

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: доцент, д.м.н. Березовская М.А.

### **Реферат**

На тему: «Неврозы навязчивых состояний»

Выполнила: Бондарева А.С.

Содержание:

1. Введение
2. Актуальность
3. Основная часть:
  - 3.1. Определение навязчивых состояний
  - 3.2. Классификация и общая клиническая картина навязчивых состояний
  - 3.3. Невроз навязчивых состояний как общее название группы неврозов.  
Частные случаи.
4. Заключение
5. Список литературы

## Введение

Навязчивые состояния (обсессии) – психиатрическая проблема, которая постоянно притягивает к себе внимание загадочностью филогенетического характера. Психоаналитические и психиатрические концепции навязчивых состояний до настоящего времени не получили достаточно широкой научной поддержки и экспериментального подтверждения, потому, проблема навязчивых состояний, с точки зрения бессознательного психического процесса приобретает дополнительный интерес. Именно поэтому вопрос психоаналитических и клинических перспектив навязчивых состояний заслуживает отдельного рассмотрения. В уточнении нуждаются вопросы феноменологической сущности, систематики, диагностического и прогностического значения различных вариантов навязчивых нарушений.

### Актуальность

Проблема диагностики и оптимизации терапии навязчивых расстройств продолжает сохранять свою актуальность и по сей день. Изменение подходов к диагностике, внедрение в клиническую практику новых классификационных схем, стремление к стандартизации лечебного процесса определяет актуальность обращения к проблеме психопатологической диагностики и систематики навязчивых расстройств. Также актуальность их изучения и диагностики обуславливают распространенность и полиморфизм данных состояний, а также отсутствие достаточной ясности в вопросах их диагностики и лечения.



### 3.1. Определение и клиническая картина навязчивых состояний

Существует несколько определений навязчивых состояний. Р. Телле пишет: «Навязчивости (ананкастность, обсессивно-компульсивный синдром) появляются тогда, когда содержание мыслей или импульсы к действиям постоянно навязываются и не могут подавляться или вытесняться, хотя и понятно, что они бессмысленны или, по крайней мере, безосновательно господствуют в мыслях и действиях. Поскольку эти импульсы стойкие, они вызывают непреодолимый страх. Патологическим являются не содержания навязчивостей, а их доминирующий характер и невозможность избавиться от них». В психиатрии мы часто можем наблюдать использование в одном семантическом контексте невроза навязчивых состояний и ананкастного (обсессивно-компульсивного) расстройства личности. «Невроз навязчивых состояний или иначе обсессивно-компульсивное расстройство проявляется в виде навязчивых страхов, опасений и мыслей, воспоминаний, представлений и действий».

Определение, приводимое В.Д. Менделевичем, по сути, также отождествляет эти два понятия: «Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности проявляется:

- 1) чрезмерной склонностью к сомнениям и осторожности;
- 2) озабоченностью деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;
- 3) перфекционизмом (стремлением к совершенству), препятствующему завершению задач;
- 4) чрезмерной добросовестностью, скрупулезностью и неадекватной озабоченностью продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- 5) повышенной педантичностью и приверженностью социальным условностям;
- 6) ригидностью и упрямством;
- 7) необоснованными настойчивыми требованиями того, чтобы другие все делали в точности как сам человек, или неблагоприятным нежеланием позволять выполнять что-либо другим людям;
- 8) возникновением настойчивых и нежелательных мыслей и влечений».



Навязчивости могут проявляться в относительно легких феноменах, по сути, содержание навязчивостей, действительно, не столь драматично, как это может казаться. Это может быть мытье рук, навязчивое звучание мелодий, подсчет различных предметов, номеров, ударов часов. «Сюда же причисляются навязчивые ритуалы при еде, курении, укладывании в постель и засыпании – фиксированные привычки, которые не воспринимаются мучительно и которые путем их отклонения или внешних влияний могут прекращаться, без того, чтобы вызвать страх». Навязчивые состояния (обсессии) характеризуются непроизвольным и непреодолимым возникновением мыслей, представлений, сомнений, страхов, влечений, двигательных актов. Появление навязчивостей субъективно неприятно, происходит при сохраняющемся (в отличие от бреда) понимании болезненности этих нарушений и критическом к ним отношении. Наблюдаются при неврозах, шизофрении, органических заболеваниях ЦНС.

