**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Зав.кафедрой – д.пс.н., профессор

Логинова И.О.

**РЕФЕРАТ**

Тема: «Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств»

Выполнила:

Ординатор кафедры клинической

психологии и психотерапии

Горячкина Полина Германовна

**Оглавление:**

[Введение: 3](#_Toc126143580)

[Клиническая картина 6](#_Toc126143581)

[Клинические проявления ОКР 6](#_Toc126143582)

[Течение обсессивно-компульсивного расстройства 13](#_Toc126143583)

[Дифференциальный диагноз 14](#_Toc126143584)

[Генетические факторы 15](#_Toc126143585)

[Прогноз 15](#_Toc126143586)

[Лечение: основные методы и подходы 15](#_Toc126143587)

[Лекарственная терапия 16](#_Toc126143588)

[Психотерапия 17](#_Toc126143589)

[Поведенческая психотерапия 17](#_Toc126143590)

[Социальная реабилитация 18](#_Toc126143591)

[Список литературы: 20](#_Toc126143592)

##

## Введение

Заметную роль среди психических заболеваний играют синдромы (комплексы симптомов), объединенные в группу обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), получившего свое наименование от латинских терминов obsessio и compulsio.

*Обсессия* (лат. obsessio — обложение, осада, блокада).

*Компульсии* (лат. compello — принуждаю).

1. Навязчивые влечения, разновидность навязчивых явлений (обсессий). Характерны непреодолимые влечения, возникающие вопреки разуму, воле, чувствам. Нередко они оказываются неприемлемыми для больного, противоречат его морально-этическим свойствам. В отличие от импульсивных влечений компульсии не реализуются. Эти влечения осознаются больным как неправильные и тягостно им переживаются, тем более что само возникновение их в силу своей непонятности часто порождает у больного чувство страха

2. Термин компульсии используется и в более широком смысле для обозначения любых навязчивостей в двигательной сфере, в том числе и навязчивых ритуалов.

В отечественной психиатрии ***под навязчивыми состояниями*** (далее по тексту «Н.с.») понимались психопатологические явления, характеризующиеся тем, что феномены определенного содержания многократно возникают в сознании больного, сопровождаясь тягостным чувством принудительности (Зиновьев П.М., 1931). Для навязчивых состояний характерно непроизвольное, даже вопреки воле, возникновение навязчивостей при ясном сознании. Хотя навязчивости чужды, посторонни по отношению к психике больного, но освободиться от них больной не в состоянии. Они тесно связаны с эмоциональной сферой, сопровождаются депрессивными реакциями, чувством тревоги. Будучи симптомообразованиями, по С.Л. Суханову, «паразитическими», они не влияют на течение интеллектуальной деятельности в целом, остаются чуждыми мышлению, не приводят к снижению его уровня, хотя ухудшают работоспособность и продуктивность умственной деятельности больного. На всем протяжении болезни к навязчивостям сохраняется критическое отношение.

Н.с. условно делятся на навязчивости в *интеллектуально-аффективной* (фобии) и *двигательной* (компульсии) сферах, но чаще всего в структуре болезни навязчивостей соединяются несколько их видов. Выделение навязчивостей отвлеченных, аффективно индифферентных, безразличных по своему содержанию, например, аритмомании, редко бывает оправданным; анализ психогенеза невроза нередко позволяет увидеть в основе навязчивого счета выраженную аффективную (депрессивную) подоплеку.

