

## ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Pedro Gomes de Alvarenga,  
Rosana Savio Mastrorosa,  
Maria Conceição do Rosário

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – распространенное нервно-психическое заболевание, характеризующееся наличием obsessions и/или compulsions, отнимающих время и вызывающих дистресс или влияющих на жизнь пациента (American Psychiatric Association, 2000). ОКР встречается во всех возрастных группах, независимо от расового, социально-экономического или религиозного статуса. Более того, по результатам оценок в США затраты, связанные с ОКР, составляют примерно 8 миллиардов долларов в год (Hollander et al, 1998). Несмотря на то, что это расстройство встречается достаточно часто и приводит к нарушению функционирования, некоторые исследования указывают на то, что почти 60% пациентов обращаются за помощью спустя длительное время после возникновения симптомов или вообще не получают лечения из-за отсутствия квалифицированных работников здравоохранения, обученных диагностике ОКР (Dell’Oso et al, 2007).

ОКР детского и подросткового возраста может иметь сходство с ОКР у взрослых, однако часто имеет специфические клинические признаки. Последние исследования свидетельствуют о том, что ОКР является клинически и этиологически гетерогенным заболеванием, и что ОКР с ранним началом может представлять собой уникальную подгруппу (Miguel et al, 2005; Leckman et al, 2009). Более того, в 50- 80% случаев симптомы ОКР возникают в возрасте до 18 лет, что подчеркивает важность понимания ОКР, как расстройства связанного с развитием расстройства (Kessler et al, 2005). Цель этой главы – представить наиболее актуальные проблемы, связанные с диагностикой и лечение ОКР у детей и подростков.

### ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Обсессивно-компульсивные симптомы впервые были идентифицированы в XVII ст. В то время obsessions и compulsions описывались как проявления религиозной меланхолии, и считалось, что страдавшие ими люди «одержимы» потусторонними силами. К первой половине XIX ст. ОКР стало предметом научного внимания. Жан Доминик Эскироль (Jean Dominique Esquirol), французский психиатр, первым в 1838 году описал заболевание, очень похожее на



Жан Доминик Эскироль (Jean Dominique Esquirol) – французский психиатр, впервые описавший заболевание, похожее на современное ОКР

современное ОКР, и определил его как «мономанию» (своего рода частичную паранойю). В конце XIX ст. ОКР классифицировалось как неврастения. В начале XX ст. Зигмунд Фрейд и французский психолог Пьер Жане отделили ОКР от неврастения. В 1903 году Пьер Жане предложил относить страдающих обсессиями пациентов к категории лиц с чертами абнормальной личности (называемой «психастения»), такими как тревожность, чрезмерное беспокойство и нерешительность, и описал эффективный метод лечения компульсий и ритуалов, в котором использовались техники, похожие на те, которые в настоящее время используют в бихевиоральной терапии. Жане опубликовал описание случая пятилетнего мальчика «психастеника» с навязчивыми и повторяющимися мыслями. Эта публикация считается первым клиническим описанием ОКР детского возраста (для обзора см. Alvarenga et al, 2007).

В настоящее время, как в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим болезням (DSM; American Psychiatric Association, 2000), так и в Международной классификации болезней (ICD; World Health Organization, 1992), используются одни и те же диагностические критерии для детей, подростков и взрослых, за исключением того, что в отношении детей не применяется критерий «осознания». Данные критерии подлежат пересмотру.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность ОКР в течение жизни составляет от 1 до 3%, что свидетельствует о том, что это одно из наиболее распространенных нервно-психиатрических заболеваний. Симптомы ОКР возникают перед началом полового созревания примерно у половины пациентов (Kessler et al, 2005). Так, например, по данным одного из исследований, в котором сравнивались 330 взрослых пациентов с ОКР, у 49% первые симптомы появились до 11 лет, и у 23% в возрасте от 11 до 18 лет (de Mathis et al, 2009). ОКР считалось редким заболеванием у детей и подростков до того как в 1988 г. были опубликованы данные исследования, указывающие на то, что в США распространенность в течение года составляет 0,7% (Flament et al, 1988). В более позднем исследовании психического здоровья детей в Великобритании сообщается о частоте заболевания в определенный момент времени, составляющей 0,25% среди детей в возрасте от 5 до 15 лет. Поразительным является тот факт, что в большинстве случаев пациенты не обращались за помощью – подобные результаты были получены при проведении эпидемиологических исследований у взрослых (Neuman et al, 2003).

### ВЛИЯНИЕ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

- ОКР – распространенное нервно-психическое заболевание
- Причиняет значительные страдания и нарушение функционирования
- В США стоит примерно 8 миллиардов долларов в год
- В 50 – 80% случаев начинается до 18-летнего возраста
- Почти у 60% пациентов симптомы остаются без лечения

Заблеваемость ОКР имеет два пиковых периода с разным гендерным распределением. Первый пик – детский возраст, при этом симптомы возникают главным образом в возрасте от 7 до 12 лет и преимущественно у мальчиков. Второй пик приходится на юношеский возраст – средний возраст 21 год, при этом незначительное большинство составляют девушки (Geller et al, 1998).

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

ОКР характеризуется наличием obsessions и compulsions, отнимающих время (по меньшей мер один час в день), вызывающих субъективный дистресс или мешающие жизни пациента или семьи в целом. *Obsessions* – это навязчивые, нежелательные мысли, образы, страхи или тревоги, воспринимаемые пациентом как вызывающие дискомфорт, неприятные и провоцирующие дистресс или тревогу. *Compulsions* представляют собой повторяющиеся действия или мыслительные процессы, выполняемые с целью игнорирования, ослабления или избавления от тревоги и дистресса, вызванного obsessions. Compulsions обычно выполняются в соответствии с определенными правилами, которые воспринимаются пациентом как обязательные (American Psychiatric Association, 2000). Obsessive-compulsive symptoms в значительной степени варьируют не только от пациента к пациенту, но и у одного и того же пациента с течением времени. Несмотря на такое варьирование, некоторые симптомы встречаются более часто, чем другие, и представлены в Таблице F.3.1.

Несмотря на то, что в клинических проявлениях на протяжении всей жизни много общего, дети и подростки с ОКР обнаруживают специфические признаки. Например, чем моложе пациент, тем выше вероятность, что у него будут compulsions без obsessions (Rosario-Campos et al, 2001). Дети также значительно реже осознают имеющиеся у них симптомы как неприемлемые для личности, что приводит к тому, что они в меньшей степени осознанно сопротивляются влечению выполнять compulsive действия. Таким образом, в DSM-IV критерий осознания не является обязательным при постановке диагноза. У детей могут также наблюдаться тикоподобные compulsions, которые могут ошибочно расцениваться, как сложные тики, особенно, когда compulsions представляют собой простые ритуалы прикосновений (Rosario-Campos et al, 2005). В таком случае, compulsions могут предшествовать, или они могут сочетаться не только с obsessions, но также с разнообразными сенсорными феноменами.