### 3.2. Классификация и общая клиническая картина навязчивых состояний.

Теперь подробнее остановимся на классификациях навязчивых состояний. В наибольшей степени задаче унификации клинической диагностики соответствует разделение психопатологических признаков навязчивостей на общие и частные, облигатные и факультативные. К числу общих облигатных признаков фобий, обсессий и компульсий могут быть отнесены непроизвольность возникновения, непреодолимый характер, чуждость сознанию и наличие критики.

Выделяют обсессивные состояния (навязчивые мысли, идеи, представления), навязчивые страхи (фобии) и компульсивные расстройства (навязчивые влечения и действия).

Обсессивные состояния также разделяют на навязчивости с аффективно нейтральным содержанием и навязчивости, сопровождающиеся тягостным аффектом. Аффективно нейтральные навязчивости – это чаще всего так называемое бесплодное мудрствование (умственная жвачка) с непроизвольно возникающими представлениями типа неразрешимых вопросов (почему земля круглая и т. д.), а также навязчивый счет, навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен.

Навязчивости, сопровождающиеся тягостным аффектом, – это контрастные, хульные мысли, яркие, образные овладевающие представления. Больные испытывают непреодолимую потребность выкрикивать циничные слова, представлять в деталях обстоятельства внезапной смерти родственников и т. п. При навязчивых сомнениях преобладают неотвязные



мысли о правильности обычно уже принятых решений или совершенных действий (запер ли дверь, выключил ли газ).

Навязчивые страхи (фобии) разнообразны по содержанию. Чаще всего наблюдаются боязнь открытых пространств и закрытых помещений (агорафобия, клаустрофобия), страх транспорта, страх возможности выполнения каких-либо привычных функций (глотание, мочеиспускание, половой акт и др.), связанный с тревожными опасениями неудачи. Наряду с этим нередко отмечаются страх публичных выступлений, боязнь покраснеть (эрейтифобия), проявить неловкость или замешательство в обществе, а также разнообразные нозофобии (кардиофобия, канцерофобия, боязнь сойти с ума и др.). Иногда наблюдается боязнь возникновения навязчивых страхов (фобофобия). Навязчивые опасения и сомнения занимают переходное положение в континууме обсессивно-фобических расстройств. Одни авторы относят их к идеаторным, другие – к аффективным навязчивостям. Определенные сложности представляет разграничение навязчивых опасений и навязчивых страхов. Навязчивые опасения в отличие от навязчивых страхов не имеют четкой кондициональности. Актуализация навязчивых опасений не всегда связана со строго определенной, специфической ситуацией.

Теперь остановимся на телесных сенсациях. Телесные сенсации при навязчивых расстройствах имеют отчетливый кондициональный характер. Появление телесных феноменов отмечается в определенных ситуациях при актуализации навязчивых переживаний при реальном или предполагаемом столкновении с «угрожающими» объектами и ситуациями. Навязчивости экстракорпоральной угрозы (навязчивости загрязнения и заражения) – обсессивно-фобические нарушения, связанные с переживанием возможности проникновения в организм потенциально патогенных болезнетворных агентов. Навязчивые нарушения могут быть связаны с риском загрязнения и заражения как внешними, инородными по отношению к организму субстанциями (бактерии, вирусы, гельминты, радиоактивные вещества), так и собственными биологическими выделениями (слюна, кровь, моча, кал). Фабула болезненных переживаний может быть содержательно связана с выполнением естественных физиологических отправлений – опасения, страх загрязнения кожных покровов при мочеиспускании и дефекации. В отличие от больных с ипохондрическими навязчивостями в переживаниях преобладают не опасения развития интоксикации или инфекционного заболевания, а именно страх проникновения в организм потенциально болезнетворных агентов. Телесные ощущения при навязчивостях



