

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава
России

Обсессивно-компульсивные расстройства в детском и подростковом возрасте

Корень Е.В., Масихина С.Н.

Москва, 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Сокращения.....	2
Общие положения.....	2
Уровни доказательности.....	3
Определение.....	4
МКБ-шифры.....	4
Эпидемиология.....	5
Этиология, патогенез.....	5
Классификация.....	7
Диагностика.....	8
Клиника, типология, возрастные особенности ОКР.....	12
Коморбидность.....	14
Дифференциальная диагностика.....	15
Основные принципы лечения ОКР у детей и подростков.....	17
Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация детей и подростков с ОКР.....	30
Прогноз.....	33
Литература.....	34

1. СОКРАЩЕНИЯ

ОКР - Обсессивно-компульсивное расстройство

ДСМ-5 - Руководство по диагностике и статистике психических расстройств

МКБ - международная классификация болезней

РКИ - рандомизированные клинические исследования

ПМУ - перечень медицинских услуг

ПНД - психоневрологический диспансер

СДВГ - синдром дефицита внимания и гиперактивности

БАР – биполярное аффективное расстройство

АА- атипичные антипсихотики

ТА-типичные антипсихотики

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ССД – средняя суточная доза

ТЦА - трициклические антидепрессанты

ЦНС - центральная нервная система

ЧМТ-черепно-мозговые травмы

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭЭГ - электроэнцефалограмма

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

Клинические рекомендации определяют основные правила ведения больных детского и подросткового возраста с обсессивно-компульсивными расстройствами (ОКР) на последовательных этапах оказания психиатрической помощи в соответствии с требованиями доказательной медицины. Рекомендуются те методы и препараты, разрешенные к применению в детском и подростковом возрасте, которые имеют убедительные доказательства преимуществ в безопасности, эффективности перед другими, что улучшает соотношение «затраты-эффективность» лечебно-профилактических мероприятий.

ОКР у детей любого возраста – психическое расстройство, в отношении которого помощь не может ограничиваться только биологической терапией. Стандарты безусловно должны включать психосоциальную терапию и реабилитацию с обязательным привлечением родителей и ближайшего окружения, психотерапию, клинико-социальные мероприятия и использование различных организационных форм помощи. Это соответствует современным положениям о бригадном подходе в работе с больными и продвижении общественно ориентированной психиатрии.

Актуальность разработки клинических рекомендаций "Обсессивно-компульсивные расстройства в детском и подростковом возрасте" определяется следующими положениями:

- высокая распространенность ОКР во всем мире [25, 36];
- значительная часть (до 50 % случаев) ОКР начинается в детском и подростковом возрасте и недостаточно диагностируются [25, 62];
- трудности и несвоевременность диагностики и начала терапии;
- возрастная специфика клинических проявлений и лечения ОКР у детей
 - медико-социальным и экономическим бременем ОКР у детей и подростков;
- различиями качества и организации психиатрической помощи в различных регионах страны и отдельных лечебно-профилактических учреждений;
- разным уровнем подготовки медицинских и социальных работников;
- недостаточной осведомленностью врачей-психиатров, работающих с детьми о результатах клинических исследований и рекомендациях по применению отдельных психотропных препаратов;
- существенными отличиями рекомендованной («надлежащей») и реальной (повседневной) практики диагностики и лечения больных с ОКР;
- низким уровнем правовой защиты потребителей психиатрической помощи (пациентов и их близких);
- ограниченными возможностями на данном этапе финансирования психиатрических служб.

Цель настоящих рекомендаций – повышение качества психиатрической помощи детям и подросткам с ОКР в специализированных лечебно-профилактических учреждениях при обеспечении надлежащего объема психиатрической помощи.

3. УРОВНИ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ.

Рекомендации снабжены четырехуровневой системой оценки доказательности, согласно иерархии достоверности научных данных (при этом следует иметь в виду, что невысокий уровень доказательности – не всегда свидетельство ненадежности данных):

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению, которые получены на основании одного, хорошо спланированного, или нескольких

рандомизированных клинических исследований (РКИ) или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предположение. Доказательства получены на основании по крайней мере одного контролируемого исследования или систематического обзора когортных исследований или РКИ.

С) Доказательства из неконтролируемых исследований или описание случаев/мнений экспертов

С1 Неконтролируемые исследования

С2 Описания случаев

С3 Мнение экспертов или клинический опыт

Д) Неоднородные результаты

Положительные РКИ перевешиваются примерно равным количеством исследований с отрицательным результатом

Е) Отрицательные доказательства

Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или метода лечения в определенной ситуации.

Ф) Недостаточно доказательств

4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

ОКР у детей и подростков – одно из распространенных психических расстройств гетерогенной природы, выделенное в МКБ-10 как самостоятельное психическое нарушение, характеризующиеся, как и у взрослых больных, наличием obsessions и/или compulsions, приводящих к выраженному дистрессу или социальной дезадаптации [10].

Понятие obsessions включает в себя навязчивые мысли, образы, представления, некоторые страхи, опасения, размышления, сомнения. Под compulsions понимают стереотипно повторяющиеся действия или поведение, имеющее для больного определенную кажущуюся целесообразность, т.е. они являются навязчивыми, критически осознаваемыми ритуалами. Obsessions, как правило, связаны с усилением выраженности тревоги и чувства субъективного дискомфорта, в то время как compulsions уменьшают ее выраженность. При попытках волевого сдерживания compulsions отмечается нарастание выраженности тревоги.

Значительная часть клинических проявлений ОКР у детей и подростков рассматривалась ранее в рамках так называемого «невроза навязчивых состояний» [3,6,11,12]. Возрастной фактор отражается в постепенном многолетнем формировании данного расстройства (замене относительно простых навязчивостей более сложными, появление сознания болезни и борьбы с навязчивостями, возникновение obsessive-compulsive симптоматики нового возрастного уровня и др.).

Для ОКР, сформировавшихся в детском и подростковом возрасте (50% больных), характерны хронический в большей части случаев характер заболевания (30-70%) или течение с частыми обострениями [31,43,55,63]. Длительное персистирование ОКР у детей приводит к искажению индивидуального развития с недостаточностью социальных навыков, нарастающими изменениями личности (вторичная аутизация и патологические развития личности) с высоким уровнем инвалидизации (до 30% больных).

5. МКБ-ШИФРЫ: F 42.0-F42.9

Согласно МКБ-10, несмотря на то, что obsessions и compulsive действия обычно сосуществуют, целесообразно устанавливать принадлежность к выделяемым субтипам расстройств (F42.0-2) по доминирующему типу симптоматики, поскольку существует связь с ответом выделенных субтипов расстройств на разные виды терапии.

