

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Обсессивно-компульсивное расстройство.

Зав. кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнила: Гутман Вера Яковлевна

Красноярск

2022

План

1. Актуальность.....	стр 3
2. Введение.....	стр 4
3. Этиология и патогенез заболевания	стр 5
4. Клиническая картина.....	стр 7
5. Классификация заболевания.....	стр 9
6. Диагностика заболевания.....	стр 10
7. Лечение.....	стр 11
8. Заключение.....	стр 13
9. Список литературы.....	стр 14

Актуальность.

Заметную роль среди психических заболеваний играют синдромы (комплексы симптомов), объединенные в группу обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Обсессивно-компульсивное расстройство является хроническим и потенциально инвалидизирующим заболеванием со значительными негативными социальными и экономическими последствиями.

Заболевание, как правило, развивается в подростковом и молодом возрасте, что значительно затрудняет дальнейшую социальную адаптацию пациента (приобретение социальных связей, навыков, необходимой квалификации). Тяжелые формы ОКР могут протекать длительное время (до 20 лет) и быть резистентными к терапии. Частота заболевания, тяжесть симптоматики, частая хронизация и последующая инвалидизация подчеркивают социальную и клиническую значимость проблематики ОКР.

Важную роль в адаптации к стрессорам играют характерологические и фрустрационные особенности личности больного. Именно личность определяет преимущественные формы эмоционального реагирования и тем самым повторяемость физиологических изменений в организме. В этой связи все большее внимание ученых и практиков привлекает психологическое состояние больных с ОКР. Психотерапевтическая коррекция психологической защиты на различных уровнях способствует снижению дезадаптивной защитной деятельности пациента, восстановлению нарушенных отношений личности, осознанию и разрешению конфликтов. Анализ взаимосвязи личностных характеристик, особенностей ОКР и механизмов психологической защиты необходим для дифференцированной и адекватной терапии таких больных, которая позволит значительно улучшить их психическое состояние, уменьшить клинические проявления заболевания, а также повысить эффективность лечебного воздействия биологического характера.

Введение.

Обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется повторяющимися навязчивыми мыслями, образами, импульсами или идеями (обсессиями), обычно вызывающими беспокойство или страдание (дистресс), а также повторяющимися идеаторными (мыслительными) или поведенческими феноменами (компульсиями), сопровождающимися ощущением необходимости их выполнить либо в соответствии с обсессиями, либо согласно определенным правилам, которые необходимо соблюдать для достижения чувства «завершённости действия».

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.

Распространенность ОКР по различным оценкам составляет около 1-3% популяции. Распространённость среди женщин несколько выше во взрослом возрасте, тогда как в детском возрасте, напротив, чаще болеют лица мужского пола. Средний возраст начала ОКР – 19-20 лет. К 14-летнему возрасту расстройство развивается у 25% больных, манифест заболевания после 35 лет встречается редко. У пациентов мужского пола начало заболевания, как правило, более раннее, так у 25% из них первые проявления возникают уже к возрасту 10 лет, тогда как у женщин этот процент значительно ниже.

У 76% пациентов с ОКР в анамнезе отмечаются расстройства тревожного спектра (паническое расстройство, социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство, изолированные фобии), у 63% — аффективные расстройства (чаще всего рекуррентное депрессивное расстройство — 41%), у 23-32 % — сопутствующее расстройство личности, преимущественно с ананкастными чертами.

Помимо этого, до 29% лиц с ОКР обращаются за помощью в связи с различными тиками. Такое сочетание более характерно для лиц мужского пола, у которых ОКР возникло в детском возрасте. Кроме того, при ОКР чаще, чем в популяции встречаются дисморфобия, трихотилломания и невротические экскориазии (компульсивное расчесывание и др. формы повреждения кожи и слизистых).

При этом обсессивно-компульсивный синдром чаще, чем в общей популяции, встречается при шизофрении и шизоаффективном расстройстве (12% пациентов), биполярном расстройстве, нервной анорексии и нервной булимии, и синдроме Туретта.

Этиология и патогенез заболевания.

На развитие ОКР оказывают влияние как генетические факторы, так и факторы окружающей среды. Многочисленные исследования подтверждают участие кортико-стриато-таламо-кортикальной системы (КСТКС) в патофизиологии расстройства. Другие отделы головного мозга также участвуют в патогенезе ОКР.

Близнецовые исследования и исследования семей с ОКР подтвердили наличие большого наследственного компонента в этиопатогенезе ОКР. При этом больший вес генетических факторов был отмечен при манифесте ОКР в детском возрасте, чем во взрослом. Конкретные гены и группы генов, влияющие на вероятность развития ОКР, неизвестны, хотя исследования в этой области продолжаются.