*Сенсорный феномен* – термин, используемый для описания дискомфортных или беспокоящих ощущений, чувств, эмоций или стремлений, которые предшествуют или сопровождают повторяющиеся действия, такие как compulsions или тики. Пациенты с ОКР могут испытывать неодолимое желание повторять compulsions до появления чувства освобождения от этих дискомфортных ощущений. Сенсорные феномены можно разделить на физические и психологические. Примерами могут быть ощущения на коже, стремление довести всё до «идеального» и чувство незавершенности (Rosario et al, 2008; 2009). Например, люди могут «ощущать» кожу рук, как слишком жирную, и по этой причине часто мыть руки.

Другой человек может чувствовать себя «некомфортно», если предметы на полке размещены определенным образом, и может испытывать сильное желание снова и снова переставлять их до тех пор, пока порядок расположения не будет выглядеть «идеальным». Оценка наличия и тяжести сенсорных феноменов имеет значение, поскольку в некоторых исследованиях сообщается о том, что пациенты с ранним началом и связанными с тиками ОКР переживают больше сенсорных феноменов, а в некоторых отмечается, что они могут вызывать даже более выраженный дистресс, чем сами компульсии.

### **Возраст начала**

До сих пор нет единого мнения, относительно того, как лучше определять возраст начала; одни авторы определяют его как возраст, когда возникают первые симптомы (Rosário-Campos et al, 2001), тогда как другие считают, что это возраст, когда симптомы начинают мешать нормальному функционированию (Tükel et al, 2005). Нет единогласия также относительно верхней границы для подтипа с ранним началом; были предложены возрастные границы в 10, 14 и 18 лет (Rosario-Campos et al, 2001). Исследование коморбидности у 330 пациентов, страдающих ОКР, пролило некоторый свет на этот вопрос; авторы сообщают о том, что включение в анализ возраста начала расстройства, как непрерывной переменной, было наиболее информативным, и что 10 и 17 лет были наиболее точными граничными значениями подгрупп раннего и позднего начала соответственно (de Mathis et al, 2008).

Возраст начала является важным показателем, поскольку все больше и больше появляется данных о том, что ОКР с ранним началом может представлять собой отдельный подтип расстройства. Ранее проведенные исследования показали, что у взрослых, которые сообщают о раннем начале, более тяжелое течение и более стойкие симптомы могут быть менее восприимчивыми к лечению. Более того, раннее начало ассоциировалось с более редкими obsessions, более частыми тикоподобными компульсиями, более частыми сенсорными феноменами и более высокими показателями коморбидности с тикозными расстройствами (Rosario-Campos et al, 2001; de Mathis et al, 2009).

### **Размерность обсессивно-компульсивных симптомов**

Несмотря на то, что доказано, что подразделение пациентов в соответствии с возрастом начала позволяет идентифицировать более гомогенные подгруппы, дименсиональный подход оказался еще более ценным. Исследования с применением факторного анализа редуцировали симптомы ОКР к нескольким последовательным и клинически значимым измерениям: заражение/очищение, obsessions/проверка, симметрия/упорядочение и накопление (Mataix-Cols et al, 2005).

Такие измерения симптомов, которые одинаковы для всех возрастных групп (Bloch et al, 2008), можно понимать как взаимно наслаивающиеся клинические признаки, которые могут находиться в одном континууме с «нормальным» беспокойством, впервые проявившемся в детстве (Leckman et al, 2009), быть стабильными во времени и коррелировать с разнообразными переменными - генетическими, нейровизуальными и реакцией на лечение (Mataix-Cols et al, 2005).

Так, например, в некоторых исследованиях сообщается, что пациенты с ранним началом ОКР демонстрируют более тяжелые формы следующих параметров симптомов: агрессивные обсессии и связанные с ними компульсии; сексуальные и религиозные обсессии и связанные с ними компульсии; а также обсессии и компульсии симметричности, упорядочивания и размещения (Rosário-Campos et al, 2005; Leckman et al, 2009).

### **Коморбидность**

Как и в случае со взрослыми с ОКР, от 60 до 80% детей и подростков, страдающих этим расстройством, имеют одно или больше коморбидных психиатрических расстройств, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), другие тревожные расстройства, расстройства настроения и питания (Geller, 2006).

Наиболее впечатляющей является связь между ОКР и тикозными расстройствами. По данным публикаций показатель коморбидности с тикозными расстройствами у детей с ОКР составляет от 20 до 59%, при этом у подростков и взрослых этот показатель составляет 9 и 6% соответственно. Подобным образом, 48% взрослых пациентов с ОКР с ранним началом страдают также тиками или синдромом Туретта, тогда как с поздним началом только 10% (Rosario-Campos et al, 2001). Обнаружение такой зависимости привело к тому, что некоторые авторы начали выделять подгруппу «тикоподобного ОКР», характеризующегося более высоким риском передачи как субклинического ОКР, так и тиков среди родственников первой линии родства пробандов, страдающих ОКР; более высокой частотой у мужчин; ранним возрастом начала и характерной реакцией на лечение (Rosario et al, 2008).

Более того, существует группа расстройств, которая, по всей видимости, представляет клинический континуум (т.е. навязчивые мысли, тревога и повторяющиеся действия) и имеет общие генетические и патофизиологические механизмы с ОКР. Эти расстройства получили название - «расстройства обсессивно-компульсивного спектра». К этой группе отнесли: ОКР, дисморфофобию, тикозные расстройства, трихотилломанию и нарушения контроля над побуждениями (Bienvenu et al, 2012).

### **Течение и исход**

Для ОКР характерно гетерогенное течение. Расстройство может начинаться внезапно с ярко выраженных симптомов или бессимптомно, а содержание самих симптомов может значительно варьировать от пациента к пациенту. Нередко с течением времени симптомы меняются, несмотря на то, что могут сохранять определенную тематическую последовательность (Miguel et al, 2005).