экстракорпоральной угрозы, как правило, имеют поверхностную локализацию, ограничены определенным участком кожных покровов. Зона «загрязнения» и «заражения» имеет достаточно четкие границы. Тенденция к распространению ощущений на смежные участки, миграции отсутствует. Тактильные ощущения обычно имеют термический характер — ощущение «холодного», «мокрого» либо, напротив, «теплого», «жгучего». Реже патологические ощущения приобретают барический («давление», «сжатие») и алгический («болезненность») оттенок. В одних случаях ощущения инородных агентов имеют жидкую («капля мочи», «капля крови»), в других — твердую консистенцию («сгустки крови», «инородные комки»). В некоторых случаях телесные сенсации обладают кинестетическими характеристиками — «ощущение растекающейся жидкости». Нарастание интенсивности и тягостности ощущений определяет защитное поведение больных. В случае проспективной направленности тревоги (навязчивые страхи и опасения) защитные действия направлены на предотвращение попадания внешних агентов на кожу и слизистые. При ретроспективной направленности вектора тревоги (навязчивые сомнения) защитное поведение имеет целью проверку состояния чистоты, стерильности кожных покровов. Как в первом, так и во втором случае больные стремятся «избавиться», «смыть», «очистить» кожу от инородных агентов. Тягостные ощущения, связанные с мнимым загрязнением и заражением, вынуждают больных повторно «смывать» с кожи инородные субстанции, обрабатывать «загрязненные» участки антисептическими, дезинфицирующими веществами. Навязчивости внешней экстракорпоральной угрозы и контрастные навязчивости агрессивного содержания отнесены раздел ОКР. Между тем в основе болезненных переживаний могут лежать как навязчивые сомнения и опасения, так и навязчивый страх. При этом если в случае навязчивого страха вектор переживаний имеет направленность в будущее, то в случае навязчивых сомнений вектор переживаний может быть направлен как в прошлое, так и в будущее. В первом случае навязчивые сомнения касаются, возможно, уже совершенных агрессивных действий либо возможно уже состоявшегося загрязнения и заражения. Во втором случае навязчивые сомнения связаны с еще не совершенным, но возможным агрессивным действием либо еще не состоявшимся, но возможным загрязнением и заражением.

Компульсивные расстройства проявляются навязчивым влечением к совершению бессмысленных, а иногда опасных действий, обычно противоположных чувствам и желаниям больного (контрастные влечения), таких, как желание нанести повреждения кому-либо из близких, прыгнуть с высоты или броситься под поезд. Подобные навязчивые влечения



сопровождаются мучительными опасениями возможности их осуществления, но, как правило, не реализуются. Навязчивые действия совершаются против желания, напоминают естественные, но утратившие свой смысл жесты и движения. Больные с такими привычными, повторяющимися движениями могут трясти головой, словно проверяя, хорошо ли сидит головной убор, производить движения рукой, как бы отбрасывая мешающие волосы, расправлять складки одежды и др.

Ритуалы — навязчивые движения и действия, имеющие значение заклинания и носящие защитный характер. Завершение выполнения защитных действий является возможным только при условии заметного ослабления или исчезновения тактильных ощущений. Защитное поведение больных прямо связано с характером и интенсивностью телесных ощущений. К примеру, при навязчивостях экстракорпоральной угрозы, выполнение действий по очищению кожных покровов продолжается до появления особого ощущения «чистоты», «очищения». Основанием для возобновления защитных действий, напротив, является ощущение «засаленности», «загрязненности» кожи. В других случаях завершение защитных действий возможно только при появлении особого чувства «завершенности», «законченности» выполняемого действия. Прерывание выполняемых действий до появления чувства их полной завершенности вызывает нарастание эмоционального напряжения. В современной англоязычной литературе данный психопатологический феномен, наблюдаемый у больных с навязчивостями, обозначается термином «just right». С учетом неопределенного характера ощущений, трудности вербализации, субъективной тягостности переживания незавершенности выполняемого действия правомерным является рассмотрение феномена «just right» в качестве особого варианта соматопсихической деперсонализации. Важно отметить, что сходные по внешним проявлениям действия могут являться проявлением как прямой, так и символической ритуальной защиты. В первом случае действия больных, не имеющие жесткой регламентации, направлены на предотвращение контакта с источниками загрязнения и очищение кожных покровов (прямая защита). Во втором случае обязательным является использование только определенного сорта мыла, определенной формы и цвета, с намыливанием рук в строго определенной последовательности, строго определенное число раз (символическая защита). Малейшее отклонение в выполнении защитных действий вызывает нарастание интенсивности и тягостности кожных ощущений, резкое усиление тревоги, вынуждая больных к повторному исполнению ритуальных действий. Защитный противотревожный эффект оказывает не сам факт очищения кожи,



