

УДК 616.89-08

Ш.Б. Толеубаева

КГКП «Психиатрическая больница», п. Шульбинск

КОМПЛЕКСНАЯ КЛИНИКО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Аннотация

В данном исследовании представлен анализ 54 случаев клинических форм ОКР у пациентов разного возраста (25-51 лет). При проведении настоящего исследования были использованы клинико-психопатологический, клинико-статистический и клинико-психологический методы. Обсессивно-компульсивное расстройство неоднородно и включает несколько взаимосвязанных психопатологических синдромов (навязчивостей завершенности действий, безопасности, запретных побуждений, обладания, двигательных навязчивостей с тиками), которые различаются между собой по типу и функциональному значению. Дифференцированная терапия синдромов ОКР проводилась с учетом их психопатологической структуры и нозологической принадлежности, а также учитывая их динамику. Применение медикаментозной терапии, а также современных методов психотерапии дает более высокую клиническую эффективность при лечении больных ОКР, в сравнении с контрольной группой (54 пациента).

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, психопатологические синдромы (навязчивости завершенности действий, безопасности, запретных побуждений, обладания, двигательных навязчивостей с тиками), дифференцированная терапия.

Актуальность

Распространённость обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) в пределах 1-3 %. По другим, уточнённым данным, распространённость его примерно 1-3:100 у взрослых и 1:200—500 у детей и подростков, хотя распознанные клинически случаи встречаются реже (0,05-1 %), так как у многих это расстройство может быть не диагностировано из-за стигматизации.[1,2]

Распространённость ОКР также связана с уровнем образования. Частота болезни ниже у тех, кто окончил высшее учебное заведение (1,9%), чем у тех, кто не имеет высшего образования (3,4%). Однако среди тех, кто окончил высшее учебное заведение, частота выше у тех, кто закончил его с ученой степенью (соответственно 3,1%, 2,4 %). Большинство больных, пришедших на консультацию, не могут учиться или работать, а если могут, делают это на очень низком уровне. Полноценно могут работать только 26 % больных. [3]

Обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется развитием навязчивых мыслей, воспоминаний, движений и действий, а также разнообразными патологическими страхами.

Больные ОКР — чаще люди с высоким уровнем интеллекта. По разным данным среди больных ОКР частота высокого IQ от 12 % до 28,53 %.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) является довольно распространенным, хроническим. 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 разнообразных психопатологических состояний, которые выходят далеко за рамки собственно тревожных расстройств. [4] Поэтому вопросы клинической типологии, а также связанные с этим задачи дифференцированной прогностической и терапевтической оценки ОКР, приобретают большое практическое значение.

Цель исследования определить синдромальную структуру обсессивно-компульсивного расстройства, описать клинические особенности выделенных вариантов ОКР, а также выработать дифференцированные рекомендации для терапии с учетом психопатологической структуры ведущего синдрома.

Материалы и методы исследования.

Изученную выборку составили 54 пациента из них 13 (24%) женщин, 41 (76%) мужчин; средний возраст 25-51 лет, из числа проходивших стационарное лечение. Из исследования исключались лица моложе 17 года и старше 65 лет, лица с тяжелой соматической патологией и тяжелым органическим поражением ЦНС.

По нозологической принадлежности пациенты распределялись следующим образом: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 40 (74%) наблюдений, среди них: обсессивно-компульсивное расстройство – 33 (82,5%), паническое расстройство – 4 (10%), генерализованное тревожное расстройство – 3 (7,5%); расстройства шизофренического круга – 12 (22,3%) наблюдений, среди них пациенты с псевдоневротической и психопатоподобной шизофренией – 8 (35,9%), пациенты с параноидной шизофренией – 3 (13,5%) и шизоаффективным психозом – 1 (4,5%); аффективные расстройства – 2 (3,7%) наблюдений (текущий депрессивный эпизод).

При проведении настоящего исследования были использованы клинико-психопатологический, клинико-статистический и клинико-психологический методы. Клинико-психопатологический метод включал клиническую и динамическую оценку психического состояния пациента. Преморбидный личностный склад оценивался на основании клинической беседы согласно критериям МКБ-10 для расстройств личности. [5]

Клинико-статистическая оценка симптомов ОКР осуществлялась с помощью клинической шкалы обсессий и компульсий Иеля—Брауна (Obsessive-compulsive Scale — Y-BOCS). Тяжесть аффективных расстройств изучалась с помощью шкалы депрессии Бека и шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Для уточнения представления об основах и механизмах изучаемой патологии использовались следующие методики: 16-тифакторный

личный опросник Кеттелла (16-PFO), методика SPQ-74 (the Schizotypal Personality Questionnaire), методика «10 слов», методика «Расстановка чисел», тест на беглость речи.