На вероятность развития ОКР, по-видимому, влияют несколько факторов окружающей среды, но причинно-следственные связи на данный момент надежно не верифицированы. В качестве подобных факторов можно выделить следующие.

Манифест или обострение ОКР у некоторых детей было связано с аутоиммунным процессом, известным как «ПАНДАС» (англ. PANDAS, Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections), связанным со стрептококковой инфекцией типа А.

Предполагается, что в рамках ПАНДАС симптомы ОКР вызываются аутоиммунной реакцией на бета-гемолитические стрептококки группы А, что приводит к повреждению базальных ганглиев. Важно отметить, что другие инфекционные агенты также могут вызвать сходное состояние – «педиатрический острый нейропсихиатрический синдром».

Предменструальный и послеродовой периоды могут привести к манифесту или обострению ОКР, в связи с чем существует предположение о том, что гормональные колебания могут играть этиологическую роль в развитии ОКР.

У взрослых пациентов описано развитие ОКР после травматических событий, в связи с чем высказывается предположение, что острая реакция на стресс может служить «пусковым фактором» для данного расстройства. Существуют описания множества случаев развития ОКР после неврологических повреждений (ОНМК, ЧМТ), которые затрагивали КСТКС. Кроме того, показано, что нейрохирургические вмешательства в областях КСТКС могут уменьшать интенсивность и частоту возникновения симптомов ОКР у взрослых. В экспериментах у животных было показано, что нарушение работы этой системы приводит к поведению, схожему с ОКР.

В нейровизуализационных исследованиях выявлены анатомические аномалии в КСТКС у пациентов с ОКР. Несмотря на наличие противоречивых результатов в мета-анализах, в целом в большинстве работ отмечаются аномалии в орбитофронтальной коре (ОФК), передней поясной извилине (ППИ) и стриатуме. Мета-анализ нескольких нейровизуализационных исследований также обнаружил аномалии в дорсомедиальной префронтальной коре, нижней лобной извилине и мозжечке. В мета-анализе нейроанатомических данных, полученных в нескольких международных исследованиях, были обнаружены различные паттерны подкорковых нарушений у взрослых пациентов и детей с ОКР, в частности аномалии в бледном шаре и гиппокампе у взрослых и аномалии в зрительном бугре у детей. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) и функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) позволили выявить аномальную активность при ОКР в участках КСТКС, включая ОФК, ППИ и стриатум. Было обнаружено, что аномальная активность усиливается при провоцировании симптомов и нормализуется при успешном лечении. Исследования с использованием фМРТ при выполнении когнитивных задач показали наличие нарушений в работе КСТКС у пациентов с ОКР. Например, в нескольких исследованиях было обнаружено, что у пациентов с ОКР во время выполнения задач на последовательное обучение выявлялась активность в гиппокампе, в то время как у здоровых отмечалась активность в стриатуме.

Существуют предположения о роли серотониновой и (или) дофаминовой систем в патогенезе ОКР. Результаты фармакологических и нейровизуализационных исследований, направленных на проверку этих гипотез, оказались противоречивыми. Кроме того, в некоторых современных моделях предполагается, что симптомы ОКР прямо или косвенно связаны с нарушениями глутаматергической нейротрансмиссии в кортико-стриарных путях.

Клиническая картина.

ОКР у пациентов проявляется в виде obsessions или compulsions, или и того, и другого одновременно. Причем исследования показывают, что именно сочетание в клинической картине obsessions и compulsions встречается чаще, чем каждый из синдромов по отдельности.

Obsessions – это повторяющиеся или неотвязные мысли, представления, или побуждения. Obsessions не приносят удовольствия и не воспринимаются как произвольные. Они навязчивые, нежелательные, и большинство людей страдают или испытывают тревогу от их появления. Пациенты с ОКР стараются игнорировать, избегать, подавлять навязчивости, или нейтрализовать их другими мыслями или действиями (например, выполняя ритуалы).

Compulsions (ритуалы) – это повторяющееся поведение или идеаторные акты, которые человек совершает из чувства необходимости в связи с содержанием obsessions или в соответствии с правилами, требующими точности исполнения, или достижения чувства «завершенности», «полноты» выполнения. Целью является уменьшение дистресса, вызванного obsessions, или предотвращение нежелательных событий. При этом compulsions никаким реалистичным образом не связаны с этими «опасными» событиями или очевидно избыточны в сравнении с обычными действиями. Compulsions также могут выполняться для избавления от чувства «незавершенности» — например, необходимость многократного повторения действия, пока оно не будет выполнено «абсолютно правильно». Выполнение ритуалов не приносит удовольствия, хотя некоторые пациенты испытывают облегчение тревоги и дискомфорта.