Как и в случае со взрослыми, до того момента, когда будет установлен диагноз и назначено лечение, может пройти много времени. По данным опубликованных исследований в США от момента возникновения симптомов до диагностики проходит, в среднем, 2,5 года (Geller et al, 2006), а в Германии еще больше времени (Walitza et al, 2011). Одна из причин такого положения вещей – скрытность. Пациенты часто испытывают стыд и чувство вины по поводу имеющихся у них симптомов или своего поведения и начинают по-настоящему беспокоиться только тогда, когда эти симптомы мешают их повседневной жизни. Легкие и умеренные

случаи могут быть диагностированы только через косвенные признаки, такие как увеличение времени необходимого для выполнения школьных заданий, изоляция, или серьезные повреждения кожи из-за компульсии мытья рук (Rosario et al, 2008). В других случаях симптомы могут быть похожи на нормальное поведение детей, имеющее отношение к рутинным занятиям. Действительно, некоторые повторяющиеся действия могут быть нормой на определенных стадиях развития. Дети младшего возраста могут выполнять большое количество ритуальных, повторяющихся

Таблица F.3.1 Наиболее распространенные обсессии и компульсии

Обсессии	Компульсии или ритуалы
<p>Связанные с травмами, насилием, агрессией или природными катастрофами:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторяющиеся тревожные мысли или представления о том, что они могут причинить вред себе или другим людям (например, при контакте с острыми предметами или находясь рядом с окном)</li> <li>• Страх подчиниться агрессивным импульсам</li> <li>• Страх невыполнения определенных ритуалов (обычно это проверки или избегания) вследствие чего может произойти что-то плохое с дорогими для них людьми и вся ответственность за это ляжет на них</li> </ul>	<p>Проверки или избегания, связанные с обсессиями причинения вреда, насилия, агрессии или природных катастроф:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторяющиеся проверки дверей, замков, кухонной плиты, окон</li> <li>• Проверки, не нанесли ли они повреждения себе или другим людям</li> <li>• Проверки, не случилось ли что-то плохое</li> <li>• Проверки или принятие других мер для того, чтобы не пострадали они сами или другие люди</li> <li>• Потребность в повторении обычных действий для того, чтобы предупредить плохие последствия</li> </ul>
<p>Сексуальные и религиозные:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Запретные» или «неуместные» сексуальные мысли, представления или импульсы</li> <li>• Чрезмерная озабоченность по поводу того, чтобы не сказать или совершить что-либо безнравственное, сказать или сделать что-то религиозно неприемлемое</li> </ul>	<p>Проверки и избегания, связанные с сексуальными, моральными или религиозными обсессиями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Действия, направленные на то, чтобы удостовериться, что они не сделали ничего плохого сексуального/религиозного характера</li> <li>• Избегание определенных действий, людей, мест или объектов для того, чтобы предупредить возникновение сексуальных или религиозных обсессий и компульсий</li> <li>• Потребность в повторении определенных действий для того, чтобы не случилось ничего плохого</li> <li>• Потребность в генерировании «хороших» мыслей, для того, чтобы компенсировать или подавить «плохие»</li> <li>• Повторение тихим голосом отдельных фраз или молитв, счет</li> </ul>

Обсессии	Компульсии или ритуалы
<p>Беспокойство или озабоченность, или потребность в симметрии, ранжировании или размещении в определенном порядке:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Потребность в том, чтобы вещи были симметричными или сбалансированными</li> <li>• Потребность в том, чтобы вещи были совершенными, точными или «правильными»</li> </ul>	<p>Повторение, расположение в определенном порядке, ранжирование</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Многократное размещение предметов в определенном порядке до тех пор, пока они не будут расположены симметрично, или подогнаны</li> <li>• Подсчет предметов, таких как доски на потолке или плитка на полу, книги на книжной полке, гвозди в стене или даже песчинки на пляже</li> <li>• Размещение в строгом порядке бумаги, авторучек на столе или книг на книжной полке</li> <li>• Прикосновение к чему-либо, или выполнение каких-либо других, действий с правой стороны, после чего следует компульсия прикоснуться к этому же предмету с левой стороны</li> </ul>
<p>Заражение; обеспокоенность возможностью заболеть или причинить себе вред при контакте с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Грязью или микроорганизмами</li> <li>• Выделениями тела (такими, как рвотные массы, моча, фекалии или слюна)</li> <li>• Примесями в окружающей среде (такими, как асбест, радиация или токсичные отходы)</li> <li>• Насекомыми или животными</li> <li>• Клейкими веществами или остатками нефтепродуктов</li> <li>• Предметами домашнего обихода или другими неодушевленными предметами</li> </ul>	<p>Проверки, избегания или повторения, чрезмерные или имеющие форму ритуалов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мытье или чистка частей тела или предметов</li> <li>• Принятие душа, ванны или другие обычные гигиенические процедуры с потребностью выполнения их в строго определенном порядке</li> <li>• Чрезмерное использование туалетной бумаги</li> <li>• Компульсивная потребность повторить с начала весь процесс, если нарушается или прерывается процедура мытья или чистки</li> <li>• Избегание прикосновения к предметам, животным или людям, из-за убеждения, что они могут быть грязными или зараженными</li> </ul>
<p>Накапливание и собирание:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Страх избавляться от ненужных вещей из-за убеждения, что они могут понадобиться в будущем</li> <li>• Неспособность принять решение выбросить вещи</li> </ul>	<p>Собирание и накапливание:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Комнаты заполнены старыми газетами, бумагами, упаковками, банками, бумажными полотенцами, обертками или пустыми бутылками</li> <li>• Собирание предметов или мусора на улице или вытаскивание их из мусорных баков.</li> </ul>

и похожих на компульсивные, действий, которые могут быть частью их нормального поведенческого репертуара; они могут следовать жесткому порядку, когда ложатся спать, принимают пищу или во время занятий в школе. Разнообразные аспекты детских ритуальных и, похожих на компульсивные, действий связывались с детскими страхами и фобиями. Таким образом, ОКР можно рассматривать как патологическое состояние, находящееся в одном континууме с нормальным поведением разных периодов развития (Evans et al, 2002).

Одно из лонгитудинальных исследований, длившееся девять лет, в котором были оценены 145 детей и подростков с ОКР, показало, что при катамнестическом наблюдении наиболее частым был диагноз генерализованного тревожного расстройства (25%), за ним (по частоте диагностики) следовали депрессивные (16%) и тикозные расстройства (16%). Примерно две третьих оценивали динамику своего состояния в плане ОКР, как значительное или существенное улучшение. Почти половина (49%) участников исследования сообщали, что они нуждаются в дальнейшем лечении. Самым значительным предиктором устойчивости ОКР, по данным катамнестического наблюдения, в этой выборке была длительность заболевания. Тяжесть состояния на исходном уровне не прогнозировала устойчивость. Влияние ОКР на функционирование и качество жизни было легким или умеренным (Micali et al, 2010). Эти данные свидетельствуют о том, что ОКР – это хроническое или рецидивирующее/ремитирующее расстройство с долгосрочными последствиями.