Наряду с навязчивостями элементарными, связь которых с психогенией очевидна, существуют «криптогенные», когда причина возникновения болезненных переживаний скрыта (Свядощ Л.М., 1959). Н.с. наблюдаются, главным образом у личностей с психастеническим характером. Здесь особенно характерны навязчивые опасения. Кроме того, Н.С. встречаются в рамках неврозоподобных состояний при вялотекущей шизофрении, эндогенных депрессиях, эпилепсии, последствиях черепно-мозговой травмы, соматических заболеваниях, главным образом, ипохондрически-фобический или нозофобический синдром. Некоторые исследователи выделяют т.н. «невроз навязчивых состояний», который характеризуется преобладанием в клинической картине навязчивых состоянии - воспоминаний, воспроизводящих психогенно-травматическую ситуацию, мыслей, страхов, действий. В генезе играют роль: психическая травма; условно-рефлекторные раздражители, ставшие патогенными в связи с их совпадением с другими, вызвавшими ранее чувство страха; ситуации, ставшие психогенными в связи с конфронтацией противоположных тенденций (Свядощ A.M., 1982). Следует отметить, что эти же авторы подчеркивают, что Н.н.с. возникает при различных особенностях характера, но чаще всего у **психастенических личностей**.

В настоящее время практически все навязчивые состояния объединены в Международной Классификации Болезней под понятием «обсессивно-компульсивного расстройства».

Концепции ОКР претерпели в течение последних 15 лет фундаментальную переоценку. За это время полностью пересмотрены клиническое и эпидемиологическое значения ОКР. Если ранее считалось, что это - редко встречающееся состояние, наблюдающееся у небольшого числа людей, то теперь известно: ОКР встречается часто и дает большой процент заболеваемости, что требует срочного привлечения внимания психиатров во всем мире.

 Параллельно этому расширились наши представления о этиологии ОКР: нечетко сформулированное психоаналитическое определение двух прошлых десятилетий сменилось нейрохимической парадигмой, исследующей нейротрансмиттерные нарушения, лежащие в основе ОКР. И самое значительное, фармакологическое вмешательство, направленное специфически на серотонинергическую нейротрансмиссию, произвело революцию в перспективах выздоровления миллионов больных, страдающих ОКР, во все мире.

Открытие, что интенсивное ингибирование обратного захвата серотонина (ИОЗС) является ключом к эффективному лечению ОКР, было первым этапом революции и стимулировало клинические исследования, которые показали эффективность таких избирательных ингибиторов.

Согласно описанию, данному в МКБ-10, основными чертами ОКР являются повторяющиеся навязчивые (обсессивные) мысли и компульсивные действия (ритуалы).

В широком смысле ядром ОКР является синдром навязчивости, который представляет собой состояние с преобладанием в клинической картине чувств, мыслей, страхов, воспоминаний, возникающих помимо желания больных, но при осознавании их болезненности и критическом отношении к ним. Несмотря на понимание неестественности, алогичности навязчивых идей и состояний, больные бессильны в своих попытках преодолеть их. Обсессивные побуждения или идеи признаются чуждыми личности, но как будто идущими изнутри. Навязчивые действия могут быть исполнением ритуалов, предназначенных для облегчения тревоги, например мытье рук для борьбы с «загрязнением» и в целях предотвращения «заражения». Попытки отогнать непрошеные мысли или побуждения могут привести к тяжелой внутренней борьбе, сопровождаемой напряженной тревогой.

**Навязчивости в МКБ-10 входят в группу невротических расстройств.**

Распространенность ОКР в населении достаточно высока. По некоторым данным она определяется показателем 1,5% (имеются в виду «свежие» случаи заболеваний) или 2—3 %, если учитываются эпизоды обострений, наблюдавшиеся в течение всей жизни. Страдающие обсессивно-компульсивным расстройством составляют 1 % от всех больных, получающих лечение в психиатрических учреждениях. Считается, что мужчины и женщины поражаются примерно в равной степени.

## Клиническая картина

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.

## 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). Иногда сомнения связаны с возможным нарушением религиозных предписаний и обрядов - «угрызения совести».

**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).

Обсессивные мысли и компульсивные ритуалы могут при определенных ситуациях усилиться; например, обсессивные мысли о причинении вреда другим людям часто становятся настойчивей в кухне или каком-нибудь другом месте, где хранятся ножи. Так как больные часто избегают таких ситуаций, может наблюдаться поверхностное сходство с характерной моделью избегания, обнаруживаемой при тревожно-фобическом расстройстве.