В контрольной группе (54 пациента), распределение мужчин и женщин было одинаковым (62,2% - 37,8%) в обеих возрастных группах.

Результаты исследования и обсуждение.

При изучении каждого отдельно взятого невроза с навязчивостями уделялось внимание анализу характера психотравм, вызывающих невроз, особенностям характера больных, и течению заболевания. У больных, страдающих неврозом навязчивых состояний заболевание возникло остро, вслед за психотравмой. В большинстве своем психотравмы носили острый характер, и в отдельных случаях вызывающая заболевание острая психотравма наслаивалась на ранее существующую хроническую психотравмирующую ситуацию. Изучение преморбидных особенностей больных неврозом навязчивых состояний показало, что в большинстве своем были выражены черты астено-боязливого характера, которые формировались под психотравмирующими ситуациями. Среди этой группы больных выявлялись застенчивость и робость, трусливость, повышенная впечатлительность и неуверенность в себе. Значительное количество больных медленно адаптировались к новой обстановке и тяжело переносили трудности. Течение невроза навязчивых состояний имело тенденцию к периодическим обострениям. Каждый раз при обострении возникали одни и те же навязчивости. Причиной обострения заболевания являлись либо новые психотравмирующие моменты, либо астенизация организма, вызванная соматическими заболеваниями. [6]

С целью выделения клинически значимых подтипов ОКР на первом этапе работы было осуществлено клиничко-статистическое изучение симптоматики ОКР, которая регистрировалась при помощи шкалы Йеля-Брауна. Всего было выделено 5 факторов, объяснявших 72,1% дисперсии признаков. Пропорция легкой, средней и тяжелой степени выраженности являлась одинаковой как среди впервые выявленных случаев ОКР, так и среди случаев, выявленных ранее. Она составляла 2:1:3= легкая: средняя: тяжелая степень.

В первый фактор с наибольшими нагрузками вошли компульсии симметрии и порядка, а также ритуалы повторения. Клиническая интерпретация этого фактора указывает на то, что он отражает одно из основных ключевых переживаний при ОКР - тягостное чувство «незавершенности» действия или физиологической функции. Первый фактор был обозначен как навязчивости незавершенности действия. Навязчивости данного типа определяли клиническую картину ОКР в 7 (12,9%) наблюдениях.

Второй фактор включал компульсивные проверки, обсессии загрязнения и другие обсессии, нацеленные на то, чтобы «оградить» себя или близких от различного рода опасностей. Они сочетались с ипохондрическими и дисморфофобическими обсессиями. Данный фактор был обозначен как навязчивости безопасности. Указанные нарушения доминировали в 12 (22,2%) случаях.

Третий фактор образован двумя симптомами - мыслями контрастного содержания и сексуальными обсессиями. Сюда же вошли некоторые религиозные обсессии контрастного типа. Обсессии контрастного содержания представляли собой неприемлемые с

моральной точки зрения идеи, представления или образы, которые против воли всплывали в сознании больных, что вызывало у них страх за возможность совершить эти деяния и глубокое чувство вины.

Поэтому соответствующий фактор был обозначен как фактор навязчивостей запретных побуждений. Соответствующая симптоматика преобладала у 9 (16,7%) пациентов.

Четвертый фактор представлен симптомами обсессивного собирательства и коллекционирования, которые выражались в стереотипном поиске и накоплении ряда объектов, заготовке запасов и невозможности что-либо выкинуть. В связи с этим указанные расстройства можно обозначить как навязчивости обладания. Этот вариант ОКР регистрировался у 4 (7,4%) больных.

В пятый фактор вошли простые двигательные навязчивости. Эти компульсии обычно развивались у пациентов, страдающих тикозным расстройством. Ключевым переживанием здесь являлась безотчетная тревога, напряженность и особенно - ощущение «телесной неловкости», «зажатости», стеснения и неспособности «гладко» выполнить некоторые действия. Поэтому данный фактор был обозначен как фактор навязчивостей с тиками. Указанные симптомы ОКР преобладали у 8 (14,8%) пациентов.

