

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 клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

на тему: Обсессивно-компульсивное расстройство

Выполнила: Ординатор Катаева Анна Андреевна

Проверила: к.м.н., доцент Лисняк Марина Анатольевна

Красноярск 2021

Содержание

Введение

1. Этиология
2. Эпидемиология
3. Клиническая картина
4. Факторы риска
5. Лечение ОКР

Заключение

Список литературы

Введение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) 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 соблюсти для достижения чувства «завершённости действия».

1. Этиология

На развитие ОКР оказывают влияние как генетические факторы, так и факторы окружающей среды. Многочисленные исследования подтверждают участие кортико-стриатоталамо-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 бетагемолитические 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 кортикостриарных путях.

2. Эпидемиология

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 экскориаии (компульсивное расчесывание и др. формы повреждения кожи и слизистых).

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

3. 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 назойливые, нежелательные, и большинство людей страдают или испытывают тревогу от их появления. Пациенты с ОКР

стараятся игнорировать, избегать, подавлять навязчивости, или нейтрализовать их другими мыслями или действиями (например, выполняя ритуалы).

Примеры obsессий:

- Страх заражения или грязи
- Агрессивные или ужасные мысли о потере контроля и причинении вреда себе или другим
- Нежелательные мысли, включая агрессию, или сексуальные или религиозные темы
- Страх заражения от прикосновения к предметам, которых коснулись другие
- Сомнения в том, что вы заперли дверь или выключили плиту
- Сильный стресс, когда предметы не упорядочены или обращены в определенную сторону
- Мысли о нецензурных выражениях или ненадлежащих действиях на публике
- Неприятные сексуальные образы
- Избегание ситуаций, которые могут вызвать навязчивые идеи, например, рукопожатия.

Компульсии (ритуалы) – это повторяющееся поведение или идеаторные акты, которые человек совершает из чувства необходимости в связи с содержанием obsессий или в соответствии с правилами, требующими точности исполнения, или достижения чувства «завершенности», «полноты» выполнения. Целью является уменьшение дистресса, вызванного obsессиями, или предотвращение нежелательных событий. При этом компульсии никаким

реалистичным образом не связаны с этими «опасными» событиями или очевидно избыточны в сравнении с обычными действиями. Компульсии 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.

Примеры компульсий:

- Мытье рук
- Неоднократно проверять двери, чтобы убедиться, что они заперты
- Неоднократно проверять плиту, чтобы убедиться, что она выключена
- Подсчет по определенным схемам
- Беззвучное повторение молитвы, слова или фразы

Обсессии и компульсии 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 обсессивных мыслей или компульсивных действий 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 и необходимости контролировать мышление.

Существует связь между ОКР и суицидальным поведением, частота возникновения суицидальных мыслей у больных ОКР на протяжении жизни – 63,5%, суицидальных попыток – 46%. Большему 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 obsessions и compulsions. 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.

4. Факторы риска

Факторы, которые могут увеличить риск развития или запуска обсессивно-компульсивного расстройства, включают:

- История семьи. Наличие родителей или других членов семьи с этим заболеванием может увеличить риск развития ОКР.
- Стрессовые жизненные события. Если вы пережили травмирующие или стрессовые события, риск может возрасти. Эта реакция может по какой-то причине вызвать навязчивые мысли, ритуалы и эмоциональные переживания, характерные для ОКР.
- Другие расстройства психического здоровья. ОКР может быть связано с другими расстройствами психического здоровья, такими как тревожные расстройства, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами и др.

5. Осложнения

Проблемы, возникающие в результате обсессивно-компульсивного расстройства, могут включать, среди прочего:

- Чрезмерное время, потраченное на ритуальное поведение
- Проблемы со здоровьем, такие как контактный дерматит из-за частого мытья рук.

- Трудности с посещением работы, учебы или общественных мероприятий

- Непростые отношения

- Общее низкое качество жизни

- Суицидальные мысли и поведение

6. Лечение

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

Лекарственные средства первого выбора включают серотонин-повитивные антидепрессанты, в первую очередь, СИОЗС. Препараты этой группы показали в неоднократно реплицированных РКИ хорошую эффективность в отношении симптомов ОКР.

В Кохрановском систематическом обзоре показана эффективность как на купирующем (остром), так и на поддерживающем (профилактическом) этапах лечения. При этом в настоящий момент нет убедительных данных о преимуществе того или иного СИОЗС над другими препаратами этой группы (циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин, флуоксетин, сертралин).

В крупном мета-анализе 29 РКИ показано, что КПТ (когнитивно-поведенческая терапия) и ее разновидность ERP (exposure and prevention therapy, экспозиционная терапия) при ОКР значимо 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 (адъювантный к ПФТ) 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.

Заключение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) является довольно распространенным, хроническим и потенциально инвалидизирующим заболеванием, требующим высоких экономических затрат. В настоящее время не существует интегративного подхода к клинико-психопатологической дифференциации ОКР. На протяжении последних десятилетий подходы к заболеванию подвергались существенным изменениям. Предпринимаются попытки использовать ряд дополнительных клинических признаков, к которым в том числе относятся: характер ключевых переживаний, наличие или отсутствие тиков, особенности личности больных, возраст начала заболевания, наследственность и т.п. Все больше исследователей склоняются к мнению, что ОКР представляет собой спектр разнородных психопатологических состояний, которые выходят далеко за рамки собственно тревожных расстройств. Поэтому вопросы клинической типологии, а также связанные с этим задачи дифференцированной прогностической и терапевтической оценки ОКР, приобретают большое практическое значение.

Список литературы

1. Клинические рекомендации 2019. Обсессивно-компульсивное расстройство. Российское общество психиатров
2. Edna B. Foa. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder // *Dialogues Clin Neurosci.* – 2010 – Vol. 12 – №2 – P. 99-207
3. Milad M.R. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways / M.R. Milad, S.L. Rauch // *Trends in Cognitive Sciences.* — 2012. – Vol. 16. — №1. – P. 43- 51.