|  |  |
| --- | --- |
|  | Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  Государственное образовательное учреждение среднего профессионального образования  «Санкт-Петербургский медицинский колледж №1» |

**Реферат**

Обсессивно-компульсивное

расстройство (F42)

Выполнил студент 30 группы

лечебного отделения   
Канавин Сергей

Санкт-Петербург, 2016г

Оглавление

[Введение 3](#_Toc444005069)

[Определение 4](#_Toc444005071)

[Краткая история 5](#_Toc444005072)

[Эпидемиология 6](#_Toc444005073)

[Основные клинические проявления ОКР: 7](#_Toc444005074)

[Диагностические критерии МКБ-10 11](#_Toc444005075)

[Лечение 12](#_Toc444005076)

[Вывод 14](#_Toc444005077)

[Список используемой литературы: 15](#_Toc444005078)

# Введение

# Диагноз ОКР относительно молодой. С каждым годом увеличивается количество диагностируемых случаев этого заболевания. Это расстройство может казаться безобидным, но на практике доводит больных до нетрудоспособности. Поэтому, я выбрал именно эту тему, понимая как важно обращать внимание на данную болезнь. Определение

**Обсесси́вно-компульси́вное расстро́йство** (от лат. *obsessio* — «осада», «охватывание», лат. *obsessio* — «одержимость идеей» и лат. *compello* — «принуждаю», лат. *compulsio* — «принуждение») (*ОКР*, *невро́з навя́зчивых состоя́ний*) — психическое расстройство. Может иметь хронический, прогрессирующий или эпизодический характер.

При ОКР у больного непроизвольно появляются навязчивые, мешающие или пугающие мысли (так называемые обсессии). Он постоянно и безуспешно пытается избавиться от вызванной мыслями тревоги с помощью столь же навязчивых и утомительных действий (компульсий). Иногда отдельно выделяется *обсессивное* (преимущественно навязчивые мысли — F42.0) и отдельно *компульсивное* (преимущественно навязчивые действия — F42.1) расстройства.

Обсессии*-*

Больные ОКР переживают навязчивые мысли, как правило, неприятные. Спровоцировать обсессии способны любые незначительные события — такие, как посторонний кашель, соприкосновение с предметом, который воспринимается больным как нестерильный и неиндивидуальный (поручни, дверные ручки и т. п.), а также личные опасения, не связанные с чистотой. Обсессии могут носить страшный или непристойный характер, чаще чуждый личности больного. Обострения могут произойти в местах большого скопления людей, например, в общественном транспорте.

Компульсии-

Для борьбы с обсессиями больные применяют защитные действия. Действия представляют собой ритуалы, призванные предотвращать или минимизировать опасения. Такие действия, как постоянное мытьё рук и умывание, сплёвывание слюны, многократное предотвращение потенциальной опасности (бесконечная проверка электроприборов, закрытия двери, закрытия молнии на ширинке), повторение слов, счёт. Например, с целью убедиться, что дверь закрыта, больному необходимо дёргать ручку определённое количество раз (при этом считать разы). Проведя ритуал, больной испытывает временное облегчение, переходя в «идеальное» постритуальное состояние. Однако спустя какое-то время всё повторяется заново.

Обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется развитием навязчивых мыслей, воспоминаний, движений и действий, а также разнообразными патологическими страхами (фобиями).

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

# Краткая история

Проблема навязчивых состояний привлекала внимание клиницистов уже в начале XVII в. Впервые они были описаны Платтером в 1617 г. В 1621 г. Е.Бартоном был описан навязчивый страх смерти. Упоминания о навязчивостях встречаются в трудах Ф. Пинеля (1829). И. Балинский предложил термин «навязчивые представления», укоренившийся в русской психиатрической литературе. В 1871 г. Вестфаль ввел термин «агорафобия», обозначавший страх пребывания в общественных местах. М. Легран де Соль [1875], анализируя особенности динамики ОКР в форме «помешательства сомнений с бредом прикосновения, указывает на постепенно усложняющуюся клиническую картину - навязчивые сомнения сменяются нелепыми страхами «прикосновения» к окружающим предметам, присоединяются двигательные ритуалы, выполнению которых подчиняется вся жизнь больных. Однако лишь на рубеже XIX—XX вв. исследователям удалось более или менее четко описать клиническую картину и дать синдромальную характеристику обсессивно-компульсивных расстройств. Начало заболевания, как правило, приходится на подростковый и юношеский возраст. Максимум клинически очерченных проявлений обсессивно-компульсивного расстройства отмечается в возрастном интервале 10 - 25 лет.