### Клиническая оценка

Учитывая скрытность, сопутствующую симптомам ОКР, очень важно, чтобы члены семьи обращали внимание на ранние признаки того, что ритуальное поведение становится проблемой. В Таблице F.3.2 представлены вопросы, которые могут помочь в проведении скрининга на наличие ОКР.

При подозрении на наличие ОКР, для оценки компульсий, obsessions и сенсорных феноменов, необходимо провести всестороннее клиническое обследование – вклю-

**Таблица F.3.2 Проверочные вопросы, которые помогают идентифицировать обсессивно-компульсивные симптомы**

Демонстрировал ли когда-либо Ваш ребенок:
• Озабоченность по поводу возможности заболеть после прикосновения к чему-либо или чрезмерную обеспокоенность по поводу грязи, что приводило к тому, что он часто мыл руки?
• Озабоченность по поводу размещения предметов в определенном порядке, настолько выраженную, что это мешало нормальной жизни или учебе в школе?
• Потребность в том, чтобы вещи выглядели, ощущались или звучали «правильно»?
• Чрезмерную обеспокоенность, страхи или озабоченность по поводу агрессивных, сексуальных или религиозных мыслей?
• Чрезмерную потребность накапливать или собирать вещи?



Таблица F.3.3 Шкалы, используемые в диагностической оценке пациентов с ОКР

	CY-BOCS	DYBOCS	YGTSS	USP-SPS	FAS
Автор (год)	Scahill et al (1997)	Rosario-Campos et al (2006)	Leckman et al (1989)	Rosario et al (2008)	Calvocoressi et al (1999)
Цели	Оценка наличия и степени тяжести obsessions и compulsions	Оценка наличия и степени тяжести измерений симптомов ОКР	Оценка наличия и степени тяжести тиков	Оценка наличия и степени тяжести сенсорных феноменов	Оценка уровня приспособленности членов семьи к симптомам ОКР
Время, необходимое для применения	15 минут (исключая время на ознакомление со списком симптомов)	10 минут для каждого измерения или 15 минут для общей тяжести (исключая время на ознакомление со списком симптомов)	20 минут (исключая время на ознакомление со списком симптомов)	20 минут (исключая время на ознакомление со списком симптомов)	20 минут (исключая время на ознакомление со списком симптомов)
Самоотчет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Достоверная и надежная	Да	Да	Да	Да	Да
Полезна клинически	Да	Да	Да	Да	Да
Полезна для исследования	Да	Да	Да	Да	Да
Доступна на других языках, кроме английского	Да	Да	Да	Да	Да

CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Шкала Йеля-Брауна для оценки обсессивно-компульсивного синдрома у детей); DYBOCS: Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive (Дименциональная обсессивно-компульсивная шкала Йеля—Брауна) Scale; USP-SPS: University of São Paulo Sensory Phenomena Scale (Шкала Университета Сан-Паоло для сенсорных феноменов); YGTSS: Yale Global Tic Severity Scale (Йельская шкала общей тяжести тиков); FAS: Family Accommodation Scale (Шкала приспособленности семьи).

чая детальный опрос родителей и, при возможности, учителей. У детей младшего возраста признаки ОКР могут проявляться скрытно во время игр или рисования. Очень важно дифференцировать обсессивно-компульсивные симптомы и нормаль-

ное ритуальное поведение детей, типичное для специфических стадий развития ребенка, такое как ритуалы, связанные с приемом пищи или ритуалы отхода ко сну. В этой связи, детальная информация об уровне дистресса, степени нарушений или количестве времени, затрачиваемого на выполнение ритуалов, может послужить достаточным основанием для принятия решения о необходимости назначения лечения. Более того, важно также оценить степень осознания и восприятия симптомов членами семьи, равно как и то, как семья справляется с проблемами ребенка.

Для получения подробной информации относительно симптомов ОКР, тиков, и других аспектов диагностики, следует использовать оценочные шкалы. Шкалы применяются также для оценки степени тяжести состояния на начальном этапе и последующей более объективной оценки динамики улучшения при проведении лечения. Некоторые из этих инструментов, которые находятся в открытом доступе, и могут быть получены по требованию от авторов, представлены в Таблице F.3.3.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Факторы, способствующие повышению риска ОКР, представлены в Таблице F.3.4

### Генетика

Вопреки бытовавшему многие годы убеждению, что ОКР является заболеванием, обусловленным исключительно влиянием внешней среды, близнецовые исследования, анализ сегрегационной частоты и групп сцепления показали, что ОКР накапливается в семьях и это в значительной степени обусловлено генетическими факторами, при этом наследуемость составляет от 45 до 65% (van Grootheest et al, 2005). Генетические семейные исследования показали, что раннее начало симптомов ОКР у пробандов повышает риск возникновения у их родственников первой линии родства обсессивно-компульсивных симптомов, ОКР, тиков или синдрома Туретта

(Rosario-Campos et al, 2005). И наоборот, близнецовые исследования показали, что уровни конкордантности у монозиготных близнецов значительно выше, чем у дизиготных. Учитывая то, что уровни конкордантности не достигли 100%, генетические исследования показывают, что негенетические факторы также играют важную роль в этиологии ОКР.

В генетических исследованиях групп сцепления идентифицировали участки генома, которые, по всей видимости, содержат локусы подверженности ОКР, в хромосомах 1q, 3q, 6q, 7p, 9p, 10p и 15q. Было проведено много исследований генов-кандидатов, главным образом сфокусированных на серотонинергических, глутаматергических и дофаминергических генах, хотя на сегодняшний день они не привели к убедительным результатам. Среди всех исследованных вариантов полиморфизма, некоторые релевантные данные касались экспрессии

### ПРИСПОСОБЛЕННОСТЬ СЕМЬИ

- Родители (и другие родственники) облегчают или разделяют обсессивно-компульсивные симптомы ребенка
- Приспособленность семьи укрепляет симптомы и ассоциируется с неблагоприятным исходом
- К примерам приспособленности семьи, кроме прочего, можно отнести: родителей, постоянно, раз за разом отвечающих на сомнительные вопросы; не вмешивающихся и не ограничивающих времени, затрачиваемого на мытье; помогающих детям в размещении предметов в строго определенном порядке или в выполнении ритуалов накопления.

глутаматергических генов и коррелировали с повторяющимся поведением у людей и грызунов (Miguel et al, 20005; AACAP, 2012).