В зависимости от преобладающих болезненных проявлений ОКР различают:

- преимущественно «навязчивые мысли или рассуждения» (F42.0),
- преимущественно «навязчивые действия» (F42.1),
- смешанные формы расстройства, при которых наблюдаются как навязчивые мысли (обсессии), так и навязчивые движения и действия (компульсии) (F42.2).
- другие обсессивно-компульсивные расстройства (F42.8).
- обсессивно-компульсивные расстройства, неуточненные (F42.9).

Так как отдельные феномены ОКР могут возникать у здоровых индивидов, они расцениваются как психическая патология, когда продолжаются длительное время, нарушают выполнение привычных функций и переживаются как тягостные.

В соответствии с МКБ-10, точный диагноз ОКР ставится в случаях, когда соответствующие симптомы имеют место в течение наибольшего количества дней в период, по крайней мере, 2 недель подряд и являются источником дистресса и нарушения активности.

Согласно МКБ-10 навязчивости воспринимаются пациентом как собственные мысли или импульсы, что позволяет отграничить их от психотических расстройств.

Критериями МКБ-10 предполагается, что пациент сопротивляется по крайней мере некоторым своим навязчивым импульсам и переживает их как субъективно неприятные (эго-дистонные) [10].

6. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Согласно данным эпидемиологических исследований, распространенность ОКР в общей популяции составляет 2,5+-0,2% и 1,2+-0,1% на протяжении жизни [36]. В детской популяции соответственно 1,9+-0,7 % и 1,0+-0,5% [25].

Заслуживает внимания высокая частота субклинических расстройств – 19% [25, 62]. Только 25% детей и подростков с ОКР получают специализированную психиатрическую помощь [62]. ОКР у детей и подростков выявляются спустя годы после начала, когда расстройства достигают ощутимой степени тяжести.

Начало заболевания в общей популяции чаще приходится на подростковый и ранний юношеский возраст [22]. До 80% взрослых пациентов, страдающих ОКР, указывают на то, что первые проявления заболевания появились у них в возрасте до 18 лет, в 50% -ОКР начинаются до 15 лет [22, 25, 46].

Пик начала ОКР в популяции детского возраста (от 3 до 15 лет) приходится на интервал от 7,5 до 11,6 лет [25].

В 38% случаев ОКР у детей и подростков развиваются по триггерному механизму, развитию симптомов предшествуют травмирующие события [22, 25, 31]. Содержание ОКР бывает либо не связано или условно связано с содержанием психотравмирующей ситуации, и не всегда совпадает с имеющимися у родителей симптомами ОКР [46].

ОКР не имеют транскультуральных различий, встречается в большинстве этнических групп [25]. В детско-подростковом возрасте соотношение между полами составляет 1:1; некоторые исследования указывают на то, что данное расстройство чаще встречается у женщин, но у мальчиков отмечается тенденция к более раннему дебюту и к более тяжелой симптоматике и течению [25, 35].

7. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

На сегодняшний день общепризнанной этио-патогенетической концепции ОКР в мире не разработано. Имеют место различные гипотезы этиологии ОКР, как средовые и

психологические, так и биологические. Следует иметь в виду, что существующие гипотезы не исключают друга друга и скорее описывают нарушения в разных системах. Кроме того, причина или причины формирования ОКР могут быть мультифакторными и заключаться в одновременном влиянии генетической предрасположенности в сочетании с действием какого-либо повреждающего средового или биологического фактора. В группу биологических теорий входят генетические концепции, нейробиологические, нейропсихологические теории, нейрохимические теории дисрегуляции в нейротрансмиттерных системах, а также теории повреждающего действия инфекционных и иммунологических факторов.

Генетические гипотезы. Исследования семейного анамнеза показали, что примерно у 20-25% детей с навязчивостями один из родителей также страдает ОКР [44,46,48]. Генетическую предрасположенность к ОКР подтверждают близнецовые исследования, установившие конкордантность по ОКР у монозиготных близнецов в 65% случаев в сравнении с 15% у дизиготных [59].

Нейробиологические гипотезы. Нейробиологические исследования с помощью позитронно-эмиссионной томографии показали нарушения переработки информации в фронтально-орбитальных отделах коры головного мозга, лимбической системе и в области базальных ганглиев, а также была установлена связь между ОКР и гиперметаболизмом в области хвостатого ядра [17,27].

Нейропсихологические гипотезы. У взрослых и детей с ОКР часто имеются указания на неврологические и (или) нейропсихологические расстройства. Прежде всего называются левосторонние неврологические нарушения, задержки моторного развития (в основном у мальчиков), а также нарушения пространственно-зрительного восприятия и зрительной моторики [17,18,33].

Нейрохимические гипотезы. К настоящему времени накоплено большое количество данных, указывающих на нарушения при ОКР в структурах, которые контролируются серотонинергической системой. Эффективность терапии серотонинергическими антидепрессантами может указывать на то, что патогенез навязчивостей играет роль нейротрансмиттерная дисрегуляция серотониновой системы [24,26,29,47, 54, 61].

В последние годы появляются данные о вовлечении в патогенез ОКР дофаминовой системы, а также норадреналиновой и ГАМК-эргической нейротрансмиттерных систем [31,39]. Подтверждением связи ОКР с дофаминовой системой служат как неэффективность у определенной части больных лечения серотонинергическими антидепрессантами, так и высокая частота сочетания проявлений ОКР с синдромом Туретта и тикозными расстройствами, сходство стереотипного поведения с произвольными движениями, а также усиление симптоматики навязчивостей при применении психостимуляторов [34,40,41]. Считается, что взаимодействие двух систем происходит на уровне базальных ганглиев. При снижении модулирующего (угнетающего) действия серотонина между системами развивается дисбаланс и дофаминовая активность в базальных ганглиях становится доминирующей, чем объясняют в частности такие симптомы ОКР как стереотипное поведение и моторные нарушения.

Инфекционная и иммунологические теории. В ряде наблюдений отмечена вероятная связь между ОКР и бета-гемолитической стрептококковой инфекцией. Описан синдром PANDAS как манифестация персистирующей стрептококковой инфекции, которая иммунопатологически связана с мозговыми структурами и вызывает аутоиммунную церебральную васкулопатию с преобладающим поражением корково-подкорковых структур и стриатума, что связано с формированием компульсивного поведения в детском возрасте [56]. По мнению авторов, это может определять аутоиммунный ответ субгруппы ОКР с преобладанием компульсий на иммуномодулирующую терапию.

Психологические модели. В настоящий момент одной из наиболее признанных психологических концепций ОКР является психодинамическая модель обсессивного невроза, согласно которой ОКР являются результатом фиксации на «анальной» стадии развития или регрессии к этой стадии в результате фрустрации на более поздних этапах развития. Анальная стадия гипотетически связана с ригидностью и сверх-контролем, что и характеризует обсессивно-компульсивные симптомы [49]. Существует также когнитивно-бихейвиоральная модель ОКР в рамках «теории негативного научения», согласно которой первично нейтральные мысли становятся тревожными в результате повторного подкрепления негативными стимулами [26]. Описаны системные модели ОКР в рамках «теории семейных систем», которые связывают появление симптомов ОКР с проблемными семейными интеракциями, отводя возникшим симптомам роль защиты от паттернов дисфункциональной семейной организации [14,45].