# Эпидемиология

Обсессивно-компульсивное расстройство встречается у представителей всех социоэкономических уровней. Исследования по распределению больных по классам противоречивы. Согласно одному из них, 1,5 % больных принадлежат к высшему социальному классу, 23,81 % к высшему среднему классу и 53,97 % к среднему классу. Согласно другому, среди больных из Сантьяго большую склонность к заболеванию проявлял низший класс. 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 учёной степенью(соответственно 3,1 % : 2,4 %). Большинство больных, пришедших на консультацию, не могут учиться или работать, а если могут, делают это на очень низком уровне. Полноценно могут работать только 26 % больных.

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

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.

# Основные клинические проявления ОКР:

Обсессивные мысли - тягостные, возникающие помимо воли, но признаваемые больным как свои собственные, идеи, убеждения, образы, которые в стереотипной форме насильственно вторгаются в сознание больного и которым он пытается каким-то образом противостоять. Именно это сочетание внутреннего чувства компульсивного побуждения и усилий сопротивляться ему характеризует обсессивные симптомы, но из этих двух составляющих более изменчива степень прилагаемых усилий. Обсессивные мысли могут принимать форму отдельных слов, фраз или стихотворных строк; обычно они неприятны для больного и могут быть непристойными, богохульными или даже шокирующими.

Обсессивные образы - это живо представляемые сцены, часто имеющие характер насилия или вызывающие отвращение, включая, например, сексуальные извращения.

Обсессивные импульсы - это побуждения совершить действия, обычно разрушительные, опасные или способные опозорить; например, выскочить на дорогу перед движущимся автомобилем, поранить ребенка или выкрикнуть, находясь в обществе, непристойные слова.

Обсессивные ритуалы включают как психическую деятельность (например, повторяющийся счет каким-то особым образом, или повторение определенных слов), так и повторяющиеся, но бессмысленные поступки (например, мытье рук по двадцать и более раз в день). Некоторые из них имеют понятную связь с предшествовавшими им навязчивыми мыслями, например, повторное мытье рук - с мыслями о заражении. Другие ритуалы (например, регулярное раскладывание одежды по какой-то сложной системе перед тем, как надеть ее) такой связи не имеют. Некоторые больные чувствуют непреодолимое побуждение повторять такие действия определенное количество раз; если это не получается, они вынуждены начинать все сначала. Больные неизменно сознают, что их ритуалы нелогичны, и обычно стараются скрыть их. Некоторые боятся, что такие симптомы являются признаком начинающегося сумасшествия. Как обсессивные мысли, так и ритуалы неизбежно приводят к проблемам в повседневной деятельности.

Навязчивые размышления («умственная жвачка») - это внутренние дебаты, при которых бесконечно пересматриваются аргументы за и против даже простейших повседневных действий. Некоторые навязчивые сомнения касаются действий, которые могли быть неправильно выполнены или не завершены, такие как выключение крана газовой плиты или запирание двери; другие касаются действий, которые могли бы нанести вред другим людям (например, возможность, проезжая на автомобиле мимо велосипедиста, сбить его.

Компульсивные действия - повторяющиеся стереотипные поступки, иногда приобретающие характер защитных ритуалов. Последние имеют целью предотвращение каких-либо объективно маловероятных событий, опасных для больного или его близких.

Кроме вышеописанных, в ряду обсессивно-компульсивных расстройств выделяется целый ряд очерченных симптомокомплексов и среди них навязчивые сомнения, контрастные навязчивости, навязчивые страхи - фобии (от греч. phobos)..

Навязчивые сомнения — назойливо возникающая вопреки логике и разуму неуверенность в правильности совершаемых и совершенных действий.

К навязчивым воспоминаниям относятся упорные, неодолимые тягостные воспоминания каких-либо печальных, неприятных или постыдных для больного событий, сопровождающиеся чувством стыда, раскаяния. Они доминируют в сознании больного, несмотря на усилия и старания не думать о них.

Навязчивые влечения — побуждения к совершению того или иного жесткого или крайне опасного действия, сопровождаемые чувством ужаса, страха, смятения с невозможностью освободиться от него. Больного охватывает, например, желание броситься под проходящий поезд или толкнуть под него близкого человека, убить крайне жестоким образом жену или ребенка. Пациенты при этом мучительно опасаются, что то или иное действие будет реализовано.