Obsessions и compulsions могут быть различными по своей частоте и интенсивности – от 1-2 часов в день с их незначительной интенсивностью до постоянно присутствующих тягостных симптомов, значительно снижающих трудоспособность и (или) качество жизни.

В момент появления obsessions или compulsions пациент может испытывать разнообразные эмоции. Так, некоторые больные ощущают выраженную тревогу, на высоте которой могут развиваться и повторяться приступы паники (психовегетативные пароксизмы). Другие пациенты сообщают о выраженном чувстве отвращения. При совершении ритуала, многие пациенты испытывают неприятное чувство «незавершенности» или неловкости, которые не прекращаются пока действия не будут выполнены (например, определенные предметы разложены «правильным» образом).

У многих пациентов с ОКР обнаруживаются ошибочные убеждения и установки, включая следующие.

- Утрированное чувство собственной ответственности за предстоящие события и склонность преувеличивать негативные последствия неудач.
- Перфекционизм и неспособность переносить неопределенность («низкая толерантность к неопределенности»).
- Переоценка роли и важности идеаторных феноменов (мыслей) – например, вера в то, что наличие «плохих, запрещенных» мыслей также плохо, как и реальные действия.
- Убеждение в возможности преодолеть навязчивое мышление.

Существует связь между ОКР и суицидальным поведением, частота возникновения суицидальных мыслей у больных ОКР на протяжении жизни – 63,5%, суицидальных попыток – 46%. Большому риску подвержены больные с наличием коморбидной психической патологией, симптомами депрессии и тревоги, суицидальными попытками в анамнезе. Часть пациентов испытывают навязчивый страх причинить вред окружающим, но нет данных о том, что они с большей вероятностью совершат агрессивный поступок, чем лица из общей популяции.

Пациенты с ОКР по-разному оценивают степень бессмысленности и чрезмерности своих навязчивых мыслей и ритуалов. Степень критичности к симптомам зависит от индивидуальных особенностей и может меняться по мере развития заболевания. В небольшом проценте случаев (менее 4%) при отсутствии критического отношения навязчивые мысли могут трансформироваться в бредовые – например, в случае с убежденностью пациента, что его мысли смогут причинить реальный вред другому человеку.

Развитие симптомов ОКР чаще постепенное, острое начало описано, например, после перенесенного инфекционного заболевания. Без лечения ОКР обычно приобретает хронический характер со стабилизацией и даже ослаблением симптомов. У некоторых пациентов течение носит эпизодический характер, в более редких случаях течение неблагоприятное – с утяжелением и усложнением симптоматики.

При ОКР часто формируется избегающее поведение, когда больные с ОКР избегают людей, вещей, мест, наличие которых усиливает обсессии и компульсии. Например, при страхе загрязнения такое поведение может распространяться на общественные места – рестораны, уборные – с целью уменьшения риска загрязнения или инфекции. Пациенты с навязчивыми мыслями агрессивного содержания могут ограничивать социальные взаимодействия. Избегающее поведение может охватывать разнообразные сферы жизни и значительно нарушать повседневное функционирование, трудоспособность и (или) качество жизни.

При отсутствии надлежащей терапии частота наступления ремиссии при ОКР у взрослых достаточно низкие – около 20%. Даже при активной терапии только малая часть пациентов со временем полностью выздоравливает.

Развитие ОКР приводит к ухудшению качества жизни, а также значительно нарушает социальную и трудовую адаптацию. Нарушения касаются многих аспектов жизненного уклада и зависят от остроты симптоматики. К ним, как правило, приводят следующие последствия obsessions или compulsions:

- время, затраченное на «прокручивание» навязчивых мыслей и выполнение ритуалов.
- избегающее поведение по отношению к ситуациям, провоцирующим усиление симптомов ОКР
- специфичные ограничения, связанные с фабулой (содержанием) симптомов.

Классификация заболевания.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра, адаптированной для практики в Российской Федерации (1995, 1999) ОКР выделены в отдельную рубрику F42 и включены в общий кластер невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F48).

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления

Они могут принимать форму идей, мысленных образов или побуждений к действию, которые почти всегда причиняют страдание пациенту. Иногда идеи являются незаконченными, бесконечно рассматриваемыми альтернативами, связанными с неспособностью принять обычное, но необходимое решение, касающееся повседневной жизни. Связь между навязчивыми размышлениями и депрессией является особенно тесной, поэтому диагнозу obsessive-compulsive disorder следует отдать предпочтение лишь только в том случае, если навязчивые мысли возникают или удерживаются при отсутствии депрессивного эпизода.