Вне данной типологии оказалась подгруппа пациентов, не набравших значительного количества факторных нагрузок ни по одному из выделенных факторов. Как показал клинический анализ историй болезни этих пациентов, у них имелась только изолированная или остаточная обсессивно-компульсивная симптоматика и поэтому указанная группа была обозначена как малосимптомный вариант ОКР. К этой подгруппе было отнесено 14 (26%) пациентов.

Клиничко-динамическое изучение состояния больных показало, что описанные подтипы обсессивных синдромов в процессе течения заболевания трансформируются по-разному. Прогноз заболевания в каждой из выделенных подгрупп различается, что определяется целым набором патопластических факторов. Важнейшими из них являются возраст начала заболевания, личностные черты, характер микросоциальной ситуации, в которой находится пациент, активность терапевтических усилий, а также выраженность преморбидных и процессуально обусловленных органических изменений в центральной нервной системе.

Так, вариант ОКР с преобладанием навязчивостей безопасности был тесно связан с преморбидными особенностями личности больных. Манифестация заболевания происходила, как правило, на фоне перенесенного психического стресса. У многих больных данной группы обсессивная симптоматика возникала после предшествующих аффективных или стрессовых расстройств.

Вариант ОКР, характеризующийся навязчивостями завершенности действий, тесно связан с преморбидными особенностями личности больных. Начало заболевания, как правило, было сопряжено с изменением микро-социальной ситуации. В его основе лежали повышенный самоконтроль, склонность к рационализации, эмоциональная невыразительность и скрытность. Дальнейший прогноз заболевания был в большей степени обусловлен способностью пациентов к преодолению импульсивного ответа на обсессивные переживания незавершенности. При этом в большом количе-

стве наблюдений отмечался благоприятный исход с полной ремиссией.

Для пациентов с преобладанием навязчивостей запретных побуждений («контрастных» навязчивостей) было характерно острое возникновение навязчивостей, сопровождавшееся тяжело переживаемой депersonализацией и дереализацией, выраженным аффектом тревоги с тенденцией к ажитации. В половине случаев течение заболевания имело периодический характер. У этих больных отмечались отчетливые периоды ремиссий, с практически полным отсутствием беспокоившей их симптоматики. Снижение интенсивности тревоги в ходе терапии приводило к появлению эмоционально-волевой и двигательной расторможенности.

Для варианта ОКР с преобладанием навязчивостей обладания было характерно постепенное начало за счет усиления имеющихся личностных и поведенческих особенностей. Манифестация расстройства происходила на фоне изменившейся жизненной ситуации, часто приводящей к снижению межличностных контактов. Помимо основной симптоматики для пациентов было характерно наличие других навязчивостей, связанных с obsессиями обладания - перепроверок, склонности к катастрофизации, obsессий завершенности действия. Окончательный прогноз заболевания был обусловлен характером нозологической принадлежности, наличием добавочных симптомов. При этом полной редукции симптомов собирательства и патологического коллекционирования практически не происходило.

Для варианта ОКР, характеризующегося навязчивостями с тиками было свойственно раннее начало заболевания, наличие резидуальной органической симптоматики. В ряде случаев тики сменялись другими навязчивостями («контрастными» мыслями, навязчивостями завершенности). Неблагоприятными факторами явились наличие выраженных расстройств личности возбудимого круга, декомпенсация органической психической патологии.

Выделенный малосимптомный вариант ОКР характеризовался ограниченными obsессивными или компульсивными симптомами, навязчивости протекали в структуре аффективных, других невротических и личностных расстройств. В структуре личности пациентов в подавляющем большинстве имела место повышенная личностная тревожность, склонность к формированию невротических реакций. Дальнейшая динамика зависела от развития основного заболевания, компенсации личностных нарушений, в подавляющем большинстве была благоприятной.

В ходе выполнения работы клинко-динамическое изучение больных было дополнено клинко-психологическим исследованием важных аспектов их психического состояния. Причем для различных клинческих подтипов ОКР имеются свои специфические варианты таких нарушений и их сочетаний.

Так, больных с навязчивостями завершенности действия характеризует повышенная эмоциональная напряженность, сочетающаяся с невысокой способностью к интеграции поведения и неразвитостью коммуникативных навыков, что патологически компенсируется при помощи чрезмерного и интеллектуализированного самоконтроля. У них отмечается чрезмерное усиление внимания к изменению своего внутреннего состояния.

Больных с навязчивостями безопасности отличает высокая степень эмоциональной напряженности, которая обусловлена конституциональной склонностью к тревожно-депрессивным расстройствам (невротизмом), что сопряжено с высоким уровнем личностной и реактивной тревоги. Такое отношение и создает предпосылки для усиления когнитивного контроля и постоянного пребывания больных этого типа в условиях психического стресса.