Навязчивое чувство антипатии (а также навязчивые хулительные и кощунственные мысли) — ничем не оправданная, отгоняемая больным от себя антипатия к определенному, зачастую близкому человеку, циничные, недостойные мысли и представления в отношении уважаемых людей.

Навязчивые действия — поступки, совершаемые против желания больных, несмотря на прилагаемые для их сдерживания усилия. Одни из навязчивых действий тяготят больных до тех пор, пока они не будут реализованы, другие не замечаются самими больными. Навязчивые действия мучительны для больных особенно в тех случаях, когда они становятся объектом внимания окружающих.

К навязчивым страхам, или фобиям, относятся навязчивый и бессмысленный страх высоты, больших улиц, открытых или ограниченных пространств, больших скоплений народа, страх наступления внезапной смерти, страх заболеть той или иной неизлечимой болезнью. У некоторых больных могут возникать самые разнообразные фобии, иногда приобретающие характер боязни всего (панфобии). И наконец, возможен навязчивый страх возникновения страхов (фобофобии).

Ипохондрические фобии (нозофобии) — навязчивый страх какого-либо тяжелого заболевания. Чаще всего наблюдаются кардио-, инсульто-, сифило- и СПИДофобии, а также бознь развития злокачественных опухолей. На пике тревоги больные иногда утрачивают критическое отношение к своему состоянию — обращаются к врачам соответствующего профиля, требуют обследования и лечения. Реализация ипохондрических фобий происходит как в связи с психо- и соматогенными (общие непсихические заболевания) провокациями, так и спонтанно. Как правило, в результате развивается ипохондрический невроз, сопровождающийся частыми посещениями врачей

Навязчивые идеи загрязнения (мизофобии). К этой группе обсессий относятся как страх загрязнения (землей, пылью, мочой, калом и другими нечистотами), так и боязнь проникновения в организм вредных и ядовитых веществ (цемента, удобрений, токсических отходов), мелких предметов (осколков стекла, игл, специфических видов пыли), микроорганизмов. В ряде случаев страх загрязнения может носить ограниченный характер, оставаться в течение многих лет на доклиническом уровне, проявляясь лишь в некоторых особенностях личной гигиены (частая смена белья, многократное мытье рук) или в порядке ведения домашнего хозяйства (тщательная обработка продуктов питания, ежедневное мытье полов, «табу» на домашних животных). Такого рода монофобии существенно не влияют на качество жизни и оцениваются окружающими как привычки (утрированная чистоплотность, чрезмерная брезгливость). Клинически проявляющиеся варианты мизофобии относятся к группе тяжелых навязчивостей. На первый план в этих случаях выступают постепенно усложняющиеся защитные ритуалы: избегание источников загрязнения и прикосновений к «нечистым» предметам, обработка вещей, на которые могла попасть грязь, определенная последовательность в использовании моющих средств и полотенец, позволяющая сохранить «стерильность» в ванной комнате. Пребывание за пределами квартиры также обставляется серией защитных мероприятий: выход на улицу в специальной, максимально закрывающей тело одежде, особая обработка носильных вещей по возвращении домой. На поздних этапах заболевания пациенты, избегая загрязнения, не только не выходят на улицу, но не покидают даже пределы собственной комнаты. Во избежание опасных в плане загрязнения контактов и соприкосновений пациенты не подпускают к себе даже ближайших родственников. К мизофобии примыкает также страх заражения какой-либо болезнью, который не относится к категориям ипохондрических фобий, поскольку не определяется опасениями наличия у страдающего ОКР того или иного заболевания. На первом плане — страх угрозы извне: боязнь проникновения в организм болезнетворных бактерий. Отсюда и выработка соответствующих защитных действий.

Особое место в ряду обсессий занимают навязчивые действия в виде изолированных, моносимптомных двигательных расстройств. Среди них, особенно в детском возрасте, преобладают тики, которые, в отличие от органически обусловленных непроизвольных движений, представляют собой гораздо более сложные двигательные акты, потерявшие свой первоначальный смысл. Тики иногда производят впечатление утрированных физиологических движений. Это своего рода карикатура на определенные двигательные акты, естественные жесты. Больные, страдающие тиками, могут трясти головой (словно проверяя, хорошо ли сидит шляпа), производить движения рукой (как бы отбрасывая мешающие волосы), моргать глазами (будто избавляясь от соринки). Наряду с навязчивыми тиками нередко наблюдаются патологические привычные действия (покусывание губ, скрежетание зубами, сплевывание и т. п.), отличающиеся от собственно навязчивых действий отсутствием субъективно тягостного чувства неотвязности и переживания их как чуждых, болезненных. Невротические состояния, характеризующиеся только навязчивыми тиками, обычно имеют благоприятный прогноз. Появляясь чаще всего в дошкольном и младшем школьном возрасте, тики обычно затухают к концу периода полового созревания. Однако такие расстройства могут оказаться и более стойкими, сохраняться на протяжении многих лет и лишь частично видоизменяться по проявлениям.