В целом, как предрасполагающие факторы возникновения ОКР можно рассматривать:

- наследственность, отягощенную психическими заболеваниями (в первую очередь ОКР, невротическими расстройствами и расстройствами аффективного спектра);
- наличие органической предрасположенности в виде перинатальных, интранатальных (асфиксия в родах) и постнатальных (ЧМТ, нейроинфекции, острые и хронические интоксикации) повреждений головного мозга [60];
- личностные особенности: тревожно-мнительные, ананкастные черты [6,8,11];
- наличие массивных социально-психологических и психогенно-ситуационных влияний, психоэмоциональные нагрузки в период, предшествующий заболеванию [6,11,15].

8. КЛАССИФИКАЦИЯ.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра, адаптированной для практики в Российской Федерации (1995, 1999) ОКР выделены в отдельную рубрику F42 [10].

ОКР включены в общий кластер невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F48), который объединяет ряд клинически значимых непсихотических расстройств аффективного спектра, нередко связанных с длительными, тяжело эмоционально переживаемыми психоэмоциональными нагрузками и которые имеют тенденцию к устойчивости.

Невротические расстройства характеризуются наличием комплекса аффективных (включая тревожные, депрессивные и дисфорические), соматоформных (включая вегетативные), поведенческих и навязчивых (обсессивных) нарушений, сохраняющих на всем протяжении болезни умеренную (амбулаторную) выраженность с возможными обострениями состояния.

Для установления диагноза важно наличие в качестве ведущего синдрома на всем протяжении болезни тех или иных психоэмоциональных нарушений, их стойкости и нарушения социальной адаптации. Клинические характеристики различных расстройств, входящих в этот раздел МКБ-10 являются наиболее типичными для них, однако часто в различной степени выраженности могут наблюдаться одновременно (сочетаться) или на разных этапах заболевания, приобретая клинически очерченные или субсиндромальные формы.

ОБЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПО МКБ-10

ОКР – это хроническое тревожное расстройство, характеризующееся наличием obsessions и/или compulsions.

Обсессии представляют собой навязчивые мысли, идеи, представления или побуждения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они почти всегда тягостны (потому что они имеют агрессивное или непристойное содержание или просто потому, что они воспринимаются как бессмысленные или мешающие), и больной часто пытается безуспешно сопротивляться им. Тем не менее, они воспринимаются как собственные мысли, даже если возникают непроизвольно и невыносимы.

Под компульсиями в данном случае понимают навязчивые действия или поведение, имеющие для больного определенную кажущуюся целесообразность, т.е. они являются навязчивыми (критически осознаваемыми) ритуалами. В этом случае не имеются в виду типичные классические компульсии, а именно насильственные действия, недоступные критике и сознательному контролю.

Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки. Они не доставляют внутреннего удовольствия и не приводят к выполнению внутренне полезных задач. Их смысл заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, причиняющих вред больному или со стороны больного. Обычно, хотя необязательно, такое поведение воспринимается больным как бессмысленное или бесплодное, и он повторяет попытки сопротивления ему; при очень длительных состояниях сопротивление может быть минимальным. Часто имеют место вегетативные симптомы тревоги, но также характерны тягостные ощущения внутреннего или психического напряжения без очевидного вегетативного возбуждения.

Обсессии как правило связаны с усилением выраженности тревоги, в то время как компульсии уменьшают ее выраженность. При волевом сдерживании компульсий отмечается нарастание выраженности тревоги. В 75% случаев в структуре расстройства выявляется сочетание обсессий и компульсий. Больные понимают или хотя бы частично осознают иррациональный характер навязчивостей. Чаще всего они говорят о двойственном отношении к навязчивостям, понимая их болезненный характер и констатируя невозможность с ними справиться в связи с выраженностью тревоги. Как правило, на фоне выраженной тревоги и усиления навязчивых переживаний происходит снижение критического к ним отношения.

9. ДИАГНОСТИКА.

Диагностическое обследование и лечение пациентов осуществляется при неуклонном соблюдении их конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, а также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации и действующим законодательством.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение детей в возрасте до 15 лет может быть проведено без их согласия, но при согласии родителей или заменяющих их лиц.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение подростков 15 лет и старше без их согласия и/или согласия его родителей или заменяющих его лиц представителя в случаях, когда пациент совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих,
- его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности.

9.1 ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ, ШКАЛЫ, МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Диагностическое исследование проводится клинико-психопатологическим методом с использованием полуструктурированного клинического интервью, основанного на критериях МКБ-10 (при необходимости – с дополнительным использованием валидизированных опросников для дополнительной количественной оценки симптомов) с целью уточнения характера и структуры клинических нарушений, необходимых для предварительного диагноза ОКР, определения субтипа, типа течения, необходимости стационарного лечения и надзора.

Проводится беседа с пациентом, его родителями или родственниками. Выясняются:

- наследственная отягощенность психическими заболеваниями;
- преморбидные особенности личности, в том числе относящиеся или к акцентуациям, или к особенностям психопатического уровня;
- возраст, в котором возникли первые признаки заболевания, когда заболевание впервые было диагностировано, нарушения социального функционирования, транзиторные субклинические эпизоды;
- сопутствующие и отягощающие неблагоприятные факторы и соматические заболевания в анамнезе
 - психический статус на момент осмотра (поведение больного, ориентировка в месте, времени, собственной личности, доступность в отношении болезненных переживаний, описание выявленных психопатологических расстройств, наличие или отсутствие критики к ним, своему положению и болезни в целом, мотивация к лечению пациента и родителей);
 - соматический и неврологический статус;
 - социальный статус (посещение детских учреждений, учебный статус, особенности социального функционирования);
 - особенности динамики заболевания (характер течения заболевания и особенности смены клинических проявлений и усложнения симптоматики).

Дифференциальный диагноз с другими психическими заболеваниями требует изучения анамнеза, выделения ведущего синдрома и катamnестического наблюдения с целью уточнения особенностей клинических проявлений и характера течения заболевания.

9.1.1. АНАМНЕЗ.

В клинической практике основным методом диагностики ОКР является психиатрическое обследование, состоящее из объективного анамнеза, полученного в результате клинического расспроса родителей, родственников или опекунов (законных представителей), анализа медицинской документации и субъективного анамнеза (если получение сведений представляется возможным в силу возрастных и когнитивных способностей пациента). Объективный анамнез собирается путем изучения медицинской документации, характеристик из дошкольных и школьных учреждений, коррекционных центров, а также из бесед с родственниками пациента и, по возможности, с пациентом.

