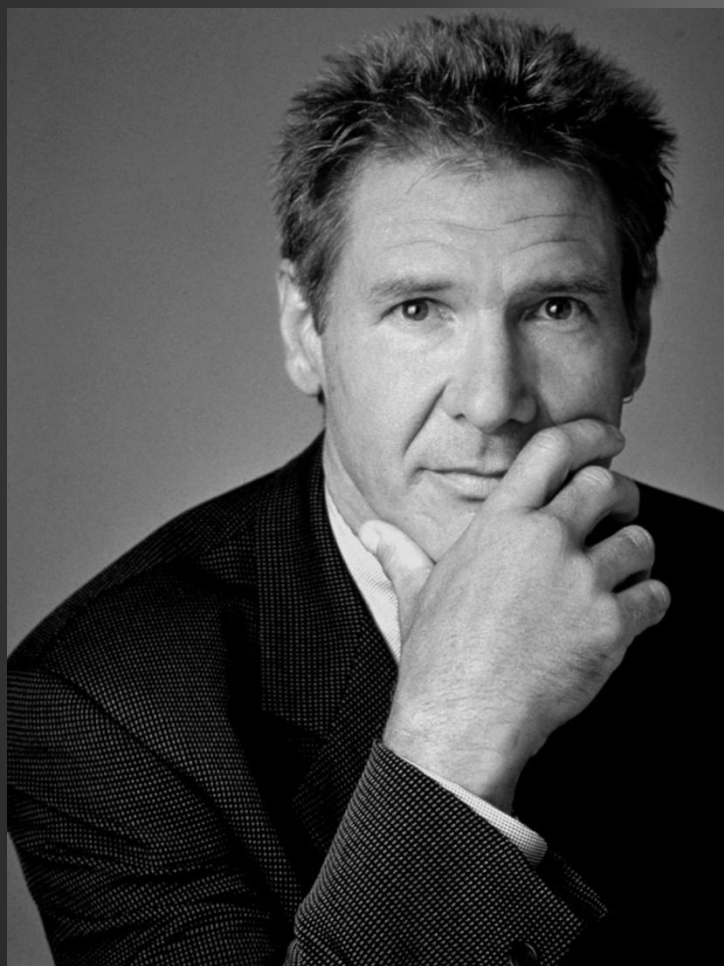


Известные личности, страдающие ОКР

Джейн Хоррокс
«Заклинена» на
порядке в
гардеробной;
Зацикливается на
постоянном глотании
и моргании.



Известные личности, страдающие ОКР



Харрисон Форд

Крайнее стремление к
порядку и
аккуратности;

Мятые салфетки на
столе вызывают
раздражение и
немедленное желание
навести порядок.

Известные личности, страдающие ОКР



Камерон Диаз

Сначала протирает
ручку

входной двери

салфеткой, а затем
ТОЛЬКО

прикасается к ней;

Постоянно моет руки.

Известные личности, страдающие ОКР

Дэвид Бэкхем

Имеет постоянную
потребность в
симметричности,
совершенстве и чистоте;
Для него важно, чтобы в
холодильнике было
парное число упаковок для
одного продукта.



Известные личности, страдающие ОКР

Хоуи Мэндел

Страдает мизофобией;
Никогда не пожимает
людям руки и не
касается
перил.



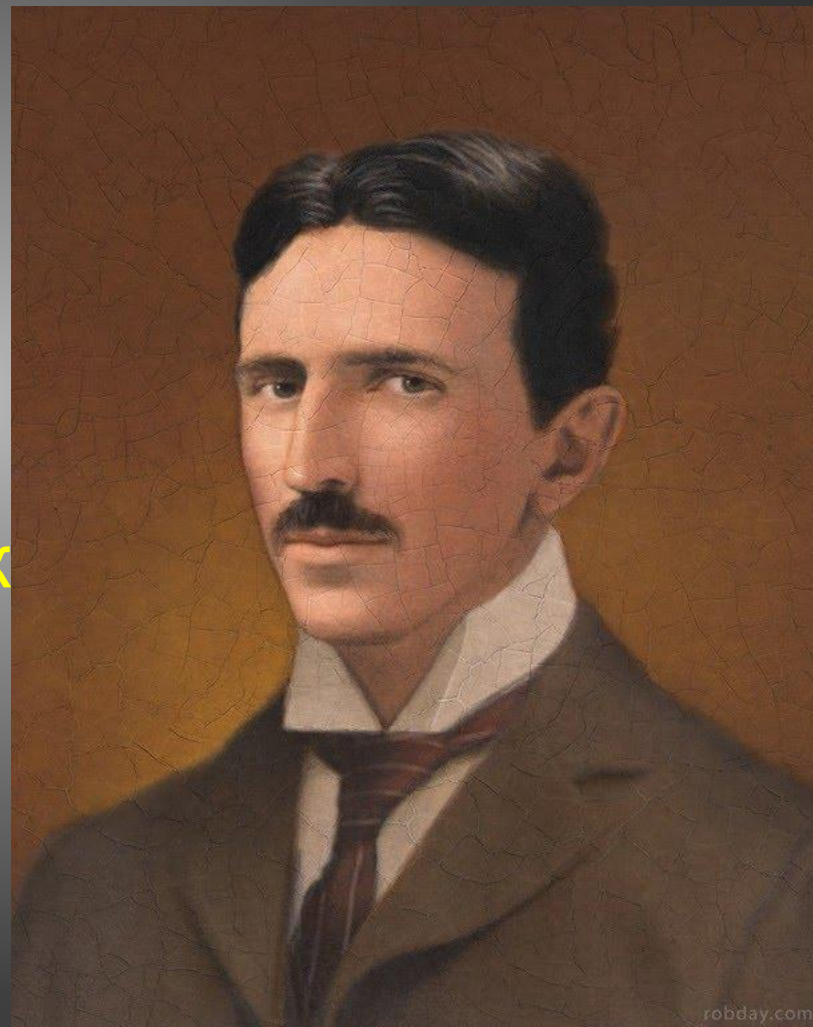
Известные личности, страдающие ОКР

Никола Тесла

Никогда не трогал
предметы круглой
формы;

На сервировочный стол
всегда клал 18 салфеток

Носил количество
ювелирных изделий
кратное 3.