а выполнение определенной процедуры в строго определенной последовательности, строго определенное число раз. Появление телесных ощущений при ипохондрических навязчивостях в большинстве случаев определяется субъективно переживаемой либо объективно регистрируемой вегетативной дисфункцией. Характерной является диссоциация между степенью выраженности вегетативных нарушений и степенью субъективной оценки больными значимости ощущений, вызванных вегетативным дисбалансом

Защитные действия (ритуалы) обычно выступают совместно с фобиями, навязчивыми сомнениями и опасениями для предупреждения мнимого несчастья (например, гибели близких) или преодоления навязчивого сомнения (например, сомнения в благополучном исходе предстоящих на службе мероприятий). При этом в определенном порядке совершается ряд навязчивых действий – движение лишь по определенным маршрутам, использование при поездках в транспорте только головных вагонов и т. п. Выполнение ритуала обычно сопровождается чувством облегчения.

### 3.3 Невроз навязчивых состояний как общее название группы неврозов.

Многочисленность психогенных навязчивостей во всех процессах: навязчивые воспоминания, навязчивые представления, навязчивые мысли (обсессии), навязчивые страхи, опасения (фобии), навязчивые влечения, желания, навязчивые действия (компульсии) и др.

Основные признаки: психастенический склад личности; мономорфность; прогрессивность в форме: 1) расширение зоны поводов для актуализации мономорфного симптома и 2) появление защитных действий (ритуалов). Особенность ритуалов при неврозе – отсутствие символичности и психологическая понятность. Тики – в отличие от ритуалов, изначально акты, имеющие адаптивный смысл, однако в последствие его утратившие (человек шмыгает носом, пожимает плечами).

Клинические формы (возможные стадии) невроза навязчивостей:

- 1) Навязчивые страхи (фобии): агорафобия, кардиофобия и др. (F40)
- 2) Навязчивые мысли(обсессии) и сомнения (без значительных страхов со сдерживаемыми действиями) (F42.0)
- 3) Навязчивые действия (компульсии и ритуалы) (F42.1)
- 4) Панические атаки (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F41.0); сходство с диэнцефальными кризами (длительность до часа.

вторичные невротические наслоения в виде навязчивого ожидания повторения и др.)

Истерический (конверсионный, диссоциативный) невроз («хамелеон, который беспрестанно меняет цвета» - Сиденгам Т.) Факторы предрасположенности: истерический тип личности, внушаемость, признаки психического инфантилизма. Психологические механизмы: яркое воображение (представление о возможном расстройстве) → конверсия → фиксация.

Симптом относительной выгоды симптома. Особенности поведения больных: эгоцентрическое отношение к себе и к болезни с эмоциональной логикой, изощренная способность привлекать внимание (театральность). Зависимость точности конверсионного «копирования» от точности представлений о реальных расстройствах. Возможность большой глубины соматоневрологических проявлений, сопоставимой с таковой при гипнотизировании.

Многообразие расстройств, их систематика:

- Вегетативные (длительные расстройства или пароксизмальные – приступы, похожие на гипертонический криз и др.);

- Неврологические расстройства: сенсорные (гипестезия, слепота и др.) и двигательные (параличи, тики, подергивания, истерические припадки);

- Психические (аффективные) поведенческие расстройства: «бурные» реакции, эмоциональная лабильность. Возможность сочетания истерического и депрессивного неврозов (возможность стойкой «депрессивной подкладки под истерический невроз и под истерическую личность»)

Депрессивный невроз (невротическая депрессия) – F43.0 Факторы предрасположенности: личности эпилептоидные (гиперсоциальные, ригидные, бескомпромиссные) отчасти (нередко) сами создающие психотравмирующие ситуации.