F42.1 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)

Большинство компульсивных действий относится к очистке от загрязнения (в основном мытье рук), повторным проверкам для получения гарантии того, что потенциально опасная ситуация не может возникнуть, или соблюдению аккуратности и опрятности. В основе такого явного поведения лежит обычно боязнь опасности, которой может подвергнуться сам пациент или которой он может подвергнуть другого, и ритуальные действия являются безрезультатной или символической попыткой предотвратить опасность.

Другие категории

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

F42.8 Другие obsessive-compulsive disorder

F42.9 Obsessive-compulsive disorder неуточненное

Диагностика.

Критерии установления диагноза/состояния (исследовательские диагностические критерии по МКБ-10):

А. Как obsessions, так и compulsions (или оба вместе) представлены в большинстве дней как минимум в течение двухнедельного периода.

Б. Obsessions (мысли, идеи или образы) и compulsions (действия) включают следующие признаки, все из которых должны присутствовать:

1. Они воспринимаются больным, как возникшее в его собственном разуме и не навязаны окружающими влияниями или лицами.
2. Они повторяются и неприятны; как минимум, одна obsession или compulsion должна пониматься больным как чрезмерная или бессмысленная.
3. Субъект пытается противостоять им, но если они долго существуют, то сопротивление некоторым obsessions или compulsions может быть незначительным. Как минимум должна быть одна obsession или compulsion, сопротивление которой оказалось безуспешным.
4. Осуществление compulsive актов и obsessional мысли сами по себе не вызывают приятных ощущений. (Эта особенность должна быть ограничена от временного облегчения тревоги и напряжения).

В. Obsessions или compulsions вызывают дистресс или мешают социальной или индивидуальной деятельности больного, обычно за счет пустой траты времени.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Obsessions или compulsions не являются результатом других психических расстройств, таких как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30-F39).

Дифференциальный диагноз.

Необходимо отличать ОКР от других заболеваний, при которых возникают навязчивости и ритуалы. В ряде случаев obsessional-compulsive расстройство необходимо дифференцировать с шизофренией, особенно когда obsessional мысли необычны по содержанию (например, смешанные сексуальные и богохульные темы) или же ритуалы исключительно эксцентричны. Развитие вялотекущего шизофренического процесса нельзя исключить и при нарастании ритуальных образований, их стойкости, возникновении антагонистических тенденций в психической деятельности (непоследовательности мышления и поступков), однообразии эмоциональных проявлений. Затяжные obsessional состояния сложной структуры необходимо отграничивать от проявлений приступообразной шизофрении. В отличие от невротических навязчивых состояний они обычно сопровождаются резко нарастающей тревогой, значительным расширением и систематизацией круга навязчивых ассоциаций, приобретающих характер навязчивостей «особого значения»: ранее индифферентные предметы,

события, случайные замечания окружающих напоминают больным о содержании фобий, оскорбительных мыслях и приобретают тем самым в их представлении особое, угрожающее значение. В таких случаях необходимо обратиться к врачу-психиатру с целью исключения шизофрении. Определенные трудности может также представлять дифференциация ОКР и состояний с преобладанием генерализованных расстройств, известных под названием синдрома Жиля де ля Туретта. Тики в таких случаях локализируются в области лица, шеи, верхних и нижних конечностей и сопровождаются гримасами, открыванием рта, высовыванием языка, интенсивной жестикуляцией. Исключить в этих случаях данный синдром помогают характерные для нее грубость двигательных расстройств и более сложные по структуре и более тяжелые психические нарушения.

Лечение.

Всем пациентам с установленным диагнозом ОКР рекомендуется психофармакотерапия и (или) психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия, КПТ; экспозиционная терапия, ERT) с целью коррекции обсессивных и компульсивных симптомов.

Большая часть пациентов положительно реагирует на один из этих методов лечения или их комбинацию, однако, у 40-60% пациентов сохраняются резидуальные (остаточные) симптомы даже после адекватных по продолжительности и интенсивности (дозированию) курсов лечения.

В крупном мета-анализе 29 РКИ показано, что КПТ и ее разновидность ERP (exposure and prevention therapy, экспозиционная терапия) при ОКР значительно превосходят по эффективности плацебо (группа ожидания) и неструктурированные методы психологического консультирования.

Средняя редукция выраженности симптомов (в большинстве исследований оцениваемая по шкале FLY-BOCS), составила 50-70%.