Тестирование для закрепления усвоенного материала:

1. В развитии невроза выделяют следующие этапы:

- а) невротическая реакция, невротическое состояние,
невротическое развитие личности;
- б) невротическое развитие личности,
невротическое состояние, невротическая реакция;
- в) невротическое состояние, невротическая реакция,
невротическое развитие личности;
- г) невротическое развитие личности,
невротическая

2. Обсессивно-компульсивное расстройство

**развивается, как правило, у пациентов с
расстройством личности по типу:**

- а) шизоидный
- б) паранойяльный
- в) психастенический
- г) истерический
- д) эпилептоидный

3. На первом этапе развития фобий наблюдается:

а) возникновение страха при мысли о возникновении

страха;

б) возникновение страха при мысли о ситуации, вызывающей страх;

в) возникновение страха перед попаданием в ситуацию, вызывающую страх;

г) возникновение страха непосредственно в ситуации, вызывающей страх;

д) возникновение страха после завершения ситуации, вызывающей страх.

4.Невроз навязчивых состояний

включает в

себя:

а)тоску, безысходность, подавленность;

б)ком в горле, астазию-абазию, парезы;

в)наплывы мыслей, утомляемость,

раздражительность;

г) навязчивые мысли, навязчивые страхи,

ритуальные действия;

д) пароксизмальные колебания настроения.

**5. При агорафобии вслед за страхом
выйти из**

дома, как правило, не возникает:

- а) страх остаться одному дома;
- б) страх сойти с ума;
- в) страх общения с людьми;
- г) страх смерти.

6.Возрастной дебют ОКР

составляет:

а) 10-15 лет;

б)10-20 лет;

в)10-30 лет;

г)20-30 лет.

7. Какие навязчивые мысли или действия,
как правило, занимают ведущую
позицию в
развитии ОКР?

- а) потребность в симметрии;
- б) сексуальные девиации;
- в) мизофобии;
- г) ономатомания.

8. В патогенезе ОКР ведущую роль играет нарушение проведения нервного импульса

по:

- а)ассоциативным нервным волокнам;
- б)восходящим проекционным нервным волокнам;
- в)комиссуральным нервным волокнам;
- г)нисходящим проекционным нервным волокнам.

9. Навязчивый счёт, проявляющийся
пересчитыванием предметов,
попавших в
поле зрения, называется:

а) дипсомания;

б) дромомания;

в) аритмомания;

г) навязчивые репродукции.

**10. В структуру PANDAS-синдрома не
входит:**

- а)энкопрез;
- б)синдром Туретта;
- в)гиподинамия;
- г)клаустрофобия.

**11. Количество баллов 16 - 23 по Шкале
Йеля—Брауна свидетельствует об/о:**

- а) субклиническом состоянии ОКР;
- б) ОКР средней степени выраженности;
- в) ОКР тяжёлой степени;
- г) ОКР крайне тяжёлой степени.

12. Что включает в себя 2 шаг по методике

Джеффри Шварца:

- а) перефокусировка;
- б) переоценка;
- в) переименование;
- г) пересмотр отношения к навязчивым мыслям.

13. Аверсивная психотерапия подразумевает под собой:

- а) заключается в помещении пациента в ситуацию, которая провоцирует дискомфорт, связанный с obsессиями;
- б) использование болезненных стимулов при появлении навязчивостей;
- в) медикаментозное лечение ОКР;
- г) научить пациента переименовывать навязчивые мысли и позывы в своем собственном разуме и определять их как obsессии и компульсии.

14. К вторичной профилактике ОКР

относят:

- а) предотвращение дидактогений;
- б) регулярная диспансеризация;
- в) предотвращение психотравмирующих влияний в быту;
- г) профилактика психотравмирующих влияний на работе и в быту.

**15. Выберите перечень продуктов,
наиболее**

богатых триптофаном:

а) говядина, рис, свекла;

б) куриная грудка, говядина, карп;

в) плавленый сыр, скумбрия, баранина;

г) мясо кролик, голландский сыр,
плавленый

сыр.

16. В фармакотерапии обсессивно - компульсивного расстройства наиболее эффективным препаратом является:

- а) феназепам;
- б) ксанакс (алпразолам);
- в) азалептин;
- г) анафранил.

**17. Для лечения обсессивно-
компульсивного**

**Расстройства используется
преимущественно:**

- а) СИОЗС;
- б) атипичные нейролептики;
- в) типичные нейролептики;
- г) стереотактическая цингулотомия;
- д) передняя капсулотомия.

18. Действие препаратов лития **обусловлено:**

- а) стимулирует бензодиазепиновые рецепторы,
расположенные в аллостерическом центре постсинаптических GABA-рецепторов ретикулярной формации ствола мозга;
- б) блокада натриевых каналов;
- в) повышает чувствительность ионов допамина к гиппокампу и другим областям головного мозга;
- г) уменьшение плотности β -адренорецепторов
и
снижение содержания внутриклеточного

19. Медикаментозное лечение ОКР на этапе

неотложной помощи:

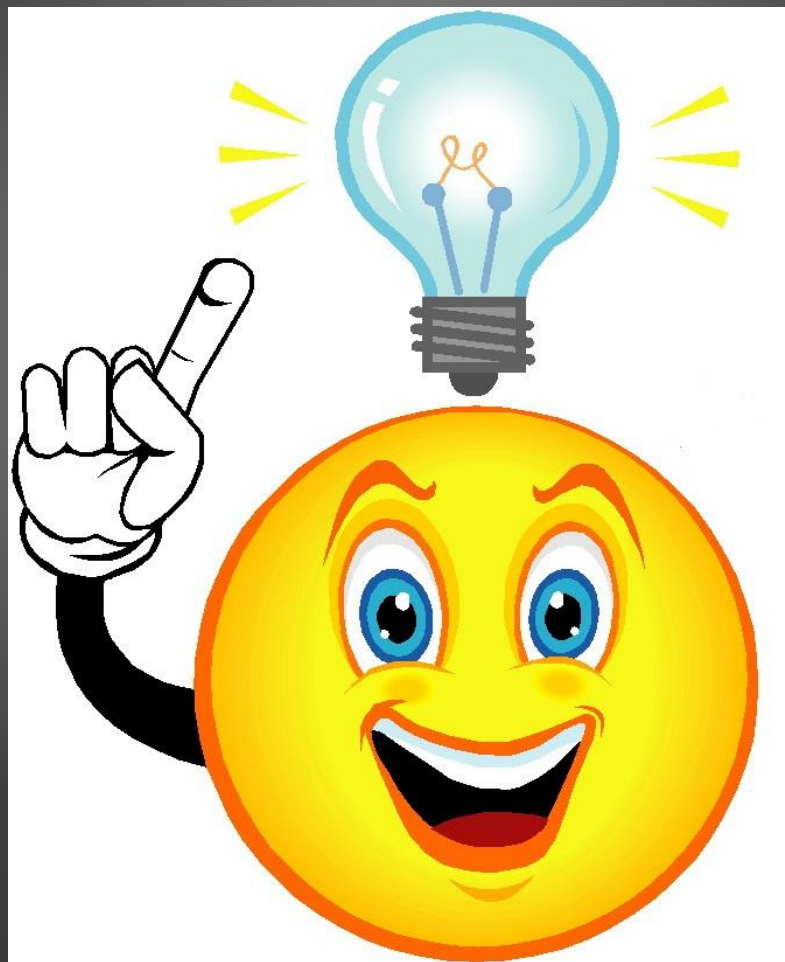
- а) диазепам 20-30 мг/сут в/м;
- б) диазепам 5 – 10 мг/сут в/м;
- в) диазепам 10-20 мг/сут в/м;
- г) диазепам до 10 мг/сут внутрь

20. Суточная доза Карбамазепина,
применяемого на стационарном уровне
составляет:

- а) 200-600 мг/сут внутрь;
- б) 150-350 мг/сут внутрь;
- в) 200-400 мг/сут внутрь;
- г) 200-350 мг/сут внутрь.

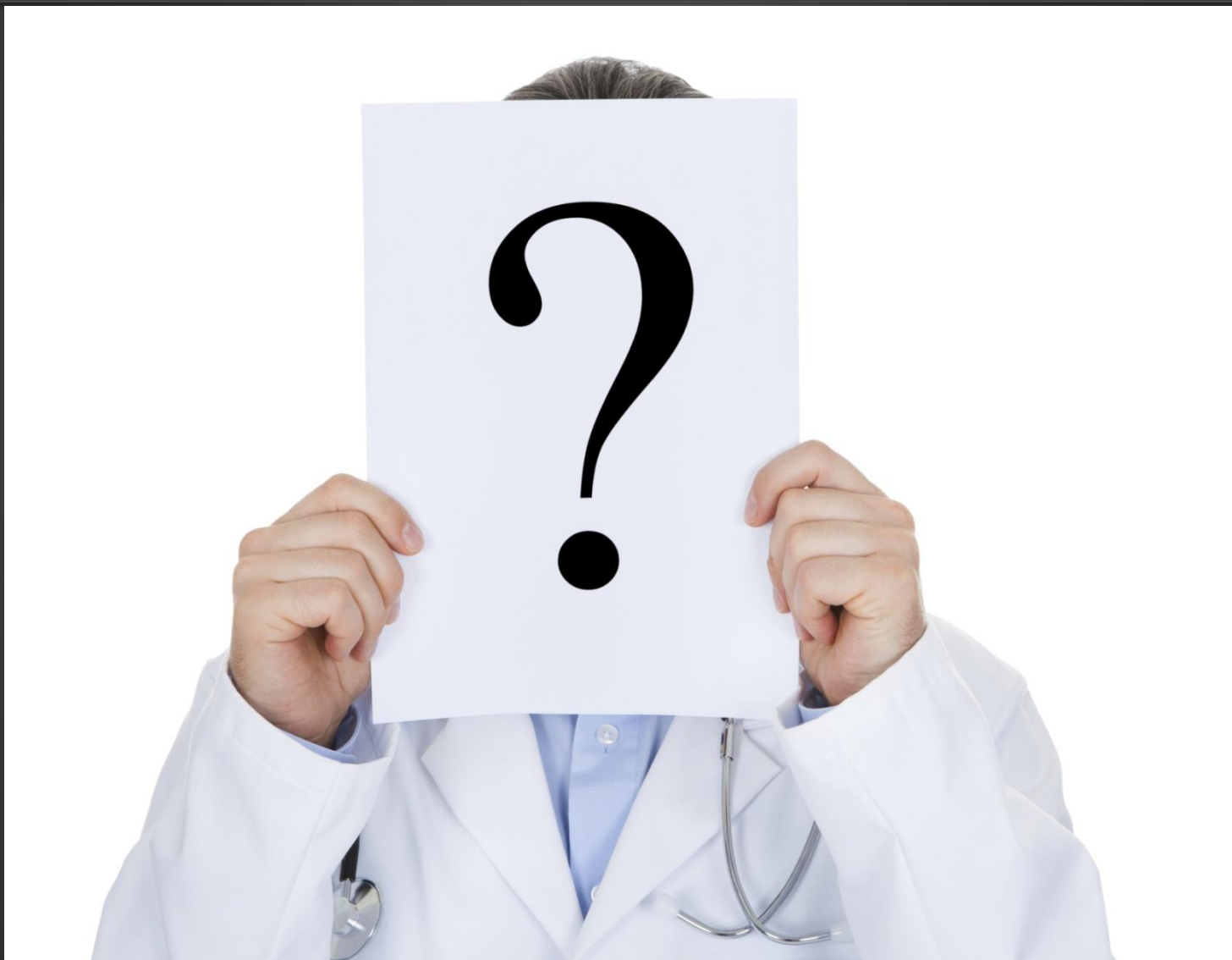
Проверь себя:

1 – А
2 – В
3 – Г
4 – Г
5 – Г
6 – В
7 – В
8 – А
9 – В
10 – В



11 – Б
12 – Г
13 – Б
14 – Б
15 – Г
16 – Б
17 – А
18 – В
19 – В
20 – А

Ситуационные задачи



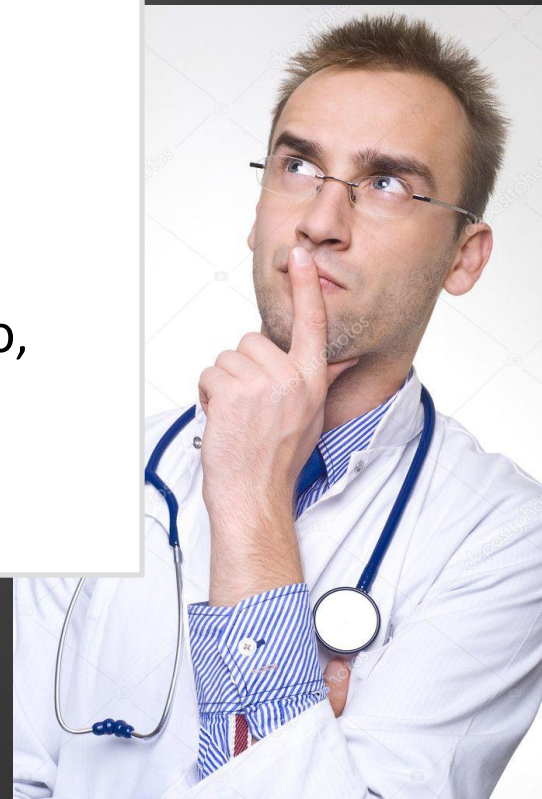
Ситуационная задача № 1

Пациентка К., возраст – 33 года

Из анамнеза: герпетический менингит (в 31 год).

Психический статус: головная боль, головокружение, повышенная утомляемость, апатия, депрессивные мысли,

бессонница, уменьшение концентрации внимания, повышенная чувствительность к теплу, а также вегетативные расстройства (гипотермия, гипегидроз, артериальная гипотония). Пациентка часто отмечает за собой навязчивое запоминание и повторение слов и цифр, не несущих за собой никакой смысловой нагрузки. Со слов родственников, склонна к собирательству ненужных в быту вещей.

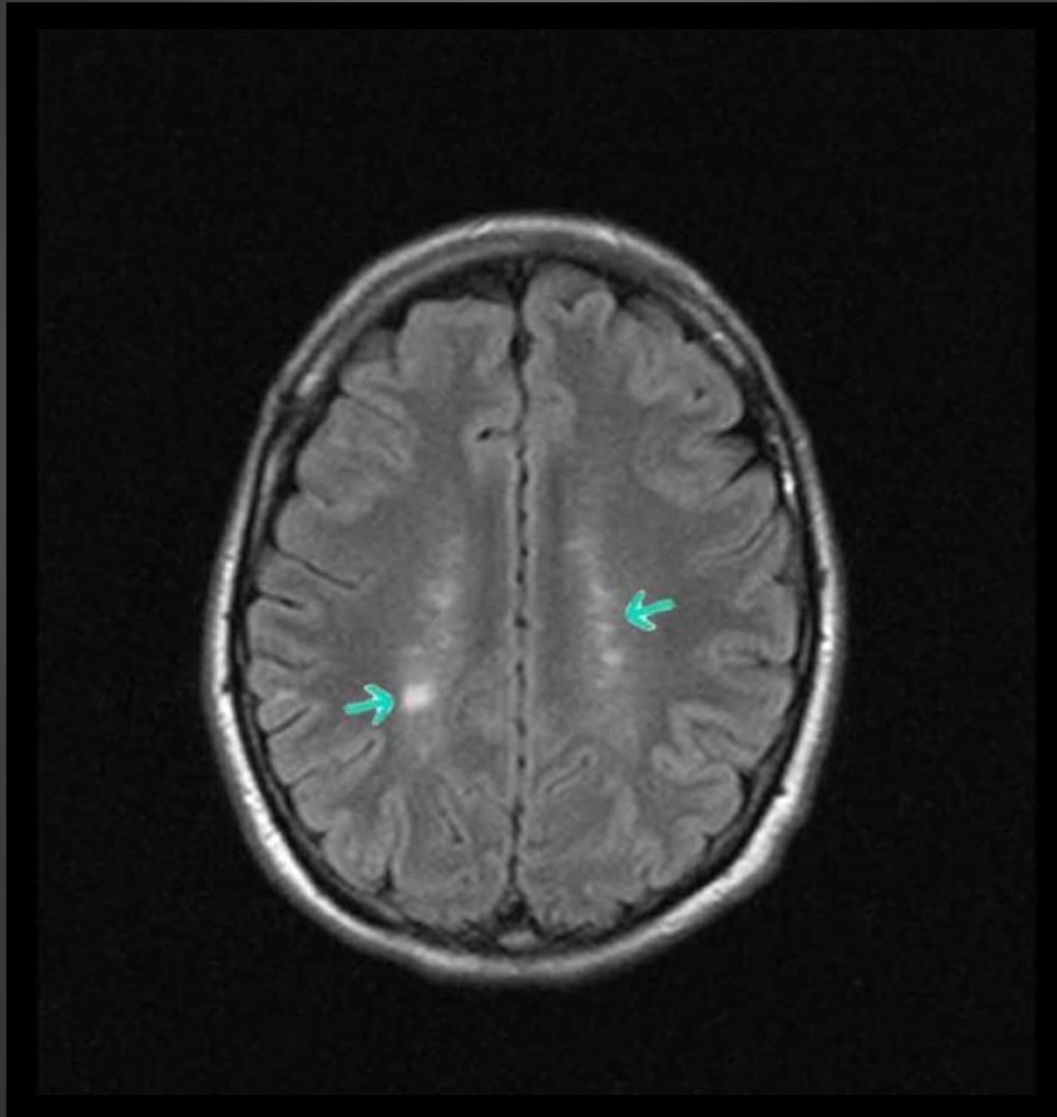


Неврологический статус: парестезии в виде жжения, онемения и зуда кожи, нарушение чувствительности пальцев верхних и нижних конечностей, тремор, нистагм, скандированная речь, дизартрия и дисфагия.