Тревога является важным компонентом обсессивно-компульсивных расстройств. Некоторые ритуалы ослабляют тревогу, тогда как после других она возрастает. Обсессии часто развиваются в рамках депрессии. У некоторых больных это выглядит как психологически понятная реакция на обсессивно-компульсивные симптомы, но у других пациентов наблюдаются повторяющиеся эпизоды депрессивного настроения, которые возникают независимо.

Навязчивости (обсессии) подразделяют на образные, или чувственные, сопровождающиеся развитием аффекта (нередко тягостного) и навязчивости аффективно нейтрального содержания.

К чувственным навязчивостям относятся навязчивые сомнения, воспоминания, представления, влечения, действия, страхи, навязчивое чувство антипатии, навязчивое опасение в отношении привычных поступков.

***Навязчивые сомнения*** — назойливо возникающая вопреки логике и разуму неуверенность в правильности совершаемых и совершенных действий. Содержание сомнений различно: навязчивые бытовые опасения (заперта ли дверь, достаточно ли плотно закрыты окна или водопроводные краны, выключены ли газ, электричество), сомнения, связанные со служебной деятельностью (правильно ли написан тот или иной документ, не перепутаны ли адреса на деловых бумагах, не указаны ли неточные цифры, верно ли сформулированы или исполнены распоряжения) и др. Несмотря на неоднократную проверку совершенного действия, сомнения, как правило, не исчезают, вызывая психологический дискомфорт у страдающего данного рода обсессией.

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.

Проявления навязчивых представлений могут быть различными. В одних случаях это — яркое "видение" результатов навязчивых влечений, когда больные представляют результат совершенного жестокого поступка. В других случаях навязчивые представления, именуемые нередко овладевающими, выступают в виде неправдоподобных, подчас абсурдных ситуаций, которые больные принимают за действительные. Примером навязчивых представлений может служить и убежденность больного, что похороненный родственник был живым, причем больной мучительно представляет и переживает страдания умершего в могиле. На высоте навязчивых представлений сознание их нелепости, неправдоподобности исчезает и, напротив, появляется уверенность в их реальности. В результате навязчивости приобретают характер сверхценных образований (доминирующих идей, не соответствующих их истинному значению), а иногда и бреда.

***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, у религиозных лиц — в отношении святых или служителей церкви.

***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 и необоснованным приемом лекарств.

***Специфические (изолированные) фобии*** — навязчивые страхи, ограниченные строго определенной ситуацией — боязнь высоты, тошноты, грозы, домашних животных, лечения у зубного врача и т.д. Поскольку соприкосновение с ситуациями, вызывающими страх, сопровождается интенсивной тревогой, характерно стремление больных к их избеганию.

Навязчивые страхи нередко сопровождаются развитием ***ритуалов*** - действий, имеющих значение «магических» заклинаний, которые производятся, несмотря на критическое отношение больного к обсессии, с целью защиты от того или иного мнимого несчастья: перед началом какого-либо важного дела больной должен совершить какое-то определенное действие, чтобы исключить возможность неуспеха. Ритуалы могут, например, выражаться в щелканье пальцами, воспроизведении больным какой-либо мелодии или в повторении определенных словосочетаний и т.п. В этих случаях даже близкие не догадываются о существовании подобных расстройств. Ритуалы в сочетании с навязчивостями представляют собой достаточно стабильную систему, которая существует обычно многие годы и даже десятилетия.

***Навязчивости аффективно-нейтрального содержания*** — навязчивое мудрствование, навязчивый счет, вспоминание нейтральных событий, терминов, формулировок и др. Несмотря на их нейтральное содержание, они тяготят больного, мешают его интеллектуальной деятельности.