### Негенетические факторы

У предрасположенных субъектов факторы внешней среды, такие как сильный эмоциональный стресс или травматическое повреждение головного мозга могут провоцировать возникновение ОКР. Чрезмерное увеличение массы тела в период беременности; затяжные роды; преждевременные роды и желтуха ассоциировались в возникновением ОКР в дальнейшем (Vasconcelos et al, 2007).

### Бета-гемолитический стрептококк группы А (GABHS)

Связь между GABHS инфекцией, ревматизмом (системное аутоиммунное заболевание, вызываемое GABHS инфекцией) и возникновением или ухудшением ОКР за последние два десятилетия привлекла большое внимание. Существует предположение, что GABHS инфекция у восприимчивых реципиентов инициирует выработку антител, которые дают перекрестную реакцию с клеточными

Таблица F.3.4 Факторы, повышающие риск ОКР

Обсессии	Компульсии или ритуалы
Генетические	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Члены семьи с обсессивно-компульсивными симптомами, ОКР или тиками</li> <li>• Многообещающие гены-кандидаты: SLC1A1 и SAPAP</li> </ul>
Семейные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ОКР или расстройства ОКР-спектра в семейном анамнезе (например, тикозные расстройства, трихотилломания, дисморфофобия)</li> <li>• Высокая степень приспособленности семьи к обсессивно-компульсивным симптомам</li> </ul>
Индивидуальные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие обсессивно-компульсивных симптомов и субклинического ОКР</li> <li>• Нейропсихологические отклонения (общие когнитивные дефициты, отсутствие гибкости мышления, зрительно-пространственные дефициты, нарушения двигательных навыков)</li> <li>• Коморбидные психические расстройства (например, синдром Туретта)</li> </ul>
Средовые	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пренатальные, перинатальные и постнатальные факторы, например, чрезмерное увеличение массы тела в период беременности; затяжные роды; преждевременные роды; желтуха; сильный эмоциональный стресс, травматическое повреждение головного мозга, подверженность воздействию химических веществ (алкоголь, кокаин, стимуляторы и гормоны) в ранние сроки беременности</li> <li>• Стрептококковые инфекции и ревматизм</li> </ul>

компонентами базальных ганглий (Mercadante et al, 2005). Эти предположения, которые применимы только к небольшой группе детей, страдающих ОКР, подтверждаются нейровизуальными и иммунологическими данными. ОКР и другие психические расстройства встречаются значительно чаще, чем ожидалось, среди родственников первой линии родства пробандов, страдающих ревматизмом (Hounie et al, 2007).

### **Семейные факторы**

Другим важным негенетическим фактором является семья. Дети младшего возраста в большей степени склонны вовлекать других членов семьи в свои ритуалы, что приводит к более высокой степени приспособленности семьи. В то время, как одни пытаются воспрепятствовать совершению ребенком ритуалов, другие приспособляются к симптомам или даже укрепляют их (Amir et al, 2000; McKay et al, 2006).

### **Нейробиологические основы**

Было высказано предположение, что у пациентов, страдающих ОКР, имеет место дисрегуляция фронто-кортико-стрио-таламических областей. Функциональные нейровизуальные исследования показали, что у пациентов с ОКР отмечается повышенная активность орбитофронтальной коры головного мозга, передней части поясной извилины и полосатого тела, которая значительно снижается после лечения (Friedlander et al, 2006; Rotge et al, 2008).

С помощью нейробиологических тестов у лиц с обсессивно-компульсивным симптомами и ОКР были обнаружены дефициты гибкости мышления и моторных навыков, зрительно-пространственных способностей и некоторых форм исполнительных функций (Mataix-Cols et al, 2008). Некоторые из этих дефицитов были также обнаружены у родственников первой линии родства пациентов с ОКР (Chamberlain et al, 2005). Было высказано предположение, что некоторые нейropsychологические изменения, наблюдаемые у детей, такие, как дефициты зрительно-пространственных способностей могут быть ранними признаками риска возникновения ОКР в подростковом возрасте (Grisham et al, 2009).

По всей видимости, в патофизиологию ОКР вовлечена также серотонинергическая система головного мозга – многие исследования обнаружили ослабление симптомов при применении серотонинергических лекарственных средств (Bloch et al, 2006). Нарушения функций серотонинергической системы часто отмечаются у подростков и взрослых, страдающих ОКР (Delorme et al, 2005). Некоторые исследователи предполагают, что кроме моноаминных систем мозга также может играть роль также окситоцин (Leckman & Herman, 2002).

## **ЛЕЧЕНИЕ**

До того, как приступить к лечению, крайне важно принять во внимание некоторые очень значимые аспекты, такие как правильная идентификация наиболее проблемных симптомов, установление длительности заболевания, влияния его на жизнь пациента и трудности работы с семьей (Таблица F.3.5). При поведении

диагностической оценки не менее важно вовлечь в этот процесс не только пациента, членов его семьи, но и школу. Еще один важный вопрос – это точная оценка коморбидных состояний, которые обычно сопутствуют ОКР. Не выявленные и недостаточно полно оцененные коморбидные расстройства могут существенно осложнять лечение (Rosario et al, 2008).

Подобно рекомендациям по лечению взрослых, лечение ОКР у детей и подростков основывается на когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), медикаментозном лечении и психообразовании. Как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, так и КПТ систематически исследованы, и их эффективность в лечении детей и подростков, страдающих ОКР подтверждена эмпирически.

### Нефармакологические методы лечения

КПТ – это единственный метод психологической терапии, доказавший свою эффективность в лечении ОКР детского возраста (Rosario et al, 2008). Лечение детского ОКР в случае легкого и средней тяжести течения должно начинаться

Руководства по КПТ и книги по самопомощи, доступные для терапевтов и семей, интересующихся этими техниками (AACAP, 2012):

- Talking Back to OCD: The Program that Helps Kids and Teens Say “No Way” and Parents Say “Way to Go” by John March
- Obsessive Compulsive Disorders: A Complete Guide to Getting Well and Staying Well by Fred Penzell
- Freeing Your Child from Obsessive Compulsive Disorder by Tamar Chansky
- What to do When your Child has Obsessive Compulsive Disorder: Strategies and Solutions, by Aureen Pinto Wagner.