В анамнезе необходимо выяснить наличие таких преморбидных черт характера как: психастенических, тревожно-мнительных, сенситивно-шизоидных и истероидных; присутствие подобных характерологических акцентуаций у родственников, а также наличие у них тревожных и фобических расстройств. ОКР развивается преимущественно с инициального периода, сопровождающегося тревожными проявлениями (выраженный испуг или длительная психотравмирующая ситуация) и выраженными сомато-вегетативными нарушениями. Аффект тревоги и страха, возникавший вначале в связи с внешней провокацией, по мере развития синдрома становится всё более постоянным, теряется связь с иницирующей психотравмирующей ситуацией, и напряжённость его, как правило, несколько уменьшается.

9.1.2 КЛИНИЧЕСКОЕ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ

Изучение психического статуса пациента происходит в процессе расспроса и сбора анамнеза у родителей, в результате наблюдения и беседы во время пребывания на приеме у врача, при стационарном обследовании и лечении - в отделении.

Расспрос должен проводиться в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключая постороннее вмешательство и любые другие отвлекающие факторы. Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми, однозначными и понятными пациенту. Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему. Иногда порядок расспроса может быть обратным. Схема анамнестического опроса – хронологическая последовательность в выявлении событий жизни, сохранившихся в памяти пациента до момента обследования. В зависимости от возраста пациента и его пожеланий сбор информации производится в присутствии или отсутствии родителей.

Во время беседы проводится сбор анамнестических данных, жалоб, визуальное исследование моторики, мимических реакций и висцеро-вегетативных нарушений.

В ходе визуального наблюдения больного выявляются помимо возможных ритуалов психомоторные проявления в виде неусидчивости, беспокойства, сжимания пальцев рук, компонентов физического напряжения- мышечное напряжение, дрожь, шаткость походки, неспособность расслабиться.

Больные описывают такие симптомы как быстрое наступление усталости, слабость, суетливость, раздражительность, нарушение сна. Отмечаются также такие висцеро-вегетативные нарушения как: тахикардия, тремор, неприятные ощущения в кардиальной области, гипергидроз, проявления дизурии, абдоминальный дискомфорт и тошнота.

Из когнитивных проявлений ОКР как во время интервью, так и на основе жалоб больного определяются: наличие obsessions и навязчивых страхов, трудности концентрации внимания, ипохондрическая рефлексия; повышенная озабоченность и различные опасения, не ограниченные какими-либо конкретными обстоятельствами, отмечается фиксация на избегании социальных контактов, связанная с односторонней интерпретацией отношения окружающих к болезненным проявлениям. В связи с вторично возникающими навязчивыми опасениями формируется избегающее поведение. Больные стремятся уклониться от посещения школы, поездок в транспорте, толпы и в то же время стремятся к уединению.

Состояние пациента с ОКР клинически отличается отчетливым субъективным страданием или нарушением функционирования в социально или жизненно важных сферах и сопровождается чувством неуверенности и понижением самооценки.

9.1.3 КЛИНИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОКР.

Для стандартизированной клинической оценки ОКР в мировой практике разработан и широко используется стандартизованный скрининговый инструментарий. Наиболее используемой является детская версия стандартной клинической шкалы для обсессивно-компульсивных расстройств Йельского и Брауновского университетов (CY-BOCS (детская версия), которая содержит перечень обсессивных и компульсивных симптомов, характерных для детского возраста, объединенных в 16 феноменологических кластеров obsessions (агрессивные, заражение/загрязнение, магические мысли, накопление/хранение, религиозные, соматические и разнородные obsessions) и компульсий (чистки/мытья, повторный контроль, упорядочение, повторение, счет, коллекционирование, ритуалы, включающие других людей, разноплановые компульсии) [32,52]. CY-BOCS содержит также шкалу тяжести (учет времени, занимаемого симптомами и степени нарушения социального функционирования). Состоит

из 10 пунктов, 5 из которых рассматривают степень выраженности обсессивных симптомов, 5 — выраженность компульсий. Измерение степени тяжести ОКР с помощью шкалы Йеля — Брауна позволяет наблюдать клиническую динамику расстройства. Шкала является широко используемым и имеющим высокую валидность клиническим пособием.

На последующем этапе для диагностики ОКР необходимо привлечение физикального, инструментальных и функциональных методов исследования. При наличии показаний -консультации врачей-консультантов других специальностей (невролога, педиатра, окулиста и др.). Следует исключить любое соматическое, неврологическое и органическое психическое расстройство или употребление токсических веществ, которые могут вызвать острое психотическое состояние. С этой целью обязательно используют дополнительные методы обследования.

9.1.4. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.

Физикальное обследование (соматическое и неврологическое) вначале проводится самим психиатром, затем педиатром, невропатологом. Соматическое и неврологическое обследование пациента вначале производится самим психиатром.

Общий осмотр тела включает:

- выявление стигм внутриутробного дисэмбриогенеза (долихоцефалическая, брахиоцефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея, крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение неба и другие

- выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка);

- выявление следов инъекций различной давности, если они имеются;

Исследование соматического состояния по органам и системам и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:

- исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);

- исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);

- исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии).

При неврологическом исследовании определяются:

- расстройства функций черепно-мозговых нервов;

- рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);

- экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, миоклонии);

- мозжечковая патология и расстройства координации движений;

- чувствительность и ее нарушения;

- расстройства функций вегетативной нервной системы;

9.1.5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Дополнительные методы обследования включают проведение:

1. клинического и биохимического анализов крови (в т.ч. показатели глюкозы, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы; тимоловой пробы);

3. реакции Вассермана, исследования крови на ВИЧ;

4. клинического анализа мочи;

5. ЭКГ;

В случае поступления пациента в стационар в дополнение к вышеуказанным обследованиям обязательно проводятся:

7. мазок из зева и носа на дифтерийную палочку;
8. бактериологический анализ.

9.1.6. ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

При необходимости исключения органической патологии ЦНС проводят ЭЭГ, М-ЭХОЭГ, магнито-резонансную томографию (МРТ) и другие лабораторные и инструментальные исследования, токсикологические тесты в крови и моче. Доступный метод ЭЭГ, введенный в стандарты оказания амбулаторной и стационарной помощи, позволяет не только обнаруживать эпилептическую активность, но и оценивать уровень зрелости и функциональной активности мозга.

Методы нейровизуализации (компьютерная томография, магнитно-ядерно-резонансное исследование) - по показаниям.