# Диагностические критерии МКБ-10

Согласно МКБ-10, для постановки диагноза необходимо, чтобы обсессии и/или компульсии проявлялись более 50 % дней в течение, по крайней мере, двух недель 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) 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;

в) мысль о выполнении навязчивого действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряжённости или тревоги не считается в этом смысле приятным);

г) мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

Следует отметить, что выполнение компульсивных действий не во всех случаях обязательно соотносится с конкретными навязчивыми опасениями или мыслями, а может быть направлено на избавление от спонтанно возникающего ощущения внутреннего дискомфорта и/или тревоги.

В него включаются:

* обсессивно-компульсивный невроз
* обсессивный невроз
* ананкастный невроз

# Лечение

Современная терапия навязчивых состояний непременно должна предусматривать комплексное воздействие: сочетание психотерапии с фармакотерапией.

**Психотерапия**

Даёт свои результаты применение когнитивно-поведенческой психотерапии. Идею лечения ОКР когнитивно-поведенческой терапией продвигает американский психиатр Джеффри Шварц. Разработанная им методика позволяет пациенту сопротивляться ОКР, изменяя или упрощая процедуру «ритуалов», сводя её к минимуму. Основа методики — осознание пациентом болезни и пошаговое сопротивление её симптомам.

По методике четырёх шагов Джеффри Шварца необходимо объяснить больному, какие из его опасений оправданы, а какие вызваны ОКР. Следует провести между ними грань и объяснив больному, как в той или иной ситуации повёл бы себя здоровый человек (лучше, если примером послужит человек, представляющий авторитет для пациента). Как дополнительный приём может использоваться метод «остановки мысли».

По мнению некоторых авторов, наиболее эффективная форма поведенческой терапии при ОКР — метод экспозиции и предупреждения. Экспозиция заключается в помещении пациента в ситуацию, которая провоцирует дискомфорт, связанный с обсессиями. Одновременно пациенту даётся инструкция, как сопротивляться выполнению компульсивных ритуалов — предупреждение реакции.

**Терапия психотропными средствами**

Среди всех классов психотропных средств наибольшую эффективность при ОКР обнаружили антидепрессанты, в особенности трициклический антидепрессант кломипрамин, который эффективен при навязчивостях вне зависимости от их нозологической принадлежности: как при навязчивостях, сочетающихся с депрессией, так и в рамках невроза или при шизофрении. Показали свою эффективность и антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (сертралин, пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам), а также миртазапин.

При наличии выраженной тревоги в первые дни фармакотерапии целесообразно назначение бензодиазепиновых транквилизаторов (клоназепам,алпразолам, гидазепам, диазепам, феназепам). При хронических формах ОКР, не поддающихся лечению антидепрессантами группы ингибиторов обратного захвата серотонина (около 40 % пациентов), всё чаще применяют атипичные антипсихотики (рисперидон, кветиапин).

По данным многочисленных исследований, применение бензодиазепинов и нейролептиков оказывает в основном симптоматический (анксиолитический) эффект, но не влияет на ядерную обсессивную симптоматику. Более того, экстрапирамидные побочные эффекты классических (типичных) нейролептиков могут привести к усилению навязчивостей.



Краткий видео ролик с примером ОКР

# Вывод

Выполняя свою работу я смог углубить свое понимание проблемы ОКР. Подчеркнул разнообразие форм и проявлений заболевание. Указал актуальность проблемы на современном этапе, а также изучил разнообразие вариантов терапии.Список используемой литературы:

* *А. М. Свядощ.* Невроз навязчивых состояний (1997г)
* http://www.psychiatry.ru
* *Вербенко Н. В., Гуляев Д. В., Гуляева М. В. «Психические болезни. Краткий справочник». (2008г)*
* https://ru.wikipedia.org