**Таблица F.3.5 Вопросы, которые необходимо уточнить во время диагностической оценки и до начала лечения**

Возраст начала	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возраст, в котором симптомы были впервые замечены пациентом и членами его семьи</li> </ul>
Степень выраженности страдания, нарушений и количество времени, затрачиваемого на выполнение ритуалов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Важно провести различие между ОКР и преходящим обсессивным или компульсивным поведением, наблюдающимся на определенных этапах нормального развития</li> <li>• В решении этой задачи могут помочь оценочные шкалы</li> </ul>
Осознание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточное осознание своей проблемы – частое явление у пациентов в педиатрической практике</li> </ul>
Наличие сенсорных феноменов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вместо obsessions часто наблюдаются предшествующие психологические порывы или телесные ощущения</li> </ul>
Отношение семьи к заболеванию	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чрезмерный критицизм или высокий уровень приспособленности к симптомам ассоциируется с неблагоприятным исходом</li> </ul>
Имеют ли место коморбидные расстройства?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценить наличие коморбидных состояний (например, тревожных расстройств, расстройств настроения, тикозных расстройств, СДВГ, психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя либо других психоактивных веществ).</li> </ul>
Психиатрические заболевания в семейном анамнезе	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Страдают ли члены семьи ОКР или другими психическими расстройствами?</li> </ul>

преимущественно с КПТ или с комбинация фармакотерапии и КПТ в более тяжелых случаях, или если КПТ недоступна (Abramowitz et al, 2005; O'Connor et al, 2006; Walsh & McDougle, 2011).

КПТ при ОКР объединяет бихевиоральную теорию с когнитивными принципами и продемонстрировала значительную эффективность особенно, когда программа терапии включает в себя техники внешнего воздействия, предупреждения реакций и когнитивное реструктурирование. По данным мета-анализа средняя величина эффекта КПТ составила до 1.45 (доверительный интервал 0,68 – 2,22), несмотря на гетерогенность выборки (Watson & Rees, 2008). Когнитивное реструктурирование помогает пациентам осознать влияние их мыслей и убеждений на поведение (ритуалы и избегания), функциональную взаимосвязь между obsessions и ритуалами, и овладеть стратегиями их нейтрализации. Бихевиоральная модель предполагает применение техник внешнего воздействия и предупреждения реакций, направленных на взаимосвязи между obsessions и compulsions, с целью ослабления этой взаимосвязи и вызванного ими дистресса. Пациент сознательно сталкивается с предметами, людьми или ситуациями, которые вызывают у него страх и пытается предотвратить compulsions, что постепенно приводит к снижению уровня тревоги (Abramowitz et al, 2005). Когнитивные и бихевиоральные техники взаимно дополняют друг друга, и сила одной заключается в правильной комбинации с другой (Barret et al, 2008; Williams et al, 2010).

### ***Практические аспекты применения КПТ***

В большинстве руководств, посвященных КПТ при ОКР рекомендуется проведение от двенадцати до двадцати пяти сессий. В этих руководствах обычно предполагается, что первые две сессии будут использованы для сбора подробной информации о симптомах пациента, о том, как пациент и его семья справляется с ними, о семейной среде, успеваемости в школе и других важных аспектах функционирования пациента. Следует максимально использовать возможности психообразования, которое включает в себя предоставление информации по всем аспектам заболевания, в том числе и о возможных клинических симптомах, влиянии коморбидности, вариантах лечения, длительности заболевания и продолжительности терапии, риске приспособленности семьи и о том, как лучше себя вести по отношению к члену семьи, страдающему ОКР. Обычно 50-минутная сессия КПТ включает в себя обзор целей, обзор предыдущей недели, предоставление новой информации, практические тренировки с участием терапевта, домашнее задание на предстоящую неделю, и мониторинг (Steketee, 1999).

Успех КПТ зависит от понимания заболевания, на чем основывается терапия и когнитивных процессов вовлеченных в процесс поддержания расстройства. Клинические исследования показали, что КПТ приводит к лучшим результатам, если близкие пациенту люди (родители, другие члены семьи и учителя) вовлечены в терапию (Piacentini & Langley, 2004; Freeman et al, 2008). Члены семьи могут реагировать на симптомы пациента, облегчая ему своим поведением избегание, помогая в ритуальных действиях или непреднамеренно участвуя в ритуалах (Calvocoressi et al, 1999; Barret et al, 2004; Freeman et al, 2008). Такое поведение

некоторыми авторами описывается как *приспособленность семьи* (Calvocoressi et al, 1999). Высокие уровни приспособленности семьи ассоциировались с поддержанием симптомов и неблагоприятным исходом (Calvocoressi et al, 1999; Amir et al, 2000). Таким образом, родителей необходимо обязательно вовлекать в лечение (Freeman et al, 2008); фактически, родители часто становятся котерапевтами и реализуют терапию на дому.

### Фармакологическое лечение

В случае ОКР средней и тяжелой степени, в качестве лечения первого ряда, и в целях достижения большего эффекта, рекомендовано комбинировать КППТ с медикаментозным лечением (ААСАР, 2012). По результатам Исследования методов лечения ОКР детского возраста (*Pediatric OCD Treatment Study (POTS)*), пятилетнего, проводившегося в трех центрах, исследования, в сравнении с плацебо, сертралина, КППТ и комбинации КППТ с сертралином, был сделан вывод, что комбинированное лечение (КППТ + сертралин) оказалось более эффективным, чем КППТ и сертралин по отдельности. Величина эффекта для комбинированного лечения, отдельно КППТ и отдельно сертралина составила 1.4, 0.97 и 0.67, соответственно (*Pediatric OCD Treatment Study, 2004*). Показатель ремиссии при применении только СИОЗ составил менее одной трети (*Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Franklin et al, 2011*).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) являются лекарственными препаратами первого ряда при ОКР у детей, подростков и взрослых (ААСАР, 2012). Первым лекарственным препаратом из группы трициклических антидепрессантов, эффективность которого в лечении ОКР была доказана, является *кломипрамин*. Несмотря на его эффективность (величина эффекта: 0,85, доверительный интервал 0,32- 1,39) (Watson & Rees, 2008), из-за побочных действий – желудочно-кишечных, вегетативных, влияния на печень и, главным

**Таблица F.3.6 Лекарственные препараты, эффективные в лечении обсессивно-компульсивного расстройства детского возраста (по материалам Rosario et al, 2008)**

Лекарственный препарат	Одобен FDA для лечения ОКР у детей	Минимальный возраст	Начальная доза (мг/день)	Максимальная доза
Кломипрамин	Да	5	12,5 – 25	300
Флуоксетин	Да	8	2,5 – 10	80
Сертралин	Да	6	12,5 - 25	200
Флувоксамин	Да	8	12,5 - 50	300
Пароксетин	Да	8	2,5 - 10	60
Циталопрам	Нет	Н/У	2,5 - 10	60
Есциталопрам	Нет	Н/У	2,5 - 10	30

образом, проблем с сердечной проводимостью – клиническое использование кломипрамина ограничено, особенно у детей и подростков. Так, например, назначение кломипрамина требует электрокардиографического обследования как в начале лечения, так и в дальнейшем (Mancuso et al, 2010; AACAP, 2012).

