

**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 НА ТЕМУ: ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЙ
СИНДРОМ»**

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

Красноярск 2020 г.

Оглавление

Актуальность	3
Определения.....	3
Дифференциальная диагностика	4
Расстройства шизофренического спектра	4
Невротический уровень	6
Выводы	7
Источники.....	8

Актуальность

Проблема фобий и навязчивостей привлекала внимание клиницистов еще в донозологический период психиатрии. Навязчивый страх смерти был описан уже в начале XVII в. В 1871 г. С. Westphal ввел термин «агорафобия», обозначавший страх пребывания в общественных местах. Однако лишь на стыке XIX—XX вв. (1895—1903) благодаря исследованиям учеников J. Charcot— Z. Freud и P. Janet, исходивших из разных теоретических установок, были предприняты попытки объединения тревожно-фобических расстройств в самостоятельное заболевание — тревожный невроз (Z. Freud), психастению (P. Janet).

Известно, что обсессивно-фобические нарушения являются достаточно распространенными психическими расстройствами, которые зачастую приводят к снижению качества жизни, а также профессиональных и социальных функций вплоть до инвалидизации пациента. Согласно современным классификациям МКБ-10 и DSM-5 навязчивости экстракорпоральной угрозы и контрастные навязчивости отнесены к разделу обсессивно-компульсивное расстройство. В последние годы также все большее распространение получает концепция нарушений «обсессивнокомпульсивного спектра». Данная концепция объединяет различные варианты обсессивно-фобических расстройств на основании сходства клинических проявлений и общих нейробиологических признаков. Однако, навязчивая симптоматика достаточно часто встречается в рамках заболеваний шизофренического спектра. По данным ряда авторов от 7 до 25% пациентов с шизофренией могут также обнаруживать обсессивно-фобическую симптоматику. При этом 15% пациентов с шизофренией могут соответствовать диагностическим критериям обсессивно-компульсивного расстройства.

Определения

Под *обсессиями* подразумевают стойкие, навязчивые и иррациональные мысли, идеи, импульсы или образы. Обсессивные мысли иррациональны, а импульсы чрезмерно интенсивны, они сфокусированы на невероятных или нереальных событиях или на сильно преувеличенных событиях реальной жизни. Характерными симптомами синдрома навязчивых состояний являются навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия, которые, помимо навязчивого компонента, характеризуются сознанием их болезненности и критическим к ним отношением. Кроме навязчивых мыслей, очень распространены *навязчивые*

страхи (фобии), содержание которых весьма различно. В качестве временной защиты от навязчивых страхов выступают символические защитные действия - *ритуалы* (компульсии). Для смягчения чувства тревоги больные сами устанавливают сложную последовательность действий, как правило, довольно абсурдных. Прекрасно понимая бессмысленность подобных поступков, они все же вынуждены в точности повторять их для преодоления страха. Отвлеченные окружающими от сложного ритуала, больные считают необходимым начинать все с самого начала. У некоторых пациентов ритуалы занимают большую часть дня, не позволяют им выполнять работу. При неврозах чаще встречаются страхи, логически понятные, тесно связанные с событиями, представляющими реальную опасность. При шизофрении, помимо указанных вариантов, возможны очень необычные, оторванные от реальности: боязнь заразиться «трупным ядом», опасения, что в пище окажутся иголки и булавки, что домашние насекомые могут заползти во влагалище, что в глаз попадет кислота. Между обсессивно-фобическим синдромом психотического и невротического уровней патологии существует ряд дифференцирующих признаков.

Дифференциальная диагностика

Расстройства шизофренического спектра

Существует сложилась три основных методологических подхода в изучении соотношений обсессивно-фобической симптоматики с проявлениями эндогенного процесса.

В рамках первого подхода ОФР интерпретируются (в пределах выделенных вариантов вялотекущей шизофрении) лишь в качестве одного из проявлений доминирующих симптомокомплексов. В большинстве публикаций обсессивно-фобические расстройства рассматриваются не дифференцировано, а как единая диагностическая категория, включающая неоднородные психопатологические образования (от транзиторных фобий до злокачественных навязчивостей).

