

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО КАК ВИД НЕВРОЗА

Российский государственный социальный университет

Целью данной статьи является теоретический анализ понятия обсессивно-компульсивного расстройства, его категории и виды. Анализируется болезнь как психосоматическое явление, причины и механизмы возникновения и развития, различные клинические феномены проявления. Рассматриваются медицинские и психологические методы коррекции обсессивно-компульсивного расстройства как вида невроза.

Ключевые слова: *обсессивный, компульсивный, расстройство, категория, вид, невроз, коррекция.*

Обсессивно-компульсивные расстройства – это неврозоподобные заболевания, характеризующиеся навязчивыми мыслями и состояниями т, е обсессиями и компульсиями, мешающими нормальной жизни. Обсессиями называются постоянно возникающие нежелательные представления, опасения, мысли, образы, побуждения. Компульсии – это стереотипные, однообразные повторяющиеся поступки. Обсессии часто вызывают страх и тревогу, а компульсивные поступки или ритуалы служат тому, чтобы этот страх и тревогу снизить. Жизнь человека бывает значительно нарушена из-за обсессивно-компульсивного расстройства. Навязчивые мысли или поступки могут отнимать быть столь тягостными, что человеку становится трудно вести нормальную жизнь. От всего этого чаще всего страдает семейная и социальная жизнь человека, а также выполняемая им работа. К сожалению, большей частью люди с обсессивно-компульсивным расстройством не обращаются за помощью по поводу своего заболевания, поскольку они стыдятся, либо боятся, что их сочтут «сумасшедшими».

Больные ОКР мнительные люди, склонные к редким максимально-решительным действиям, что сразу заметно на фоне их доминирующего спокойствия. Легко сексуально-возбудимы, импульсивны. Основными признаками являются тягостные стереотипные, навязчивые мысли, образы, влечения или действия, воспринимающиеся как бессмысленные и ненужные, которые в стереотипной форме снова приходят на ум больному и вызывают бесполезную попытку сопротивления. Компульсивные действия представляют собой постоянно повторяющиеся стереотипные действия и поступки, смысл которых заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий. Обсессии и компульсии чаще переживаются как чужеродные, абсурдные и иррациональные. Пациент страдает от них и уже не может им сопротивляться. Основные симптомы обсессивно-компульсивного расстройства: навязчивые, однообразные повторяющиеся мысли; страх и тревога, следующая за этими мыслям; часто повторяемые одинаковые действия и поступки.

Классическим примером этой болезни считается страх или фобия загрязнения, при которой у больного каждое соприкосновение с грязными, по его мнению, предметами вызывает дискомфорт, и как следствие навязчивые мысли. О близкой и неизлечимой болезни. Чтобы избавиться от этих мыслей, он начинает мыть руки. Но даже если ему в какой-то момент кажется, что он достаточно вымыл руки, любое соприкосновение с «грязным» предметом заставляет его начать свой ритуал заново. Эти ритуалы позволяют пациенту достичь временного облегчения состояния. Несмотря на то, что больной осознаёт бессмысленность этих действий, бороться с ними он не в состоянии. На данный момент неизвестно, что вызывает появление ОКР. В рамках нейрофизиологического подхода, исследователи выдвигают теорию о связи ОКР с нарушениями коммуникации между глазнично-лобной корой мозга и базальными ганглиями. Эти структуры мозга используют серотонин для взаимодействия. Считается, что между ОКР и недостаточным уровнем серотонина есть связь. Процесс передачи информации между нейронами регулируется, в частности, обратным захватом нейротрансмиттеров в нейроны — нейротрансмиттер частично возвращается в испускающий нейрон, где ликвидируется моноаминоксидазой, что контролирует его уровень в синапсе. Предполагается, что у больных ОКР происходит повышенный обратный захват серотонина, и импульс не доходит до следующего нейрона. В пользу этой теории выступает то, что больные чувствуют пользу от приёма антидепрессантов класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

Существует также теория, которая объясняет появление или ухудшение симптомов ОКР при стрептококковой инфекции. Эти бактерии вызывают, к примеру, ангину. Согласно этой теории, в процессе борьбы с бактериями антитела в теле пациента «случайно» разрушают другие ткани тела, а не бактерий. Это может вызвать артрит, а также ОКР, если разрушается, к примеру, ткань базальных ганглиев. Хотя эта причина ОКР является довольно редкой, она, тем не менее, объясняет некоторые случаи флуктуации симптомов, независимых от внешних воздействий (стресса).