Результаты дополнительных методов исследования: лабораторные данные на момент

обследования без выраженных отклонений.

Проведено МРТ с контрастированием



Необходимо:

- 1) Какое заболевание лежит в основе развития обсессивно-компульсивного расстройства?
- 2) Выделить основные симптомы и синдромы, связанные с повреждением психической сферы при данной патологии;
- 3) Каков прогноз для здоровья пациентки при
данном заболевании?

Решение данной задачи:

1) ОКР в данном случае вызвано рассеянным склерозом, возникшим в результате перенесённого герпетического менингита;

2) Симптомы: ономазмания, аритмизация, «симптом Плюшкина»;

Синдромы: астено-вегетативный, астенический.

3) Прогноз для жизни пациентки носит благоприятный характер при проведении адекватной терапии, однако прогноз для здоровья носит неблагоприятный характер.

Ситуационная задача № 2:

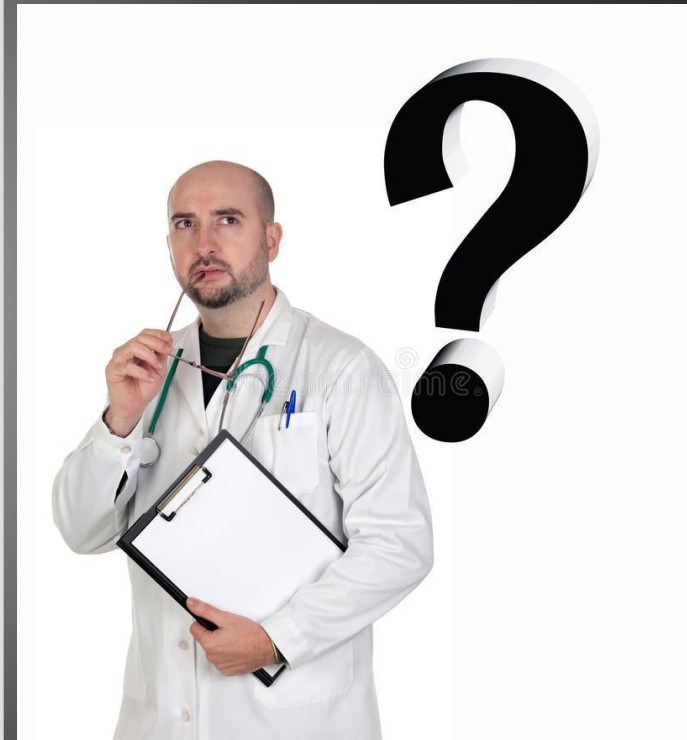
Пациент В., 21 год

Жалобы: на частое мытьё рук, расставление предметов в определённой последовательности; перед выходом из дома отмечает наличие ритуала с выключением/включением света в количестве 15 раз. По вторникам и пятницам пациент надевает исключительно чёрную одежду. Со слов пациента, «если надену в эти дни одежду другого цвета, то со мной обязательно случится что-то плохое».

По шкале Йеля—Брауна : 20 баллов.

Необходимо:

- 1) Поставить синдромальный диагноз с учётом классификации по МКБ 10;
- 2) Определить степень тяжести данного расстройства;
- 3) Предложить пациенту рекомендации и тактику лечения.



Решение данной задачи:

- 1) F42.1: ОКР. Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы);
- 2) ОКР средней степени тяжести.
- 3) Психокоррекция (метод четырёх шагов Джеффри Шварца), медикаментозное лечение (амбулаторный уровень: антидепрессанты - Кломипрамин курсом 4 - 6 месяцев в начальной дозе 75 мг/сут в/м; транквилизаторы – диазепам сроком не более 7 – 10 дней в дозе до 10 мг/сут внутрь, а также с целью профилактики рекомендуется физиотерапевтическое лечение – тёплые ванны, обливания и обтирания.

Ситуационная задача № 3:

Пациент: Ребёнок в возрасте 3,5 лет.

В анамнезе: стрептококковая ангина(в 3 года).

Жалобы: Со слов матери ребёнок часто капризничает, плохо спит как в ночное время, так и в дневное, отмечаются ночные кошмары, а также имеются страхи: страх темноты, замкнутого пространства, боязнь громких звуков; отмечается гиперактивность, однако процесс запоминания новых слов заметно ухудшился. Родители отмечают за ребёнком проведение систематических ритуалов, а именно хлопанье в ладошке 3-5 раз перед сном. Для ребёнка характерны внезапно повторяющиеся звуки и движения.



**В дополнении к вышеуказанным
жалобам:**

Энкопрез, энурез, артралгия, синдром
Туретта

(а именно генерализованные вокальные
тики).