***Контрастные навязчивости («агрессивные обсессии»)*** — хулительные, кощунственные мысли, страх причинения вреда себе и окружающим. Психопатологические образования этой группы относятся преимущественно к образным навязчивостям с ярко выраженной аффективной насыщенностью и овладевающими сознанием больных представлениями. Их отличают ощущение чуждости, абсолютная немотивированность содержания, а также тесное сочетание с навязчивыми влечениями и действиями. Больные с контрастными навязчивостям и жалуются на непреодолимое стремление добавить к только что услышанным репликам окончания, придающие сказанному неприятный или угрожающий смысл, повторять за окружающими, но уже с оттенком иронии или злобы, фразы религиозного содержания, выкрикивать циничные, противоречащие собственным установкам и общепринятой морали слова, они могут испытывать страх потери контроля над собой и возможного совершения опасных или нелепых действий, нанесения увечья себе или своим близким. В последних случаях навязчивости нередко сочетаются с фобиями предметов (страх острых предметов — ножей, вилок, топоров и др.). К группе контрастных частично относятся и навязчивости сексуального содержания (навязчивости по типу запретных представлений об извращенных сексуальных актах, объектом которых становятся дети, представители того же пола, животные).

***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.

## Течение обсессивно-компульсивного расстройства

К сожалению, в качестве наиболее характерной тенденции в динамике ОКР необходимо указать хронификацию. Случаи эпизодических проявлений болезни и полного выздоровления встречаются сравнительно редко. Однако у многих больных, особенно при развитии и сохранении одного какого-то типа проявлений (агорафобия, навязчивый счет, ритуальное мытье рук и т.д.), возможна длительная стабилизация состояния. В этих случаях отмечаются постепенное (обычно во второй половине жизни) смягчение психопатологической симптоматики и социальная реадаптация. Например, больные, испытывавшие страх поездок на определенных видах транспорта, или публичных выступлений, перестают чувствовать себя ущербными и работают наряду со здоровыми. При легких формах ОКР болезнь, как правило, протекает благоприятно (на амбулаторном уровне). Обратное развитие симптоматики происходит через 1 год — 5 лет с момента манифестации.

Более тяжелые и сложные ОКР, такие, как фобии заражения, загрязнения, острых предметов, контрастные представления, многочисленные ритуалы, напротив, могут стать стойкими, резистентными к лечению, либо обнаружить тенденцию к рецидивированию с сохраняющимися, несмотря на активную терапию, расстройствами. Дальнейшая отрицательная динамика этих состояний свидетельствует о постепенном усложнении клинической картины болезни в целом.

## Дифференциальный диагноз

Необходимо отличать ОКР от других заболеваний, при которых возникают навязчивости и ритуалы. В ряде случаев обсессивно-компульсивное расстройство необходимо дифференцировать с шизофренией, особенно когда обсессивные 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 обсессивные 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 локализуются 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.

### Генетические факторы

Говоря о наследственной предрасположенностью к ОКР, следует отметить, что обсессивно-компульсивные расстройства обнаружены примерно у 5-7% родителей больных такими расстройствами. Хотя этот показатель и низкий, он выше, чем в общей популяции населения. Если доказательства наследственной предрасположенности к ОКР пока неопределенны, то черты психастенической личности можно в большой степени объяснить генетическими факторами.

## Прогноз

Приблизительно в 67% случаев улучшение при ОКР наступает в течение года, чаще к концу этого периода. Если заболевание продолжается более года, в его течение наблюдаются колебания - периоды обострений перемежаются с периодами улучшения состояния здоровья, длящимися от нескольких месяцев до нескольких лет.

Прогноз хуже, если речь идет об психастенической личности с тяжелыми симптомами заболевания, или если в жизни больного присутствуют непрерывные стрессовые события. Тяжелые случаи могут быть чрезвычайно стойкими; например, в результате исследования госпитализированных больных с ОКР обнаружено, что у 75% из них симптоматика осталась без изменений и спустя 13-20 лет.

## Лечение: основные методы и подходы

Несмотря на то, что ОКР представляют собой сложную группу симптомокомплексов, принципы лечения для них едины.

Самым надежным и эффективным методом лечения ОКР считается медикаментозная терапия, при проведении которой должен проявляться строго индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом особенностей проявления ОКР, возраста, пола, наличия отягощенности другими заболеваниями. В связи с этим мы должны предостеречь больных и их родственников от самолечения. При появлении любых расстройств, похожих на психические, необходимо, прежде всего, обратиться к специалистам психо-неврологического диспансера по месту жительства или других лечебных учреждений психиатрического профиля для установления правильного диагноза и назначения грамотного адекватного лечения. При этом следует помнить, что в настоящее время визит к психиатру не грозит никакими негативными последствиями - печально знаменитый «учет» отменен более 10 лет назад и заменен понятиями консультативно-лечебной помощи и диспансерного наблюдения.