9.1.7 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ (ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ) И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Экспериментально-психологическое исследование проводится с целью выявления индивидуальных особенностей ребенка, характеристики его коммуникативных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы – «диагностика развития». Исследование состоит из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и вопросов, поставленных перед психологом врачом. Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование дает информацию об индивидуально-психологических свойствах и психическом состоянии больного с ОКР, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики. Используются шкалы измерения интеллекта Векслера (оригинальный вариант WISC-IV, и его отечественные модификации) для детей от 5 лет до 15 лет 11 месяцев и для дошкольников от 4 до 6,5 лет).

Для исследования когнитивных функций используют изучение памяти: 10 слов (или 5, 7 в зависимости от возраста и особенностей ребенка), парные ассоциации, методики на тактильную и стереогностическую память; для исследования внимания применяют шифровку, таблицы Шульце (в соответствующем возрасте); для исследования мышления включают малую предметную классификацию, геометрическую классификацию, пересечение классов, включение подкласса в класс, конструирование объектов, кубики Кооса и др.; для исследования восприятия (зрительного) - фигуры Липера, идентификацию формы, перцептивное моделирование, разрезные предметные картинки. Для исследования эмоций и личности употребляют графические пробы (рисунок себя, семьи, РНЖ и др. варианты), сюжетные картинки, моделирующие житейские ситуации, распознавание мимической экспрессии основных эмоций человека (горе, радость, удовольствие, неудовольствие, испуг, гнев, печаль), распознавание эмоционально выразительных движений, поз и жестов.

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля). Это позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка и разработать индивидуальную программу коррекции.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

10. КЛИНИКА, ТИПОЛОГИЯ и возрастные особенности ОКР в детском и подростковом возрасте.

На основании проведенных исследований, диагностические указания МКБ-10

для ОКР у детей формально соответствуют диагностическим критериям для взрослых больных, в соответствии с которыми обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те, и другие должны иметь следующие характеристики:

- расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной не сопротивляется;
- мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не является в этом смысле приятным);
- мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

Предполагается, что пациент сопротивляется по крайней мере некоторым своим навязчивым импульсам и переживает их как субъективно неприятные (эго-дистонные) [10].

Вместе с тем, дети младшего возраста, особенно с хроническим течением навязчивостей, часто не могут критически воспринимать ОКР как собственную симптоматику, не оказывают сопротивления обсессивным мыслям или ритуалам, и даже интегрируют их в свою повседневную деятельность [3,21,22,28,30]. С психоаналитических позиций формирование в детском и подростковом возрасте эго-дистонного компонента ОКР происходит под влиянием "внешнего супер-эго"- родителей или другого значимого окружения, а также по мере онтогенетического созревания способности к самоконтролю. В то же время, дети с ОКР чаще, чем взрослые больные вовлекают членов семьи в исполнение ритуалов [14].

В детском возрасте ОКР в классическом варианте встречается относительно редко, преобладает компульсивный компонент, а возрастной уровень развития когнитивных функций ребенка затрудняет "идеаторное" оформление симптома, в том числе рефлексию, осознание и описание навязчивых переживаний [3,21,22,28,30,34].

Самые ранние тикоподобные компульсивные нарушения можно диагностировать с возраста 2-3 лет [3,34]. Феноменологически они проявляются в повторении элементарных "привычных движений"- моргания, облизывания губ, "шмыгание" носом, подпрыгивания, дотрагивания до предметов. К 4-7 годам компульсии уже более напоминают «ритуалы» и могут быть представлены более сложными двигательными актами - повтор собственных повседневных действий, поправление одежды, содержание предметов в определенном порядке, или же компульсии внедряются в структуру речи - ребенок повторяет слова, фразы, задает повторяющиеся вопросы, требует от собеседника «ожидаемых» ответов [28,30,31,42,51,58]. Эти симптомы соотносятся с диагностическими критериями для ОКР по признакам:

- клишеподобной повторяемости,
- стремления к завершению,
- избегания провоцирующих симптомы обстоятельств,
- усиления тревоги или чувства дискомфорта при невозможности завершить компульсивное действие,
- возможности на время подавлять симптомы усилием воли.

Окончательно судить о принадлежности повторяющихся движений, действий, ритуалов к ОКР, в большинстве случаев, можно по формированию остальных компонентов ОКР в процессе дальнейшего онтогенеза [30,31,51,58].

К возрасту 10-11 лет клинические проявления ОКР могут достигать зрелости, окончательно формируются обсессивные симптомы [30,31,58].

Дети, как правило, самостоятельно не высказывают жалоб на obsessions и не ищут помощи. К психиатрам дети с ОКР попадают по инициативе родителей. При осознании болезненного характера расстройств, дети склонны выполнять ритуалы в домашней обстановке и в одиночестве. В отличие от взрослых, дети и подростки часто переносят свои obsessions и compulsions на ближайшее окружение [14,30].

При раннем проявлении отдельных симптомов ОКР в возрасте 3-4 лет субъективное чувство неотвязности и тягостности не осознается и заключается в констатации детьми факта совершения движений или в жалобах на неопределенные неприятные ощущения в отдельных частях тела, сопровождающиеся стремлением к реализации compulsions. Компульсивным действиям предшествуют (или сопровождают их) «сенсорные явления»- отдельные «неудобные» внутренние ощущения или целостное восприятие дискомфорта, которое вынуждает повторять действие до наступления освобождения от этих ощущений. Сенсорные явления вызывают даже больший стресс, чем само compulsive поведение [51].

К особенностям возрастной специфики obsessive нарушений у детей 6-11 лет относится появление навязчивых мыслей (obsessions) аффективного уровня, в содержании которых присутствует тема угрозы безопасности (страх потери родителей, загрязнения, заражения, несчастного случая), obsessions сопровождаются выраженным compulsive поведением [12, 22,30,42].

К 7-8 годам, понимая неадекватность obsessions и compulsions, дети часто называют их «привычками». В более старшем возрасте (9-12 лет) появляется частичное критическое отношение к ОКР. Эти проявления остаются феноменологически незавершенными: при сохранении двигательного компонента, субъективное чувство навязанности и чуждости непостоянно и возникает лишь на высоте обострения.

В пубертатном возрасте ОКР в значительной степени соответствуют критериям и приближаются по степени завершенности симптоматики к аналогичным расстройствам у взрослых, сопровождаются чувством неотвязности с сознанием болезни, стремлением избавиться от тягостных переживаний и импульсов [30,51,58]. Подростки чаще осознают, что симптомы являются продуктом деятельности их собственного мозга, угасает инфантильная вера в «магический смысл» compulsive ритуалов, формируется отчетливый эго-дистонный компонент obsessive-compulsive синдрома, «нежелательное» поведение реже проявляется в социально-значимых ситуациях [23]. Наиболее часто у них отмечаются навязчивые идеи заражения, загрязнения, навязчивые сомнения, навязчивое мудрствование, ритуалы контроля [12, 22,30,42, 51,58].