**Данные дополнительных методов
исследования:**

Биохимический анализ крови:

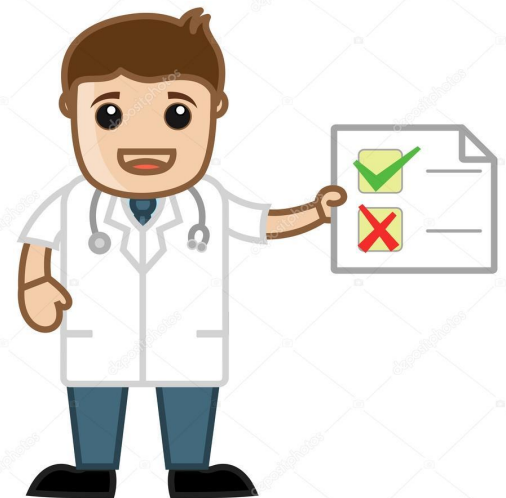
АСЛ-О – 150 ЕД/мл

Необходимо:

- 1) Каким патологическим состоянием вызван ОКР в данном клиническом случае?
- 2) Укажите 3 основные препарата для лечения ОКР при данной патологии и назовите их групповую принадлежность.
- 3) Определить степень тяжести ОКР в данном случае.

Решение данной задачи:

- 1) PANDAS –синдром.
- 2) Флуоксетин(антидепрессант, производное пропиламина), сертралин и пароксетин (антидепрессанты из группы СИОЗС).
- 3) Обсессивно-компульсивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести

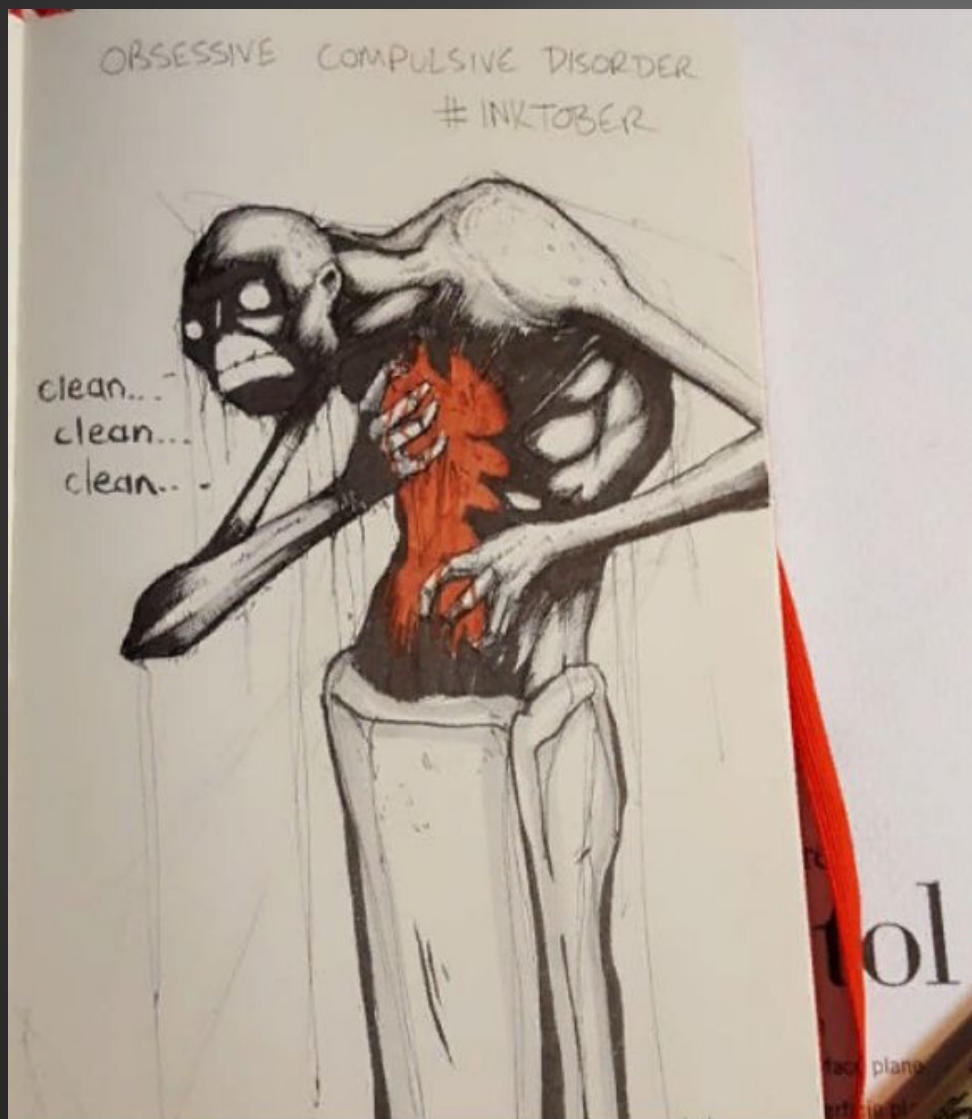


ОКР в искусстве

1. Фильм «Авиатор»;
2. Фильм «Лучше не бывает»;
3. Фильм «Человек дождя»;
4. Фильм «Игра в имитацию»;
5. Сериал «Клиника».