При лечении необходимо иметь в виду, что обсессивно-компульсивные расстройства часто имеют флюктуирующий характер течения с длительными периодами ремиссий (улучшения состояния). Очевидные страдания больного часто как будто требуют энергичного действенного лечения, но следует помнить о естественном течении этого состояния, чтобы избежать типичной ошибки, заключающейся в чрезмерно интенсивной терапии. Важно также учитывать, что ОКР часто сопровождается депрессией, эффективное лечение которой нередко приводит к смягчению обсессивных симптомов.

Лечение ОКР начинают с разъяснения больному симптомов и при необходимости - с разуверений в том, что они являются начальным проявлением сумасшествия (обычный повод для беспокойства больных с навязчивостями). Страдающие теми или иными навязчивостями часто вовлекают других членов семьи в свои ритуалы, поэтому родственникам необходимо относиться к больному твердо, но сочувственно, смягчая по возможности симптоматику, а не усугубляя ее чрезмерным потаканием болезненным фантазиям больных.

## Лекарственная терапия

Применительно к выделенным в настоящее время типам ОКР существуют следующие терапевтические подходы.

Из фармакологических препаратов при ОКР чаще всего используются:

* серотонинергические антидепрессанты
* анксиолитики (главным образом бензодиазепинового ряда)
* бета-блокаторы (для купирования вегетативных проявлений)
* ингибиторы МАО (обратимые)
* триазоловые бензодиазепины (алпразолам)

Анксиолитические препараты дают некоторое кратковременное облегчение симптомов, но их нельзя назначать более чем на несколько недель подряд. Если лечение анксиолитиками требуется на период более одного-двух месяцев, иногда помогают небольшие дозы трициклических антидепрессантов или малые нейролептики.

Основным звеном в схеме лечения ОКР, перекрывающимихся с негативной симптоматикой или с ритуализированными обсессиями, являются атипичные нейролептики - рисперидон, оланзапин, кветиапин, в сочетании либо с антидепрессантами класса СИОЗС, либо с антидепрессантами других рядов - моклобемидом, тианептином, либо с высокопотенциальными производными бензодиазепина (альпразолам, клоназепам, бромазепам).

Любое сопутствующее депрессивное расстройство лечат антидепрессантами в адекватной дозе. Имеются данные, что один из трициклических антидепрессантов, кломипрамин, обладает специфическим действием на обсессивные симптомы, но результаты контролируемого клинического испытания показали, что эффект применения этого препарата незначителен и проявляется только у больных с отчетливыми депрессивными симптомами.

В случаях, когда обсессивно-фобические симптомы наблюдаются в рамках шизофрении наибольший эффект имеет интенсивная психофармакотерапия с пропорциональным использованием высоких доз серотонинергических антидепрессантов (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам). В ряде случаев целесообразно подключение традиционных нейролептиков (малых доз галоперидола, трифлуоперазина, флюанксола) и парентеральное введение производных бензодиазепина.

## Психотерапия

### Поведенческая психотерапия

Одной из главных задач специалиста при лечении ОКР является установление плодотворного сотрудничества с больным. Необходимо внушить пациенту веру в возможность выздоровления, преодолеть его предубеждение против «вреда», наносимого психотропными средствами, передать свою убежденность в эффективности лечения при условии систематического соблюдения предписанных назначений. Веру больного в возможность исцеления необходимо всячески поддерживать и родственникам страдающего ОКР.

При наличии у больного ритуалов необходимо помнить, что улучшение обычно наступает при использовании сочетания метода предотвращения реакции с помещением больного в условия, усугубляющие эти ритуалы. Значительного, но не полного улучшения можно ожидать приблизительно у двух третей больных с умеренно тяжелыми ритуалами. Если вследствие такого лечения снижается выраженность ритуалов, то, как правило, отступают и сопутствующие навязчивые мысли.