Второй подход подразумевает исследование ОФР (в том числе неблагоприятно протекающих вариантов) в качестве самостоятельной диагностической категории - злокачественная болезнь навязчивостей, атипичное обсессивно-компульсивное расстройство. При этом во главу угла ставится анализ психопатологической структуры ОФР, в то время как видоизменение клинической картины обсессий по мере развития заболевания - влияние последнего на стереотип развития обсессивно-фобической симптоматики (в связи с отрицанием эндогенной природы страдания) - не рассматриваются.

К третьему подходу принадлежат немногочисленные исследования, выполненные с позиций анализа коморбидности ОФР и проявлений шизофрении. При этом в соответствии с представлениями части авторов эндогенный процесс не оказывает существенного влияния на психопатологическую структуру ОФР. В других работах, напротив, отстаивается правомерность выделения шизо-обсессивных расстройств, существенно отличающихся от «типичных» ОФР как по своей структуре, так и в плане большей тяжести психопатологических проявлений.

Таким образом, несмотря на большой объем клинических сведений о стереотипах развития шизофрении, протекающей с доминированием ОФР (в частности в рамках невротоподобных форм) к настоящему времени остается открытым ряд вопросов.

Для обозначения обсессивно-компульсивной симптоматики в структуре расстройств шизофренического спектра предложен ряд терминов: «обсессивнокомпульсивное или шизообсессивное расстройство», «шизопаническое расстройство», «шизофобическое расстройство или шизофрения с тревожно-фобическим расстройством» и др.

Фобии при шизотипическом расстройстве редко оказываются изолированными, ограниченными строго определенными ситуациями. В целом изолированные фобии, имеющиеся у больных с шизотипическим расстройством, практически неотличимы от таковых при невротических состояниях, но, в отличие от них, не обнаруживают тенденции к колебаниям интенсивности. Кроме того, изолированные фобии быстро «обрастают» другими психопатологическими феноменами и в значительной степени «перекрываются» ими. Чаще всего среди псевдоневротических фобий встречается: агорафобия, нозофобии, страх внешней («экстракорпоральной») угрозы, к которому относится мизофобия (боязнь загрязнения) и социофобия.

Актуальность фобий со временем падает, они становятся недостаточно отчетливыми и на передний план выступают защитные меры, которые принимают характер обсессивных влечений. Разнообразные ритуалы, направленные на «ограждение» и «очищение», быстро усложняются и превращаются в длящиеся часами манипуляции с тщательной обработкой или даже дезинфекцией одежды, соприкасающейся с «загрязненными» предметами, рук, тела, жилья. Например, опирающийся на логическое размышление страх загрязнения почти забывается, но больной испытывает по существу навязчивое влечение мыть руки по каждому поводу и самым тщательным образом, из-за чего сам испытывает неудобства и хотел бы от этого избавиться. Постепенно ритуалы занимают ведущее положение в клинической картине, приобретают все более вычурный характер, целиком

определяют поведение больных, а иногда приводят к полной изоляции от общества.

Дифференциально-диагностической особенностью обсессивно-фобических расстройств является наличие в клинической картине изменений, сходных с негативными. К ним относятся: отсутствие элементов борьбы и преодолевающего поведения с формированием выраженного ограничения активности, аутизации и тотального избегания, а также необратимый стереотипный, монотонный и ригидный характер невротической симптоматики и ее усложнение за счет появления обширной системы ритуалов с замысловатой и не всегда объяснимой мотивацией.

Невротический уровень

После того, как в предыдущем разделе мы разобрали характерные черты обсессивно-фобического синдрома при патологии психотического уровня рассмотрим патологии невротического уровня для которых ведущим признаком является обсессивно-фобический синдром.

Среди психопатологических проявлений тревожно-фобических расстройств в первую крайне распространены панические атаки, агорафобию и ипохондрические фобии.