Больные с навязчивостями запретных побуждений имеют чрезвычайно низкие коммуникативные способности (чрезмерная самодостаточность, отсутствие экспрессивности, избегание), что сочетается с подчиняемостью и пониженной эмоциональностью. У них выявляется нарушение когнитивно-перцептивных функций, а также общая когнитивная дезорганизация, которая при клинической квалификации нередко является основанием для отнесения этих пациентов к категории расстройств шизофренического спектра.

Для пациентов с навязчивостями обладания характерно наличие повышенной эмоциональной напряженности, которая может быть обусловлена их низкой способностью к интеграции поведения и социальной смелостью, а также высокой степенью психофизиологической сенситивности. У них почти в половине случаев отмечается сопутствующая депрессия, которая, однако, обычно не выходит за рамки легкой степени. Тем самым создаются условия для канализации потребности в безопасности в область контроля над материальными объектами.

Больным с навязчивостями с тиками также присущ высокий уровень эмоциональной напряженности, что сочетается со сравнительно высоким уровнем рациональности и достаточно развитой эмоциональностью. От других категорий пациентов их отличает значительная степень когнитивных нарушений - как исполнительных, так и контролирующих функций. Эти нарушения обусловлены факторами органической недостаточности мозга.

Для пациентов с малосимптомным ОКР в целом характерно наличие повышенной эмоциональной напряженности и невротизма. Способность к интеграции поведения, коммуникативные навыки и эмоциональность у них выражены достаточно хорошо. Характерной особенностью больных с малосимптомным ОКР является сочетание редуцированных навязчивостей с выраженными аффективными расстройствами.

Таким образом, при лечении различных вариантов ОКР были намечены дифференцированные терапевтические рекомендации. В частности, при лечении навязчивостей завершенности важнейшими терапевтическими целями является формирование коммуникативных навыков и возможностей, развитие навыков адекватного восприятия и реагирования на обратную связь.

При терапии навязчивостей безопасности первоочередное значение имеет улучшение способности к описательной и объектной категоризации, переструктурирование отношения к социальному окружению, ослабление когнитивного контроля, антидепрессивная и противотревожная терапия.

Для лечения навязчивостей запретных побуждений важнейшее значение имеет развитие коммуникативных навыков, гармонизация структуры личности и компенсация имеющегося когнитивного дефицита.

Важное значение в терапии имела антипсихотическая терапия.

Терапия больных с навязчивостями обладания была нацелена, прежде всего, на расширение диапазона описательной и предметной категоризации, что создавала условия для завершения процессов идентификации личности и повышения ее зрелости. Большую роль играла противотревожная терапия.

Для лечения больных с тиками особое значение имело лечение органической недостаточности мозга.

Пациенты с малосимптомным вариантом ОКР нуждались в антидепрессивной терапии, а также дополнительной коррекции когнитивно-стилевых нарушений, связанных с недостаточной способностью к категоризации объектов реальности и их свойств.

Основные методы и подходы в лечении обсессивно-компульсивных расстройств.

Самый надежный и эффективный метод лечения ОКР - это медикаментозная терапия и психотерапия. При проведении фармакотерапии применялся строго индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом особенностей проявления ОКР, возраста, пола, наличия отягощенности другими заболеваниями.

Лечение ОКР начинали с разъяснения больному симптомов и при необходимости - с разуверений в том, что они являются начальным проявлением сумасшествия (обычный повод для беспокойства больных с навязчивостями). Родственникам необходимо относиться к больному твердо, но сочувственно, смягчая по возможности симптоматику, а не усугубляя ее чрезмерным потаканием болезненным фантазиям больных.

Лечение начиналось с установления плодотворного сотрудничества с больным. Важно было донести до пациента, веру в возможность выздоровления. В процессе работы с больным ОКР, преодолевается предубеждение против «вреда», наносимого медикаментозным лечением, который также использовался при лечении ОКР. Пациентов убеждали в том, что эффективность лечения может быть только при условии систематического соблюдения предписанных назначений.