При панфобиях используются преимущественно поведенческие методики, направленные на снижение чувствительности к фобическим стимулам, дополняемые элементами эмоционально-поддерживающей психотерапии.

В случаях преобладания ритуализированных фобий наряду с десенсибилизацией активно используется поведенческий тренинг, способствующий преодолению избегающего поведения. Поведенческая терапия значительно менее эффективна в отношении навязчивых мыслей, не сопровождающихся ритуалами. Некоторыми специалистами на протяжении многих лет применяется метод «остановки мыслей», но его специфический эффект убедительно не доказан.

### Социальная реабилитация

Мы уже отмечали, что обсессивно-компульсивное расстройство имеет флюктуирующее (колеблющееся) течение и со временем состояние больного может улучшиться независимо от того, какие именно методы лечения применялись. До выздоровления больным могут принести пользу поддерживающие беседы, обеспечивающие постоянную надежду на выздоровление.

Психотерапия в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных ОКР направлена как на коррекцию избегающего поведения, так и на снижение чувствительности к фобическим ситуациям (поведенческая терапия), а также семейная психотерапия с целью коррекции нарушений поведения и улучшение внутрисемейных отношений. Если супружеские проблемы усугубляют симптомы, показаны совместные собеседования с супругом (супругой).

Пациенты с панфобиями (на этапе активного течения заболевания) ввиду интенсивности и патологической стойкости симптоматики нуждаются как в медицинской, так и социально-трудовой реабилитации. В этой связи важным представляется определение адекватных сроков лечения - длительная (не менее 2-х месяцев) терапия в стационаре с последующим продолжением курса в амбулаторных условиях, а также проведение мероприятий по восстановлению социальных связей, профессиональных навыков, внутрисемейных взаимоотношений.

Социальная реабилитация представляет собой комплекс программ обучения больных ОКР способам рационального поведения как в быту, так и в условиях стационара. Реабилитация направлена на обучение социальным навыкам правильного взаимодействия с другими людьми, профессиональное обучение, а также навыкам, необходимым в повседневной жизни. Психотерапия помогает больным, особенно испытывающим чувство собственной неполноценности, лучше и правильно относиться к себе, овладевать способами решения повседневных проблем, обретать веру в свои силы.

Все эти методы при разумном использовании могут повысить эффективность лекарственной терапии, но не способны полностью заменить препараты.

Следует отметить, что методика разъясняющей психотерапии помогает не всегда, а у некоторых больных с ОКР даже наблюдается ухудшение, поскольку такие процедуры побуждают их к болезненным и непродуктивным размышлениям о предметах, обсуждаемых в процессе лечения. Нередко ОКР имеют склонность к рецидивированию, что требует длительного профилактического приема лекарств.

## Список литературы:

1. Robbins T. W., Vaghi M. M., Banca P. Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects // Neuron. 2019. Vol. 102, №1. P. 27–47. DOI:10.1016/j.neuron.2019.01.046.
2. Goodman W. K., Storch E. A., Sheth S. A. Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder // Am J Psychiatry. 2021. Vol. 178, №1. P. 17–29. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.20111601.
3. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей / Ю.А. Александровский.—М.: Медицина, 1993.—400 с.
4. Андрющенко, А.В. Анализ синдромальной коморбидности депрессивных и обсессивно-фобических расстройств / А.В. Андрющенко // Социальная и клиническая психиатрия.—1995.—№ 2.—С. 33—40.
5. Андрющенко, А.В.Проблема синдромальной коморбидности депрессивных и обсессивно-фобических расстройств: дис. . канд. мед. наук / А.В. Андрющенко.—М., 1994.—193 с.
6. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского.—М: Медицина, 1983.—Т. 1.—480 с.
7. Свядощ, A.M. Неврозы. Руководство для врачей / A.M. Свядощ.—СПб: Питер, 1997.—С. -398.