Панические атаки — неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств (вегетативный криз – сердцебиение, стеснение в груди, ощущение удушья, нехватки воздуха, потливость, головокружение), сочетающийся с ощущением надвигающейся смерти, страхом потери сознания либо потери контроля над собой, сумасшествия. Продолжительность манифестных панических атак варьирует в широких пределах, хотя обычно не превышает 20–30 мин.

Агорафобия включает не только страх открытых пространств, но и целый ряд похожих фобий (клаустрофобия, фобия транспорта, толпы и др.). Агорафобия, как правило, манифестирует в связи с (или вслед за) паническими атаками и по существу представляет собой боязнь оказаться в ситуации, чреватой опасностью возникновения панического приступа. В качестве типичных ситуаций, провоцирующих возникновение агорафобий, становятся поездка в метро, пребывание в магазине, среди большого скопления людей и т. п. Как следствие этой боязни развивается фобическое поведение — избегание ситуаций, вызывающих страх, в которых возможно развитие панического приступа.

Ипохондрические фобии – навязчивый страх какого-либо тяжелого заболевания. Чаще всего наблюдаются кардио-, канцеро- и инсультофобии, а также сифило- и СПИДофобии. Формирование таких персистирующих страхов тесно связано с явлениями невротической ипохондрии – обостренной интроспекцией и постоянной ипохондрической озабоченностью своим здоровьем. При наличии ипохондрической сенсibilизации поводом для обострения страхов и тревожных опасений могут стать даже незначительные отклонения в деятельности организма — вегетативные, алгические и конверсионные проявления, которые в обычных условиях прошли бы незамеченными. Актуализация ипохондрических фобий происходит как в связи с психогенными (ятрогения) и соматогенными (интеркуррентные заболевания) провокациями, так и спонтанно и, как правило, сопровождается частыми посещениями врачей и возобновлением приема лекарств.

Социальные фобии – страх оказаться в центре внимания, сопровождающийся опасениями негативной оценки окружающими и избеганием общественных ситуаций. В поле зрения психиатров эти больные попадают сравнительно редко. Социальные фобии обычно манифестируют в пубертатном и юношеском возрасте. Нередко появление фобий совпадает с неблагоприятными психогенными или социальными воздействиями. При этом в качестве провоцирующих выступают лишь особые ситуации (ответ у доски, сдача экзаменов – школьные фобии, появление на сцене) или контакт с определенной группой лиц (учителя, воспитатели, представители противоположного пола). Общение в кругу семьи и с близкими знакомыми, как правило, страха не вызывает. Социальные фобии отличаются высоким уровнем коморбидности с другими психическими расстройствами.

Изолированные фобии – фобии, ограниченные строго определенной ситуацией – страх высоты, тошноты, грозы, домашних животных, лечения у зубного врача. Поскольку соприкосновение с предметами страха сопровождается интенсивной тревогой, в этих случаях характерно стремление к их избеганию.

Выводы

Изучая информацию по обсессивно-фобическому синдрому становится ясно, что его диагностика может вызывать значительные трудности, главная из которых, это наличие синдрома как при невротическом спектре расстройств, так и при психотическом уровне расстройств. К сожалению, в настоящее время нет чётких и достоверных критериев для отличия обсессивно-фобического при различных уровнях поражениях.

Источники

1. http://ens.mil.ru/files/morf/military/files/Butylin_textdiss.pdf
2. <https://rzgmu.ru/images/files/7/3731.pdf>
3. Психиатрия и медицинская психология - И. И. Иванец и др. – 2014.
4. Клиническая психиатрия. Избранные лекции : учеб. пособие / ред. Л. М. Барденштейн, Д. М. Пивень, В. А. Молодецких. - М. : ИНФРА-М, 2018. - 432 с.
5. Клиническая психиатрия : учеб. пособие для мед. вузов, интернов, ординаторов, врачей-курсантов / гл. ред. Т. Б. Дмитриева ; пер. с англ. Р. Г. Акжигитова, В. В. Золотухина, Г. Каплан [и др.].