Психотерапию следует рассматривать как монотерапию первой линии у фармакологически интактных пациентов с легким или умеренным уровнем дистресса или дезадаптации, у пациентов без тяжелой сопутствующей психиатрической патологии, а также у пациентов, которые по разным причинам предпочитают отложить ПФТ или отказываются от ПФТ.

Психотерапию можно рассматривать как дополнительный метод на любом этапе лечения при любой выраженности симптомов ОКР.

КПТ и экспозиционная терапия могут быть малоэффективными в группах пациентов, злоупотребляющими психоактивными веществами, а также у пациентов с выраженным когнитивным снижением, отсутствием мотивации на психологическое лечение и сопутствующей тяжелой психиатрической патологией.

Комбинированная терапия (сопутствующая ПФТ + психотерапия) демонстрирует лучшие показатели эффективности, чем только ПФТ.

Алгоритм медикаментозного лечения:

Этап I—монотерапия СИОЗС в течение 8-12 недель.

- Пароксетин 40-60 мг/сут
- флуоксетин 40-80 мг/сут
- сертралин 50-200 мг/сут
- флувоксамин 100-300 мг/сут
- циталопрам 20-60 мг/сут
- эсциталопрам 10-20 мг/сут

Если есть эффект, то продолжение монотерапии СИОЗ в эффективной дозе в течение 1-2 лет.

Этап II – монотерапия другим СИОЗС (предпочтительно кломипрамином) в течение 8-12 недель.

- Кломипрамин 100-250 мг/сут,
- венлафаксин 225-375 мг/сут,
- дулоксетин 60-120 мг/сут,
- милнаципран 50-100 мг/сут, либо другой СИОЗС

Если есть эффект, то продолжение монотерапии СИОЗС в эффективной дозе в течение 1-2 лет.

Этап III – адъювантная терапия АВП или галоперидолом в течение 8-12 недель.

- Галоперидол 1-5 мг/сут
- арипипразол 5-15 мг/сут
- амисульприд 200-600 мг/сут
- кветиапин 50-500 мг/сут
- оланзапин 5-15 мг/сут,
- палиреридон 3-6 мг/сут
- рисперидон 0,5-4 мг/сут

Если есть эффект, постепенная отмена (через 3-6 месяцев) адъювантного средства, монотерапия СИОЗС либо продолжение комбинированной терапии СИОЗС + АПП/АВП в течение 1-2 лет.

Этап V – экспериментальные методы адъювантной терапии в течение 8-12 недель

Альтернативные методы адъювантной терапии, используемые на Этапе IV, могут включать противосудорожные препараты:

- вальпроевая кислота 300-500 мг/сут
- габапентин 300- 900 мг/сут
- ламотриджин 100-200 мг/сут
- топирамат 100-200 мг/сут
- Экспериментальные методы адъювантной терапии, используемые на Этапе V, могут включать: пиндолол, карбонат лития, L-триптофан, буспирон, D-циклоксерин и налтрексон.

Этап VI – немедикаментозные (неинвазивные) методы (цТМС, ЭСТ).

Заключение.

Людам с обсессивно-компульсивным расстройством часто нужен контроль и рутина. Нередко заболевший сам стыдится своего поведения и поэтому замыкается. Из-за своих мыслей и поведения человек часто может опаздывать или даже не может выйти из дома. Частое мытьё рук может привести к проблемам с кожей. Жизнь с навязчивыми идеями и поведением не является выбором. Важно, чтобы родственники больного обсессивно-компульсивным расстройством не винили его, поскольку это может усилить тревожность.

В настоящее время нельзя недооценивать значение «тревожных расстройств», так как удельный вес этой патологии растёт и вносит существенный вклад в снижение уровня жизни пациентов, а также приводит к нарушению адаптации. Такие пациенты нуждаются в медицинской помощи, очень важно, чтобы пациенты получили квалифицированную помощь, соответствующую стандартам доказательной медицины, при первом контакте с психиатрической службой. Именно поэтому изучение этой темы так важно.

Литература:

1. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинулькина М.А. «Психиатрия и медицинская психология»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
2. Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г.
3. Клинические рекомендации МЗ РФ «Обсессивно-компульсивное расстройство», 2021г.
4. Незнанов Н.Г., Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А. «Психиатрия. Национальное руководство»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
5. Роберт Лихи, «Свобода от тревоги. Справься со своей тревогой, пока она не расправилась с тобой»: Издательство «Питер», 2019г.
6. <http://www.psychiatry.ru/stat/124>, 2022г.