При лечении ОКР применялись следующие терапевтические подходы. Из фармакологических препаратов при ОКР чаще всего использовались серотонинергические антидепрессанты, анксиолитики (главным образом бензодиазепинового ряда), бета-блокаторы (для купирования вегетативных проявлений), ингибиторы MAO (обратимые) и триазоловые бензодиазепины (алпразолам). Анксиолитические препараты давали некоторое кратковременное облегчение симптомов (3-4 недели). Помогали небольшие дозы трициклических антидепрессантов или малые нейролептики. Основным звеном в схеме лечения ОКР, перекрывающиеся с негативной симптоматикой или с ритуализированными обсессиями, являлись атипичные нейролептики - рисперидон, оланзапин, кветиапин, в сочетании либо с антидепрессантами класса СИОЗС, либо с высокопотенциальными производными бензодиазепина (альпразолам, клоназепам, бромазепам).

В случаях, когда обсессивно-фобические симптомы наблюдались в рамках шизофрении наибольший эффект имела интенсивная психофармакотерапия с пропорциональным использованием высоких доз серотонинергических антидепрессантов (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам). В ряде случаев целесообразно было подключение традиционных нейролептиков (малых доз галоперидола,

трифлуоперазина, флюанксола) и парентеральное введение производных бензодиазепина.

Когнитивно-поведенческая психотерапия

Наиболее эффективным лечением на сегодняшний день является когнитивно-поведенческая психотерапия. Уже в первый же месяц лечения, пациенты избавлялись от основных симптомов, мучивших их долгие годы. При проведении когнитивно-поведенческой психотерапии изменялось функционирование и сама структура функциональной системы мозга и её соединительных связей.

Проводимая терапия, изменяла навязчивые мысли, значительно снижала интенсивность импульсов, направленных на повторяющиеся движения, которые довольно быстро исчезали. Когнитивно-поведенческая психотерапия позволяла пациентам сопротивляться ОКР, изменяя или упрощая процедуру «ритуалов», сводя её к минимуму. Основа методики - осознание пациентом болезни и пошаговое сопротивление её симптомам. При наличии у больного ритуалов улучшение обычно наступало при использовании сочетания метода предотвращения реакции с помещением больного в условия, усугубляющие эти ритуалы. Вследствие такого лечения снижалась выраженность ритуалов, а также отступали и сопутствующие навязчивые мысли. В случаях преобладания ритуализированных фобий наряду с десенсибилизацией активно использовался поведенческий тренинг, способствующий преодолению избегающего поведения. Применялся метод «остановки мыслей».

Психотерапия в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных ОКР направлена была, как на коррекцию избегающего поведения, (поведенческая терапия), а также семейная психотерапия с целью коррекции нарушений поведения и улучшение внутрисемейных отношений. Если супружеские проблемы усугубляли симптомы, проводились совместные собеседования с супругом (супругой). Веру больного в возможность исцеления всячески поддерживали и родственники страдающего ОКР (после предварительной беседе с ними).

Психотерапия помогала больным, особенно испытывающим чувство собственной неполноценности, лучше и правильно относиться к себе, овладевать способами решения повседневных проблем, обрести веру в свои силы.

По окончании курса лечения проводилась социальная реабилитация.

Социальная реабилитация представляла собой комплекс программ обучения больных ОКР способам рационального поведения как в быту. Реабилитация направлена была на обучение социальным навыкам правильного взаимодействия с другими людьми, профессиональное обучение, а также навыки, необходимые в повседневной жизни. А также больным, особенно испытывающим чувство собственной неполноценности, лучше и правильно относиться к себе, овладевать способами решения повседневных проблем, обрести веру в свои силы.

Статистическая обработка результатов лечения у исследуемой группы (54 пациентов) показала, что у 57-61% больных наступило выздоровление, значительное улучшение - у 42-38% и лишь у 1% больных состояние не изменилось, в связи с тем, что по просьбе родственников они были выписаны из стационара.

Выводы:

1. Обсессивно-компульсивное расстройство неоднородно и включает несколько взаимосвязанных психопатологических синдромов, которые различаются между собой по типу и функциональному значению навязчивостей, возникновению и динамике основных клинических проявлений, структуре когнитивного дефицита, а также особенностям личности и когнитивного личностного стиля. Только малосимптомный вариант ОКР выражался неспецифическими, разнородными и ограниченными по содержанию навязчивостями, которые возникали преимущественно в структуре аффективных и личностных расстройств.

2. Формы течения и исходы различных вариантов ОКР в большой степени определялись нозологической природой симптоматики, в первую очередь, органическими заболеваниями, шизофренией или аффективными расстройствами.