Клинические испытания с хорошим дизайном продемонстрировали эффективность и безопасность лекарственных препаратов из группы СИОЗС – флуоксетина, сертралина и флувоксамина у детей и подростков с ОКР как при их отдельном использовании, так и в сочетании с КПТ. Другие препараты из этой же группы, а именно: пароксетин, циталопрам и эсциталопрам также подтвердили свою эффективность при лечении детей и подростков с ОКР, хотя FDA пока не одобрило их применение в педиатрической практике (Rosario et al, 2008; AACAP, 2012). Мета-анализ всех опубликованных рандомизированных контролируемых исследований с участием детей и подростков с ОКР обнаружил величину эффекта 0,46 (95% ДИ 0,37 – 0,55) и продемонстрировал статистически достоверную разницу между препаратами и плацебо (Geller et al, 2003).

Лечение необходимо начинать с невысоких доз для того, чтобы свести к минимуму риск возникновения побочных эффектов. Подбор оптимальной дозы должен продолжаться от 10 до 16 недель с использованием адекватных доз (Таблица F.3.6). Оптимальная длительность лечения детей с ОКР не известна. Большинство экспертов считают, что лечение должно продолжаться, по меньшей мере, 12 месяцев после исчезновения симптомов или стабилизации состояния, с последующим постепенным снижением дозы (Rosario et al, 2008; Mancuso et al, 2010).

### ***Пациенты, не реагирующие на лечение***

Несмотря на эффективность СИОЗС, около половины пациентов не реагируют на лечение или имеют остаточные симптомы даже при адекватной длительности терапии и использовании максимальных рекомендуемых или переносимых дозах препаратов. Для таких пациентов рекомендованы определенные стратегии, описанные ниже. К сожалению, отсутствуют систематические исследования, в которых замена лекарственного препарата проходила сравнение с назначением дополнительного средства к тому, с которого начиналось лечение (AACAP, 2012).

- Первая стратегия – *перейти на другой препарат из группы СИОЗС*.
- У взрослых с частичной реакцией на СИОЗС в качестве дополнительного средства были использованы *нейролептики* (Bloch et al, 2006) и *кломипрамин* (Figueroa et al, 1998). Такие фармакологические вмешательства у детей нуждаются в дальнейшем исследовании. Нейролептики могут быть показаны при наличии тикозных расстройств или при недостаточном осознании своей болезни (Bloch et al, 2006). Клинические испытания указывают на то, что могут быть эффективными: галоперидол (Mancuso et al, 2010), рисперидон (Thomsen, 2004) и кветиапин (Cohen et al, 2003). Необходимо избегать назначения детям оланзапина из-за его ограниченной безопасности и риска возникновения метаболического синдрома (Rosario et al, 2008). Беспокойство по поводу дополнительного назначения нейролептиков связано с такими потенциальными побочными эффектами,



как седативный эффект, дисфория, увеличение массы тела и экстрапирамидные симптомы. Недавно опубликованы результаты клинических исследований психостимуляторов габапентина, суматриптана, пиндодола, инозида, опиатов, зверобоя, N-ацетил-L-цистеина, мемантина и рилузона, но до того как рекомендовать их для использования, необходимы дальнейшие исследования (ААСАР, 2012).

- Еще одна стратегия заключается в исключении *коморбидных расстройств* (таких как СДВГ, тики, депрессия или поведенческое расстройство). Наличие коморбидных расстройств ассоциировалось с более тяжелыми симптомами и более выраженным стрессом у родителей, и может приводить к недостаточной реакции на лечение (Grados et al, 2008; Storch et al, 2008). При наличии таких расстройств, врач должен рассмотреть возможность их параллельного лечения (ААСАР, 2012)
- Всегда следует также рассмотреть возможность *комбинирования медикаментозного лечения с КПТ*. Franklin et al (2011) исследовали, можно ли использовать КПТ в качестве дополнения к лечению антидепрессантами детей, частично реагирующих на медикаментозное лечение. В исследовании приняли участие 124 детей и подростков с ОКР в возрасте от 7 до 17 лет. Все участники исследования были в случайном порядке распределены в следующие группы: *только медикаменты (СИОЗС), медикаменты плюс традиционная КПТ* (кроме визитов по поводу медикаментозного лечения психологом, в соответствии с протоколом, проводилась КПТ, представлявшая собой 14 одночасовых сессий на протяжении 12 недель, включавших психообразование, когнитивный тренинг, составление иерархии ситуаций, вызывающих страх от наименее до наиболее пугающих и провоцирующих тревогу, для проведения техники внешнего воздействия, саму технику внешнего воздействия и технику предупреждения реакций), или *медикаментозное лечение плюс инструкции по КПТ* (врач, занимающийся медикаментозным лечением, давал также инструкции по процедурам КПТ, которые проводились в соответствии с протоколом – 7 сессий в течение 12 недель – при средней продолжительности сессии в 45 минут; инструкции включали в себя психообразование, простое составление иерархии тяжести симптомов, определение целей для внешнего воздействия и предупреждения реакций, и назначение домашних заданий). Дважды по телефону проводился контроль и давались рекомендации по поводу реализации КПТ в домашних условиях. Через 12 недель лечения, к числу отреагировавших было отнесено 68.6% пациентов из группы *медикаментозное лечение плюс традиционная КПТ*, 34.0% из группы *медикаментозное лечение плюс инструкции по КПТ*, 30.0% из группы *только медикаментозного лечения*. То есть, 14 сессий КПТ, проведенных подготовленным специалистом, удвоили показатель ответа на лечение, тогда как менее интенсивная КПТ, проведенная не специалистом не повысила эффективности лишь медикаментозного лечения (Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Franklin et al, 2011).

Мать привела J (возраст 9 лет) на прием, потому что учитель начал беспокоиться из-за того, что у мальчика очень много времени занимает выполнение упражнений, так как он считает, что они должны быть выполнены идеально. J также очень часто выходит из класса, чтобы помыть руки. Его мать то же самое заметила дома.

J родился после затяжных родов и перенес умеренную желтуху. Его отцу в детстве ставили диагноз синдрома Туретта, но уже в течение многих лет симптомы не наблюдались.