В подростковом возрасте нередко появляются «контрастные» (агрессивные) obsessions, для которых характерен максимальный эго-дистонный компонент и выраженное чувство борьбы. На первый план выходит тема внешности, стигматизации (страх увечья, неизлечимого заболевания- СПИДа и т.п., внешней непривлекательности) [5,22,30,42]. У подростков достаточно часто встречаются арифмомания (навязчивый счет), obsessions «метафизической интоксикации» - навязчивые сомнения, навязчивое мудрствование-«умственная жвачка», obsessions религиозного содержания.

При всем разнообразии симптоматики можно выделить два основных критерия, типичных для большинства форм ОКР:

1. ОКР сохраняются на всем протяжении заболевания.
2. Проявления ОКР являются стержневым синдромом и никогда не выходят за рамки невротических расстройств. При ОКР на первом плане всегда наблюдаются obsessions и/или compulsions, которые могут быть представлены неравномерно в структуре синдрома и сочетаться с дополнительной по отношению к синдрому психопатологической симптоматикой [12].

11. КОМОРБИДНОСТЬ.

ОКР в детском и подростковом возрасте имеют широкий спектр коморбидных психических расстройств, которые рассматриваются в рамках критериев соответствующих заболеваний и синдромов.

Достаточно высокая частота коморбидности ОКР с тикозными расстройствами (до 15%) и синдромом Туретта, в ряде исследований выделяется «like-tic» подтип ОКР [34,38].

В детском и подростковом возрасте ОКР коморбидны с СДВГ и расстройствами поведения, в частности оппозиционно-вызывающим расстройством в 6-18%, что увеличивает риск развития вторичного аддиктивного поведения, злоупотребления психоактивными веществами [22, 31, 58].

Симптомы ОКР также имеют высокую частоту коморбидности с тревожными расстройствами детского возраста 15-75%, аффективными нарушениями 25-38% (как в рамках депрессии, так и биполярного аффективного расстройства) [22, 31].

Значительная коморбидность ОКР отмечена с так называемыми расстройствами обсессивно-компульсивного спектра- нарушениями пищевого поведения, соматоформными расстройствами, коморбидные соотношения которых в структуре единого психопатологического синдрома рассматривается в рамках идео-обсессивных расстройств [5].

В последние годы широкое распространение получили исследования (в том числе на детских когортах) в рамках концепции обсессивно-компульсивного спектра, а также исследования коморбидности ОКР и симптомов шизофрении [31, 35].

Вопросы коморбидности симптомов ОКР с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в детском возрасте исследовались в рамках неврозоподобной шизофрении, а в последние годы- в концепции шизо-обсессивных расстройств [1,2,4,9,12,50,53]. Шизо-обсессивные расстройства характеризуются снижением эго-дистонного компонента за счет появления амбивалентности, ритуальное поведение приобретает генерализованный характер, расширяется число провоцирующих обсессивные мысли и компульсивное поведение факторов, содержание обсессий отражает когнитивные нарушения по шизофреническому типу. Для детского возраста имеет значение признак опережающего в возникновении обсессий, что отражает характерный предшествующий шизофренический дизонтогенез с асинхронией развития [1,4,9,12]. Течение ОКР, коморбидных с шизофренией часто принимает рефрактерный характер [4,9,50].

Коморбидные обсессивные и компульсивные симптомы, развивающиеся при аффективных нарушениях, шизофрении, шизотипических расстройствах, синдроме Жюль де ля Туретта или органического психического расстройства по МКБ-10 должны расцениваться как часть этих состояний.

12. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Дифференциальный диагноз ОКР необходимо проводить с дизонтогенетически обусловленным ритуальным поведением в детском возрасте и другими нозологическими и синдромологическими группами психических заболеваний (тревожно-фобические и постстрессовые расстройства, шизотипическое расстройство, стереотипное поведение при умственной отсталости и т.д.), используя как клиническо-психопатологический анализ симптомов сходного клинического профиля, так и возможности современных параклинических, лабораторных и прочих дополнительных исследований. Дифференциальный диагноз требует изучения анамнеза, выделения ведущего синдрома и катamnестического наблюдения с целью уточнения особенностей клинических проявлений и характера течения заболевания.

Наличие в детском и подростковом возрасте повторяющихся мыслей и ритуального поведения требует, прежде всего, отграничения от относительно нормального поведения, обусловленного возрастными особенностями развития [37]. Процессы «нормальной» ритуализации в онтогенезе способствуют позитивной эмоциональной интеграции детей в обществе и закреплению социальных навыков. Так, в некоторых случаях, с возраста 1,5 - 2,5 лет у детей отмечается некоторая ритуализация процесса приема пищи, гигиенических процедур, отхода ко сну. В 3-6 лет наблюдается «ритуализация» в игровой деятельности - повторяющиеся темы игр, коллекционирование. В 6-11 лет дети в основной массе склонны к магическим суевериям (например, суеверие «скрещивать пальцы», если ругают), могут быть охвачены масс-медиа (компьютерные игры, телешоу, «звезды»), отличаются соревновательностью и ритуализируют свою результативность в играх и увлечениях. Эти проявления не могут рассматриваться как обсессивно-компульсивные симптомы на основании критерия повторяемости, если они не вызывают дистресса и не мешают повседневной деятельности.

Дифференциальный диагноз ОКР следует проводить:

- с **тикозными расстройствами** и генерализованным тиком (синдромом Туретта) основан на установлении и наблюдении клинической структуры повторяющегося поведения, а также закономерностей клинической динамики психического состояния. В отличие от произвольно выполняемых, поддающихся некоторой эмоциональной и волевой регуляции компульсивных движений, тики проявляются как произвольные движения, которые возникают внезапно и не поддаются контролю [38]. Для синдрома Туретта характерно близкое к непрерывному течение заболевания, прогрессия повторяющихся движений в цефало-каудальном направлении, присоединение вокализмов, а также нарастающая психопатизация личности по истеро-возбудимому типу, задержка психического развития, рефрактерное течение, а также преимущественный ответ на допаминэргическую терапию [38,40,41];
- со **стереотипным поведением при синдроме Аспергера или иными первазивными расстройствами развития** (прежде всего со «Стереотипным двигательным расстройством» F 84.4). Стереотипное поведение в рамках первазивных расстройств не носит символического защитного характера и связано не с ситуативной, а с диффузной тревогой. В отличие от ОКР аутистические стереотипные движения являются эго-синтонными [53]. В отличие от ОКР, первазивные расстройства сопровождаются специфическим дизонтогенезом [1,53].
- с расстройствами обсессивно-компульсивного спектра: **дисморфофобией, соматоформными расстройствами, нарушениями пищевого поведения** (анорексией и булимией). Симптомы ОКР имеют сходный клинический профиль с вышеперечисленными расстройствами по наличию особых поведенческих актов, повторяющегося «нежелательного» поведения (смотреть в зеркало, взвешиваться и т.д.), в то же время беспокойство и связанное с этим повторяющееся поведение как правило не осознается как чрезмерное, иррациональное, эго-дистонное [5,22, 31, 35];
- с расстройствами импульсивного контроля (**трихотилломанией, онихофагией, клептоманией, патологическим геймблингом**). Повторяющееся нежелательное поведение при расстройствах импульсивного контроля в отличие от ОКР возникает в ответ на влечение, а не тревогу и дискомфорт [31];
- в пубертатном возрасте - с **ананкастным (обсессивно-компульсивным) личностным расстройством**, для которого в отличие от очерченных симптомов ОКР характерны общие диффузные паттерны контролирующего поведения [8].
- с **неврологическими нарушениями** при дисфункции в области базальных ганглиев, фронтальной части коры головного мозга (энцефалиты, дискинезии, нарушения при черепно-мозговых травмах) [18]. В анамнезе должен быть установлен эпизод,