Медикаментозное лечение. Медикаментозная терапия способствует стимуляции развития, улучшению компенсаторных возможностей мозга. Она направлена на лечение остаточных явлений органического поражения ЦНС, таких как повышение внутричерепного давления, параличи, парезы конечностей, судорожный синдром и др. Медикаментозное лечение, являясь компонентом комплексной терапии, направлено на снижение интенсивности соматических проявлений, нормализацию ликвородинамики, улучшение обменных процессов в ткани мозга, а также ускорение созревания его высших функций. Для этого используют препараты следующих фармакологических групп:

- 1) действующие на обмен веществ в ткани головного мозга;
- 2) седативные препараты (транквилизаторы, барбитураты);
- 3) успокаивающие средства (бромиды, препараты трав);

Одновременное использование СЭТ с этими препаратами повышает концентрацию последних как в плазме крови, так и в тканях и повышает эффективность их воздействия..

Основные механизмы действия системной энзимотерапии-вобэнзим

Фибринолитический и тромболитический эффект, влияние на реологические свойства крови.

Препараты сэт усиливают фибринолиз благодаря активации плазминогена. Они также снижают повышенную активность тромбоцитов и повышают эластические свойства эритроцитов. Снижается вязкость крови и улучшаются ее реологические свойства, в результате чего улучшается микроциркуляция.

Противоотечный эффект

СЭТ способствует рассасыванию отека благодаря расщеплению экстравазально находящегося фибрина и других белков и пептидов со снижением осмотического давления. Ускоряется рассасывание гематом В.этом процессе важную роль играет также улучшение микроциркуляции.

Противовоспалительное действие

В его основе лежит не подавление воспалительного процесса (как, например, при применении нестероидных противовоспалительных средств), а его оптимизация-как количественная, так и качественная (модификация биологического ответа). Под влиянием протеолитических энзимов происходит минимизация необходимой катаболической фазы воспаления и усиление его регенеративной фазы.

Анальгетический эффект

Обусловлен расщеплением медиаторов воспаления протеиназами, а также уменьшением отека, улучшением микроциркуляции и транскапиллярного обмена (вторичное действие).

Профилактический прием СЭТ при ОКР необходимо осуществлять осенью, весной и также по необходимости совместно с витаминами и микроэлементами

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 уверенность 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-поддержива-

ющей 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. 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 панифобиями (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

разъясняящей психотерапии. Следует отметить, что методика разьясняющей 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. К сожалению, до сих пор науке не известны способы, раз и навсегда, излечивать душевные недуги. Нередко ОКР имеют склонность к рецидивированию, что требует длительного профилактического приема лекарств.

Литература

1. *Александровский, Ю. А.* Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. М.: Медицина, 2007. 496 с.
2. *Аткинсон, Р. Л.* Введение в психологию / Р. Л. Аткинсон, Р. С. Аткинсон, Э. Е. Смит. Психологическая энциклопедия. 2003. 672 с.
3. *Вербенко, Н. В.* Культуральная психиатрия (состояние, проблемы, поиски решений) / Н. В. Вербенко // Таврический журнал психиатрии. 2001. Т. 5, № 2. С. 27 – 29.
4. *Дмитриева, Т. Б.* История, предмет и методы социальной психиатрии: руководство по социальной психиатрии / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий; под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: Медицина, 2006. С. 10 – 25.
5. *Кабанов, М. М.* Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 1. С. 22 – 27.
6. *Павличенко, А. В.* Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства при шизофрении: социальная и клиническая психиатрия / А. В. Павличенко. Российский государственный медицинский университет – общественная организация «Российское общество психиатров», 2008.
7. *Рычкова, Н. А.* Поведение: расстройства у подростков: диагностика, коррекция и психопрофилактика / Н. А. Рычкова. М., 1998.
8. *Попов, Ю. В.* Лечение обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков / Ю. В. Попов. СПб.: Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1999. 78 с.
9. *Холмогорова, А. Б.* Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств / А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 3. С. 97 – 102.
10. *Фарбега, О.* Культурно-історичні основи психіатричного діагнозу / О. Фарбега // Вісник Асоціації психіатрів України. 1997. № 1. С. 54 – 67.

Поступила 03.05.2011 г.