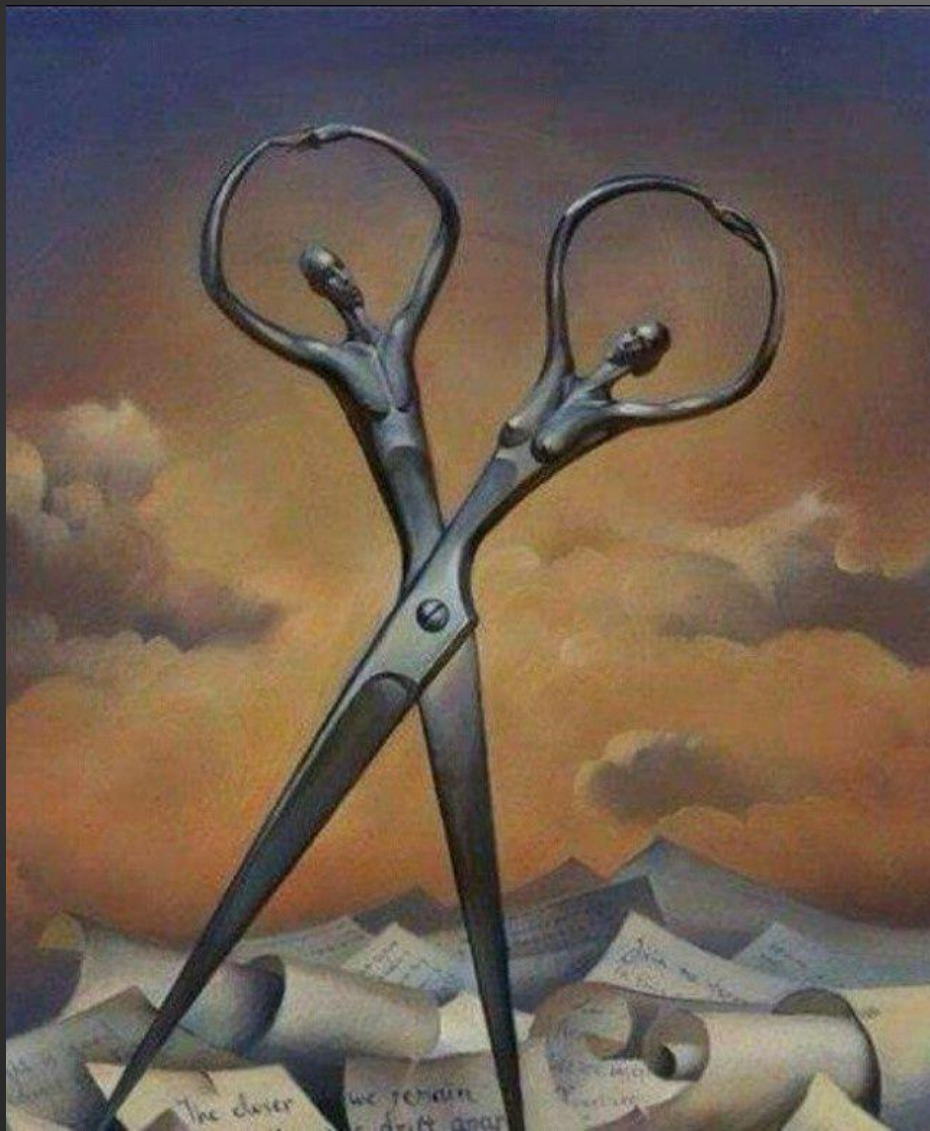


Рисунок Шона Косса, олицетворяющий ОКР

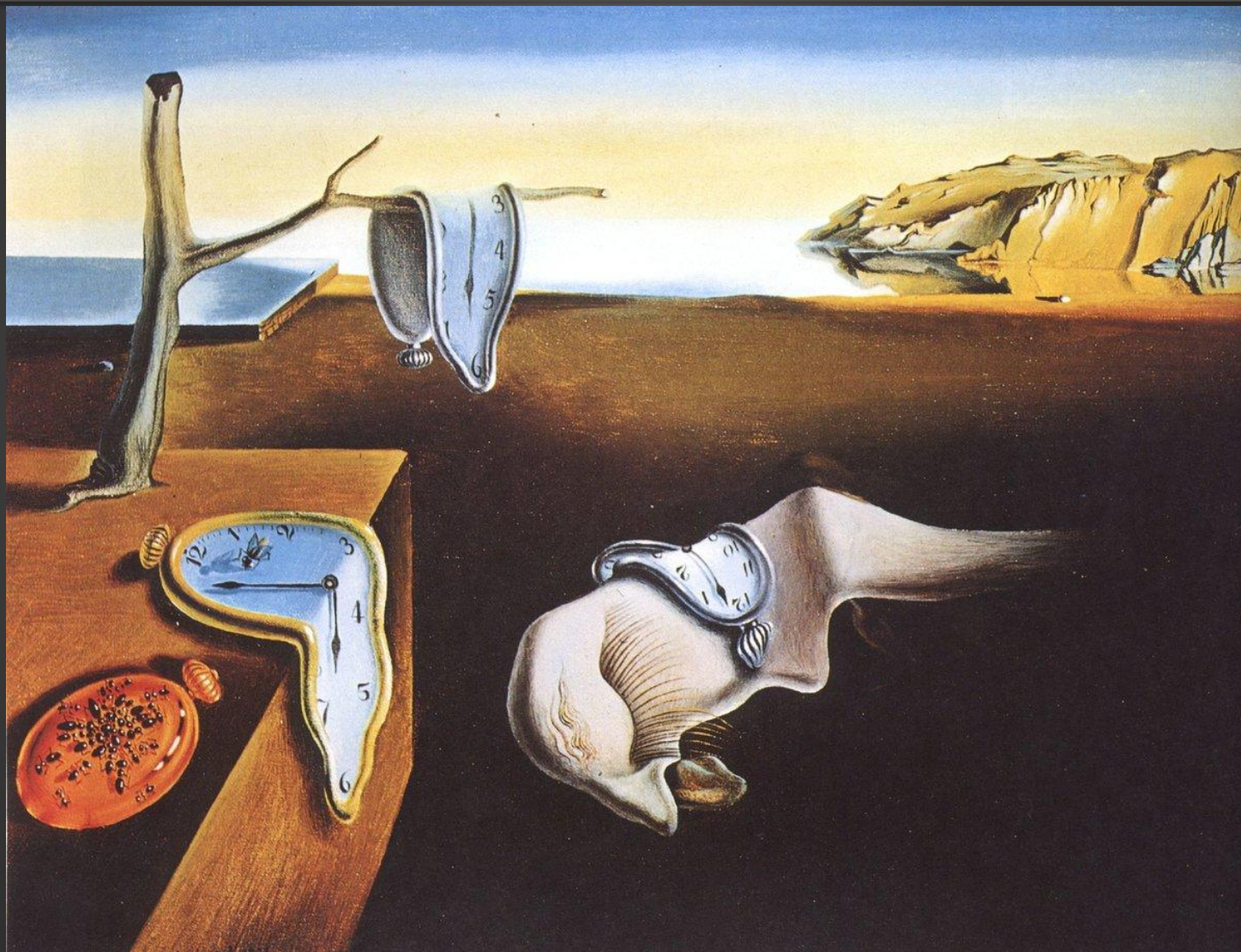


Художник Шон Косс (Shawn Coss) – художник- иллюстратор, отобразивший 30 фобий и психических расстройств человека в рисунках.