связанный с предшествующим повреждением головного мозга, подтвержденный данными инструментальных исследований;

- с **хореей Сиденхама**, для которой характерна дистальная локализация повторяющихся эго-дистонных движений, наличие типичных стереотипных «схватываний», а также общее своеобразие моторики и неуклюжая походка [31].

- с детскими аутоиммунными нейропсихиатрическими расстройствами, связанными со стрептококковой инфекцией **PANDAS** (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal infection [56]). В анамнезе должен быть установлен эпизод предшествующей стрептококковой инфекции, подкрепленный лабораторными тестами на наличие бета-гемолитического стрептококка, а также выявлено наличие другой симптоматики, подтверждающей диагноз (страх сепарации, изменение почерка, вкусовые обманы восприятия и т.д.).

13. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОКР В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Следует придерживаться единого профилактически-терапевтического подхода в терапии больных с ОКР. основополагающие принципы лечения ОКР основаны на биопсихосоциальном подходе- комплексном использовании медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (психосоциальная и психотерапевтическая работа с пациентом и его семьей, социальная и педагогическая работа), что настоящее время признано наиболее эффективной и научно-обоснованной моделью лечения ОКР. Реабилитационные усилия направлены на купирование декомпенсирующих за счет клинической выраженности обсессивных и компульсивных симптомов, выработку коупинг-стратегий поведения, создание условий для позитивной интеграции в обществе и сохранении возможности обучения. В зависимости от ведущей причины усиления симптоматики навязчивостей структура терапевтических мероприятий смещается в сторону коррекции преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической и психосоциальной составляющей комплексного лечения, включая дополнительные психообразовательные и психореабилитационные мероприятия.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных (психосоциальная терапия и социальная педагогика,) методов лечения в сочетании с первичной и вторичной профилактикой ОКР, трудотерапией, продолжением обучения, социальной работой с семьей и пациентом является одним из основополагающих принципов терапии детей и подростков с ОКР.

Основные направления лечения:

- воздействие на патогенетические механизмы развития заболевания;
- активация биологических и психологических возможностей больного;
- воздействие на коморбидные психические и соматоневрологические расстройства.

Принципы терапии:

- персонифицированный подход с учетом установленной или предполагаемой этиологии, всех звеньев патогенеза, клинических составляющих заболевания, наличия дополнительных по отношению к ОКР коморбидных расстройств;
- комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения;
- «мультиmodalность» с участием в команде специалистов: врачей-психиатров, педиатров, неврологов, психологов, педагогов, социальных работников.

13.1 Алгоритм выбора режима лечения (стационарный, амбулаторный)

В зависимости от выраженности нарушений ОКР помощь может оказываться во внебольничных условиях:

-при сохранении относительно упорядоченного поведения,

- при наличии семейной поддержки
- отсутствии опасных для самого больного и окружающих тенденций

В режиме частичной госпитализации или дневного стационара:

- при выраженной школьной дезадаптации
- недостаточности семейной поддержки и контроля
- наличии коморбидной симптоматики без суицидальных тенденций

или стационарных условиях

- при выраженности и остроте психопатологических расстройств,
- грубом нарушении поведения,
- выраженных явлений депрессии с суицидальными тенденциями
- опасности для себя или окружающих,
- стойкой неэффективности терапии.

Обострения заболевания могут характеризоваться различной выраженностью симптоматики и не всегда требуют госпитализации больных. Клинические проявления обострения: манифестация или усиление интенсивности и выраженности симптоматики в виде погруженности в навязчивости, учащение и усложнение ритуалов, часто сопровождающихся страхом, тревогой, значительными изменениями поведения, агрессией к близким, присоединением депрессивной симптоматики, суицидальных тенденций, значительным снижением уровня социального функционирования с невозможностью продолжения школьного обучения, выхода из дома и т.д.

Переход в фазу обострения может быть обусловлен рядом причин:

- Дополнительным воздействием психогенно-стрессовых факторов, включающих попадание пациента в ситуации, соответствующие содержанию навязчивостей;
- возникновением аномальных психосоциальных ситуаций в семье и в школе,
- неадекватным взаимодействием с врачом и нарушенных контактах с медицинскими учреждениями
- особыми жизненными обстоятельствами (переезд, финансовые затруднения и т.д.);
- воздействием дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- сомато-эндокринной перестройкой организма (возрастные кризы, половой метаморфоз);
- аутохтонными колебаниями состояния;
- сочетанием нескольких факторов.

13.2 Первичный осмотр врача-психиатра

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования в амбулаторных или стационарных условиях для решения терапевтических, организационных и социальных вопросов (годности к службе в армии, медико-социальной экспертизы для установления инвалидности и др.) с уточнением готовности к лечению пациента (после 15 лет) и родителей с подписанием после получения от врача необходимой информации информированного согласия.

Профильность подразделения: учреждения психиатрического профиля.

Специалист по социальной работе (социальный работник) с момента первичного обращения (поступления) пациента в учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его семейного, школьного и социального функционирования. Следует отмечать не только проблемы и трудности, но и благоприятные и положительные особенности. Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента.

Данные группируются по следующим категориям: жилищные условия, материальное положение, состав семьи и особенности семейных взаимоотношений, тип воспитания, ближайшее (лично-значимое) окружение; характеристика периода обучения (в прошлом или в настоящем) и уровень социализации, досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными органами и учреждениями; другие психосоциальные проблемы.

Указанные сведения являются социальными составляющими **функционального диагноза** и учитываются в работе **полипрофессиональной бригады**, на основе которого назначается фармакотерапия, психотерапия и психосоциальное лечение, проводятся психообразовательные мероприятия для пациента и родителей.

На основании полученных данных составляется **индивидуальный терапевтический план**, включающий разрабатывается план психосоциальных мероприятий и поэтапного ведения случая с выделением целей и форм вмешательства.

Дневниковые записи по мере заполнения прилагаются к истории болезни пациента.