Особенности невротической депрессии: «надежды на светлое будущее»; «бегство в работу»; вегето-дистонические маскирующие расстройства (гипотония, спастический колит без четкой ипохондризации); трудность засыпания, а при просыпании – разбитость и слабость без усиления тоски; плаксивость-слезливость (показатель малой глубины депрессии).

Неврастения (астенический невроз, невроз истощения). Основные причины – 1) Нарушение циклов работа-отдых (переутомление в условиях



необходимого или вынужденного эмоционального и волевого длительного препятствия); 2) Астенический типа личности.

Полярные типы неврастенического невроза:

- по происхождению: невроз истощения – реактивная неврастения;
- по феноменологии: гипостеническая – гиперстеническая.

Клиника. Симптомы основные (раздражительная слабость, лабильность) и дополнительные:

- Вегетативная лабильность при волнениях и действии физиологических факторов;
- Гиперестезия на уровне ощущений («звуки оглушают» и т.п.), и эмоциональных реакций, сенестопатии;
- Лабильность потребностей: во сне, пищевых, сексуальных;
- Лабильность других психических процессов: нетерпеливость, парабулия, преходящая обидчивость, дисфория, слабодушие, отвлекаемость;
- На уровне личности: ипохондрическая направленность, пресыщенность жизнью и уход в работу, критичность и желание выздороветь.

Редкость чистых неврозов, диагностическое значение по преобладающей симптоматики.

Неврозы с преобладанием вегето-соматических или ипохондрических расстройств по МКБ-10 выделены в «соматоформные расстройства» (F45).

Главным признаком всех соматоформных расстройств является повторяющиеся разнообразные проявления соматических расстройств, постоянные требования медицинских обследований вопреки неоднократным отрицательным результатам обследования и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. При этом физические расстройства присутствуют, но они не объясняют природу и выраженность симптомов. Дифференциальная диагностика неврозов проводится от других болезней, проявляющихся в своем начале неврозоподобными синдромами.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – как следствие очень тяжелого стресса; сочетание невротических, психопатоподобных и аддиктивных признаков.

Принципы лечения невротических расстройств:

- 1) Добровольность
- 2) Длительность (не во всех случаях)
- 3) Комплексность

Компоненты:

- 1) Психотерапия (психодинамические методы, гуманистические методы, когнитивная психотерапия, бихевиоральная психотерапия, рациональная психотерапия, суггестивные методы, телесно-ориентированная терапия и др.)
- 2) ПФТ (малые транквилизаторы, легкие антидепрессанты)
- 3) Общеукрепляющие средства (препараты кальция и фосфора, витамины и др.)
- 4) Санаторно-курортное лечение



### Заключение

В заключение можно сказать, что формирование навязчивости – это некая адаптация внутренних страхов к социальной реальности, и в этом ее терапевтическая функция. В тоже время, навязчивость рассматриваются в качестве негативной попытки адаптации к регламентированным сферам жизнедеятельности личности. Сами же неврозы навязчивых состояний представляют собой сложные, многофакторные и полиморфные психопатологические состояния, которые могут встречаться при различных заболеваниях, как психотического, так и непсихотического регистра, сопровождая или даже усугубляя клинику тех или иных расстройств, потому, в настоящее время требуют тщательного изучения.

Список литературы:

1. Дискуссионные вопросы диагностики и систематики навязчивых расстройств Крылов В.И. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016. № 1. С. 43-48
2. Клинико-психопатологические особенности контрастных навязчивостей и навязчивостей экстракорпоральной угрозы при патологическом развитии личности и расстройствах шизофренического спектра Бутылин Д.Ю. / Воен.-мед. Акад. Им. С.М. Кирова. Санкт-Петербург, 2017
3. Психиатрия и медицинская психология: Учебно-методическое пособие для педиатрического факультета. Сахаров А.В., Тарасова О.А., Богдагова Е.А., Штань М.С., Озорин А.С., Голыгина С.Е.– Чита, РИЦ ЧГМА, 2016. -276 с.
4. Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с. ISBN 978-5-9986-0243-6
5. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с. ISBN 978-5-9704-4017-9
6. Навязчивые состояния и нарушения телесной перцепции. Крылов В.И., Бутылин Д.Ю. Психиатрия и психофармакотерапия. 2015. Т. 17. № 2. С. 4-8.