3. Обсессивно-компульсивные синдромы сопровождалась различными вариантами когнитивных нарушений. Так, при навязчивостях запретных побуждений отмечались нарушения исполнительных функций, при навязчивостях безопасности - функций контроля, а при компульсиях с тиками — нарушения и исполнительных, и контролирующих функций. Для больных с обсессиями обладания в большей степени характерны когнитивно-стилевые нарушения в виде низкой способности к категоризации явлений реальности, что указывает на низкую дифференциацию присутствующих эмоциональных оценок.

4. Дифференцированная терапия синдромов ОКР проводилась с учетом их психопатологической структуры и нозологической принадлежности, а также учи-

тывая их динамику. Наряду с фармакотерапией большое значение имела развитие у больных адекватных коммуникативных навыков, способов эмоционального отреагирования, компенсация когнитивного дефицита, гармонизация личности и когнитивно-стилевых особенностей.

5. Применение современных методов психотерапии у больных ОКР дает более выраженный клинический эффект, быстрее приводит к исчезновению большинства симптомов в сравнении со стандартной терапией.

Литература:

1. Кербинов О.В., Коркина В.М., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. «Психиатрия». - М.: Медицина, 1968. - Р. 353-370

2. Святощ А.М. Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивный и фобический невроз) // Неврозы (руководство для врачей). - 4-е, переработанное и дополненное. - Санкт-Петербург: Питер (издательство), 1997. - С. 69 - 95.

3. Асатиани Н.М. Сравнительная характеристика динамики синдрома навязчивых страхов при некоторых неврозах и шизофрении. // Ж. Невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1961. - Т.61. - №10, - С. 1510-1519.

4. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. С. 181-183.

5. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. - СПб., 1994 г. - 333 с.

6. Этуды практической психотерапии. Д.А. Каменецкий. - Москва-2000, - С. 83-89.

Тұжырым

КОМПУЛЬСИВТИ-ОБСЕССИВТИ БҰЗЫЛЫСТАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ КОМПЛЕКСТІ КЛИНИКО-ПСИХИАТРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ ЖӘНЕ ТИІМДІ ЕМ ЖҮРГІЗУ

Ш.Б. Төлеубаева

КМҚК Шүлбі кентінің “Психиатриялық ауруханасы”

Осы зерттеу жұмысында КОБ бар әртүрлі жастағы науқастардың (21-54 жас) 54 жағдайы талданды. Клинико-психологиялық, клинико-статистикалық және клинико-психопатологиялық зерттеулер жүргізілді.

Компульсивті-обсессивті бұзылыстары (КОБ) өзіне әртүрлі психопатологиялық синдромдар (іс-әрекеттің, қорғаныстың, тиым салынған жабысқақ ойлардың болуы, қозғалыстық жабысқақ тикардың болуы) және олар функциональді мағынасы және түрлері бойынша ажыратылады. КОБ синдромы бар науқастардың дифференциальді терапиясы науқастардың динамикасына, нозологиялық түріне, психопатологиялық құрылымына байланысты жүргізіледі. Бақыланған топпен салыстырғанда (54 науқас), КОБ бар науқастарға медикаментозды терапия және психотерпияның заманауи әдістерін қолдануы жоғары клиникалық тиімділігін берді.

Негізгі сөздер: Компульсивті-обсессивті бұзылыстар, психопатологиялық синдромдар (іс-әрекеттің, қорғаныстың, тиым салынған жабысқақ ойлардың болуы, қозғалыстық жабысқақ тикардың болуы), дифференциальді терапиясы

Summary

INTEGRATED CLINICAL ASSESSMENT OF PSYCHIATRIC PATIENTS OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AND THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT

Sh.B. Toleubaeva

Psychiatric Hospital, t. Shulbinsk

This study presents an analysis of 54 cases of clinical forms of OCD patients of different ages (25-51 years). In conducting this study have been used clinical-psychopathological, clinical and statistical and clinical-psychological methods. Obsessive-compulsive disorder is heterogeneous and includes several related psychopathological syndromes (obsessions completeness of action, safety, forbidden impulses, possession, movement obsessions with ticks), which differ in the type and functional significance. Differentiated treatment of OCD syndromes assessed taking into account their structure and psychiatric nosology, and taking into account their dynamics. Application of medication as well as modern therapy methods yields a higher clinical efficacy in patients with OCD in comparison with the control group (54 patients).

Key words: Obsessive-compulsive disorder, psychiatric syndromes (obsessions completeness of action, safety, forbidden impulses, possession, movement obsessions with ticks), differentiated therapy.