Во время оценочного интервью J заявил, что чувствует зуд кожи рук, что заставляет его часто мыть их. Он также рассказал, что тратит много времени на выполнение домашних заданий, потому что ему нужно писать и переписывать до тех пор, пока он не почувствует что его почерк идеален. J не предъявляет никаких жалоб по поводу имеющихся у него симптомов и не избегает мытья рук, несмотря на то, что проводит за этим занятием до 2 часов в день. Он не описывает навязчивых мыслей. Когда его спрашивают, почему он должен мыть руки или переписывать упражнения, он отвечает, что просто ему необходимо это делать. У J не наблюдается тиков в настоящее время, и не было в прошлом.

По шкале CYBOCS J набрал 17 баллов (0 для obsessions; 17 для compulsions). По шкале DYBOCS для измерений симптомов результат был следующим: ноль для агрессии, ноль для сексуального/религиозного измерения, ноль для накопления, 12 для симметрии/упорядочивания и 10 для заражения/очищения. Общая тяжесть составила 12 баллов, нарушение – 10 баллов, при этом общая тяжесть по шкале DYBOCS составила 22 балла (умеренная).

J и его родители были направлены на программу КПТ, которая представляла собой 60-минутные сессии два раза в неделю. Терапевт отметил, что родители J были чрезмерно обеспокоены его будущим и по поводу того, сможет ли он хорошо успевать в школе. После 12 сеансов (6 недель) J начал демонстрировать улучшение состояния, но родители оставались очень тревожными. Например, несмотря на то, что J стал меньше времени проводить за домашними заданиями, мать решила помогать ему и практически делала домашние задания для него. Терапевт решил сократить частоту сеансов КПТ до одного раза в неделю, и родители начали участвовать в сессиях. Через 16 недель (22 сессии) результаты по шкале CYBOCS снизились до 8 баллов, а общий показатель по шкале DYBOCS до 11 баллов, что означает ослабление симптомов. Родители также были довольны успехами J в школе.

### Комментарий

Приведен пример пациента, страдающего ОКР с симптомами средней тяжести по измерениям симметрия/упорядочивание и мытье/заражение. Симптомы поглощали много времени и мешали школьной успеваемости. J не полностью осознавал свои симптомы. Несмотря на то, что J не сообщал об obsessions, он демонстрировал сенсорные феномены, как физические («зуд»), так и психологические (чувства перфекционизма и «правильности»). Синдром Туретта в семейном анамнезе, родовая травма и желтуха способствовали повышенной восприимчивости к ОКР. Родители были очень тревожными и имели высокие показатели по шкале приспособленности семьи.

Учитывая то, что симптомы были средней тяжести и отсутствовали коморбидные расстройства, изначально была рекомендована КПТ. К счастью J имел доступ к обученным специалистам по КПТ, и семья согласилась с таким планом действий. Поскольку ОКР способно нарастать и убывать, является потенциально хроническим заболеванием, рекомендована менее интенсивная поддерживающая КПТ, если она доступна.

Для того чтобы разработать эффективные стратегии профилактики, кроме поиска новых подходов в лечении, необходимо также выявление лиц из группы риска возникновения ОКР. Некоторые генетические, семейные, индивидуальные и средовые факторы описаны ранее в этой главе (Таблица F.3.4). Кроме общих мер, направленных на улучшение психического здоровья, на сегодняшний день не существует профилактических программ, которые доказали свою эффективность.

Таблица F.3.7 Сводная таблица рекомендаций по лечению ОКР

Тип ОКР	Рекомендованное лечение
Легкое (16 – 19 баллов по шкале CYBOCS*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Только КПТ (индивидуально или в группе, минимум 10 сессий)</li> </ul>
Умеренное (20 -29 баллов по шкале CYBOCS*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отдельно КПТ или в комбинации с СИОЗС (минимум 10 недель на то, чтобы подобрать терапевтическую дозу)</li> </ul>
Тяжелое (30 -40 баллов по шкале CYBOCS*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>КПТ + СИОЗС (минимум 10 недель на подбор дозы)</li> </ul>
Ремиссия (по шкале CYBOCS общий показатель меньше 10 баллов*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Поддерживающая КПТ (бустерные сессии не менее 12 месяцев)</li> </ul>
Частичная реакция на лечение (снижение показателей по шкале CYBOCS на 30 – 50%, после получения оптимальной и переносимой дозы СИОЗС, как минимум, на протяжении 10 недель)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Переход на другой препарат из группы СИОЗС</li> <li>Дополнительное назначение КПТ (если не проводилась ранее)</li> <li>Дополнительное назначение атипичных антипсихотических средств (например, рисперидон, кветиапин, арипипразол или галоперидол)</li> <li>Дополнительное назначение кломипрамина (мониторинг ЭКГ)</li> </ul>
Реакция на лечение отсутствует (ослабление симптомов меньше чем на 35%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пересмотреть диагноз, наличие коморбидных расстройств, жалобы и приспособленность семьи</li> <li>Дополнительное назначение КПТ (если не проводилась ранее)</li> <li>Дополнительное назначение атипичных антипсихотических средств (например, рисперидон, кветиапин, арипипразол или галоперидол)</li> <li>Дополнительное назначение кломипрамина (мониторинг ЭКГ)</li> <li>Одновременное лечение коморбидных расстройств</li> </ul>
<p>*Критерии тяжести March &amp; Mulle (1998). КПТ: когнитивно-поведенческая терапия, которая проводится компетентным клиницистом, прошедшим специальную подготовку по этому методу лечения, и реализуется в виде сессий с длительностью не меньше 60 минут; CYBOCS: Children’s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Детская шкала оценки обсессивно-компульсивного синдрома Йеля-Брауна); СИОЗС: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина</p>	

## ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Когда люди заявляют о том, что в их семье есть человек, страдающий ОКР, очень полезными для решения этой проблемы, могут оказаться группы поддержки, особенно если пациент ребенок или подросток. Участие в работе групп самопомощи помогает решить проблему стресса, связанного с воспитанием ребенка с ОКР. Группы поддержки, консультантами которых часто являются специалисты в области психического здоровья, проводят свои регулярные встречи и стремятся получить больше знаний о заболевании, помогают людям осознать симптомы, ослабить приспособленность семьи и найти правильное лечение. Встречи с людьми, которые сталкиваются с такой же проблемой, дают возможность делиться опытом, обсуждать, как другие люди справляются с симптомами и узнавать больше о болезни. Группы поддержки могут быть также полезны и для пациентов, хотя в случае детей в меньшей степени. Список ассоциаций пациентов и их родственников в некоторых странах можно найти по адресу: <http://www.geonius.com/ocd/organizations.html>