Рисунки пациентов с ОКР



Рисунки пациентов с ОКР



Рисунки пациентов с ОКР



Рисунки пациентов с ОКР



Критика пациентов, страдающих ОКР, к данному расстройству по версии International OCD Foundation:

**«Это как ментальная икота. По
большому
счёту, мы можем функционировать,
когда
икаем. Но мы истощены постоянными
попытками продолжать жить так, будто
никакой икоты нет».**



**«Представьте все свои худшие мысли в
виде
саундтрека, крутящегося в сознании
24/7,**

«Будто ты находишься во власти кукловода. Каждый раз, когда ты пытаешься уйти, он утягивает тебя обратно. Ты уверен, что плита выключена и все приборы вытащены из розеток? Перепроверь. Уверен, что твои руки настолько чисты, насколько это возможно? Сделай это заново. Уверен, что двери надёжно закрыты? Иди обратно. Сколько людей до тебя дотронулись до этого предмета? Вымой руки ещё раз».

«Ты теряешь время. Тратишь целые часы или

дни на навязчивые мысли и действия. Я провожу очень много времени, дожидаясь окончания песни в машине, прежде чем смогу выйти, или принимаю душ заново по той причине, что сбилась в подсчёте того, сколько раз потёрла левую руку».

Безумие — это точное повторение одного и того же действия. Раз за разом, в надежде на изменение



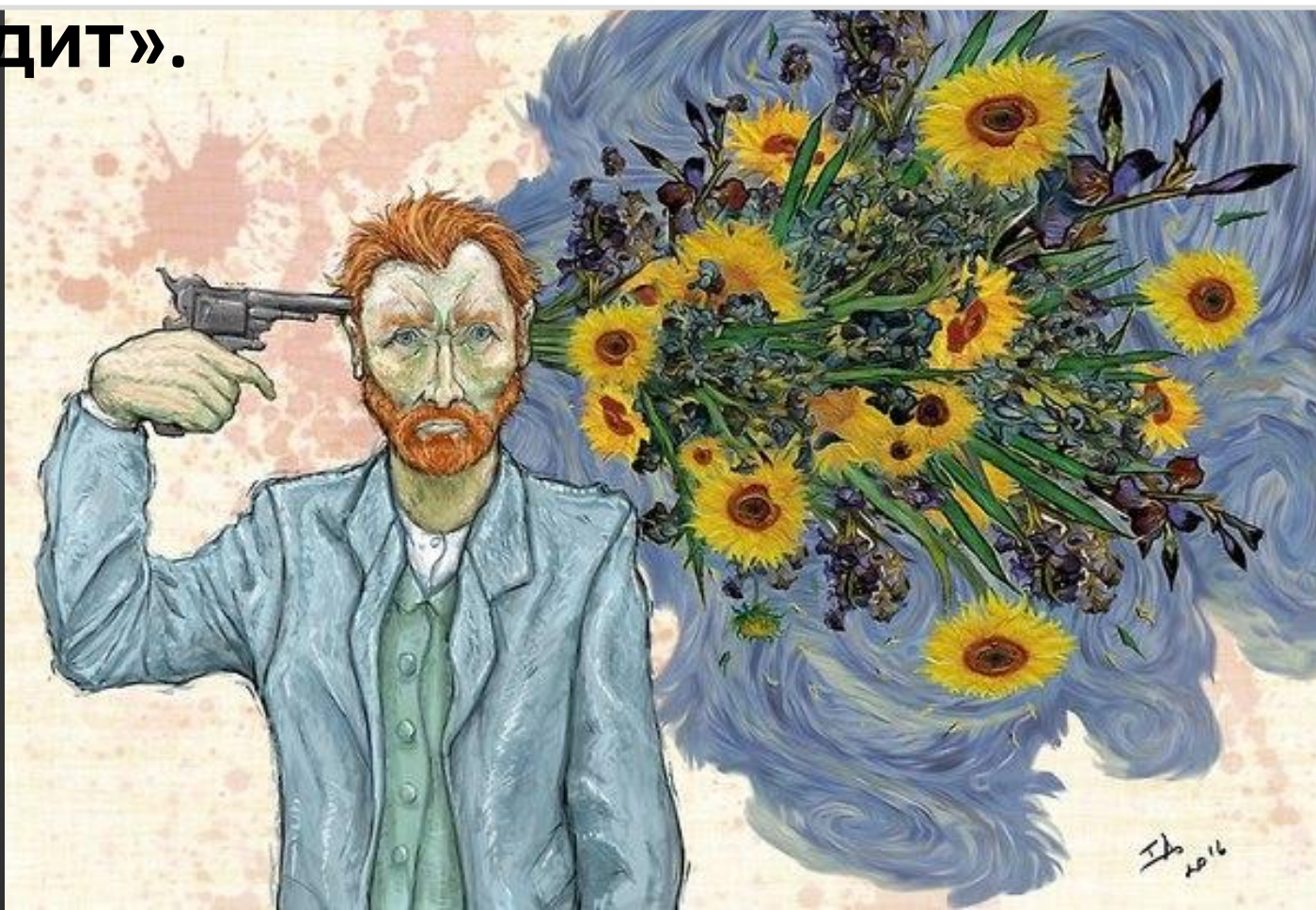
**«Как будто у тебя два мозга –
рациональный
и нерациональный. И они в постоянной
схватке»**





**«Снаружи это может казаться штилем,
но в
сознании бушует ураган».**

**«ОКР — это как будто у тебя в голове
застряла пуля, и никто, кроме тебя, её
не
ВИДИТ».**



Спасибо за внимание!