13.3 Повторный прием врача-психиатра проводится для окончательной диагностики ОКР и определения динамики психического состояния, контроля эффективности лечебных мероприятий, включая психотерапевтические. Обращается внимание на наличие и характер сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменение психического состояния больного после проведенной терапии, отношение пациента к ней, соблюдение предписанного режима лечения, наличие побочных эффектов.

Оценивается выраженность ОКР и степень их редукции. Обращается внимание на темп редукции симптоматики, равномерность уменьшения выраженности отдельных компонентов синдрома, появление или исчезновение расстройств, определяющих опасность для больного, упорядоченность поведения, контакт с врачом, появление критики к болезненным переживаниям, приверженность терапии, реакция пациента и родителей на психообразовательные мероприятия, готовность к сотрудничеству, отношение родителей к пациенту и имеющейся симптоматике.

В стационаре (дневном стационаре) осмотр проводится ежедневно в течение первых трех дней после госпитализации, далее 1 раз в 3 дня; в амбулаторных условиях – 1 раз в 3-10 дней.

После достижения ремиссии повторные осмотры проводятся для определения ее стойкости, упорядоченности поведения, готовности к контакту с врачом, констатации изменения в критике к болезненным расстройствам и своему положению, проведения этапных психообразовательных мероприятий. Назначаются поддерживающая фармакотерапия и психотерапия, поддерживающее психосоциальное лечение, проводятся реабилитационные мероприятия, групповые и/или индивидуальные психосоциальные интервенции, мероприятия по психосоциальной и учебной реабилитации, активизации больного в социальной среде, осуществляется контроль эффективности проводимых мероприятий.

При этом обращается внимание на наличие и характер сохраняющихся или впервые появившихся жалоб и на изменения психического состояния больного, на соблюдение предписанного режима лечения, появление побочных эффектов и выраженность их.

Повторные осмотры проводятся в зависимости от стойкости ремиссии: обычно 1 раз в 1-3 месяца. При длительных стабильных ремиссиях – не реже 1 раза в год.

При затяжном, хроническом или с частыми обострениями течения определяется наблюдение не реже 1 раза в месяц.

13.4 ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ОКР в детском возрасте.

В отличие от ряда эмоциональных расстройств в детском и подростковом возрасте, ОКР имеет характер устойчивых психических нарушений, которые без специфической

терапии обходятся в незначительном меньшинстве случаев. Даже при оптимальном лечении, отдельные симптомы ОКР могут сохраняться в некотором объеме пожизненно или переходят на субклинический уровень, существует риск развития тревожных расстройств, хронических расстройств настроения, избегающего личностного расстройства во взрослом возрасте [43,55,63].

Основной целью лечения является устранение или значительное уменьшение выраженности навязчивостей и компульсий, а также повышение уровня социальной адаптации и качества жизни больных.

Как указано выше, наиболее эффективной стратегией в настоящее время является сочетание современных психофармакологических методов лечения с психотерапией (наиболее эффективной в лечении ОКР признана когнитивно-бихевиоральная (поведенческая) терапия [26]. В тоже время, исследования показывают в целом низкий эффект при изолированном применении как плацебо (5%), так и психотерапии при ОКР[47].

Патогенетическим подходом к терапии ОКР, является воздействие на нейротрансмиттерные системы. В терапии ОКР наибольшее распространение получил подход, основанный на современных представлениях о природе этого расстройства – теории дезрегуляции метаболизма серотонина. Исходя из этого, приоритетно использование лекарственных средств, обладающих серотонинергическим действием, в частности ингибиторов обратного захвата серотонина [29,47].

В каждом случае перед назначением медикаментозной терапии требуется проведение детальной диагностики и тщательного выбора между желательным эффектом и нежелательными побочными действиями. Выбор препарата проводится с учетом психопатологической структуры расстройства, наличия или отсутствия коморбидных психических, неврологических и соматических нарушений.

При длительном применении необходимо определение минимальной дозы препаратов, которая будет достаточна для контроля за обсессивной симптоматикой, но без дезадаптирующих побочных эффектов.

При тяжелых, некупирующихся фармакотерапией навязчивостях прибегают к биологическим методам: электросудорожной терапии и психохирургическому лечению (лейкотомия, наружная капсулотомия, сингулотомия). В детском возрасте подобная практика ограничена во всем мире, тем не менее эти методы используются как «последний ресурс» в лечении ОКР, назначаются по «витальным» показаниям, в случаях эскалации аутоагрессивного поведения и существенного риска суицида, связанного с симптомами ОКР [30].

13.5 Этапы психофармакотерапии

В проведении медикаментозной терапии ОКР выделяют 3 этапа.

Первый этап - купирующая терапия начинается сразу же после постановки предварительного диагноза и заканчивается установлением клинической ремиссии, т.е. продолжается до существенной или полной редукции симптоматики. Этот этап обычно продолжается от 4 до 8 недель и включает в себя купирование ведущей симптоматики и нормализацию поведения больного.

Второй этап – долечивание или стабилизация заключается в продолжении эффективной терапии вплоть до достижения ремиссии с полной или значительной редукцией продуктивной симптоматики, восстановление, по возможности, прежнего уровня социальной адаптации больного. Этап может продолжаться до 6 месяцев от начала или обострения заболевания.

С учетом того, что ОКР у детей обычно характеризуется хроническим и рецидивирующим течением, требуется переход к следующему **третьему этапу** – длительной амбулаторной или поддерживающей терапии, первичной и вторичной профилактике.

Этот этап включает в себя сохранение достигнутой редукции симптоматики, влияние на вторичные невротические и коморбидные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, т.е. поддержание устойчивой ремиссии, а также сохранение или восстановление возможно более высокого уровня социального функционирования больного.

Поддерживающая терапия может длиться неопределенно долго, но не менее 1 года, чтобы можно было оценить ее эффективность, и определяется характером течения ОКР.

Лечение проводится с учетом психопатологической структуры обострения, которая определяет выбор психотропных средств, а также особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдрома в процессе лечения, с чем может быть связана замена препарата или присоединение других методов лечения.

Таблица 1. ХАРАКТЕРИСТИКА психофармакологических средств, используемых для лечения ОКР у детей и подростков

	возраст (лет)				
	4-5	6-7	8-10	11-14	15-18
Антидепрессанты					
Кломипрамин	C	A	A	A	A
Амитриптилин	C	C	C	C	C
Мапротилин	D	D	D	D	C
Сертралин	D	A	A	A	A
Флуоксетин	D	B	B	B	B
Азафен	D	D	D	C	C
Флувоксамин	D	B	A	A	A
Пиразидол	D	D	D	C	C
ноотропы					
Фенибут	C	C	C	C	C
Кортексин	C	C	C	C	C
Пантогам	C	C	C	C	C
Анксиолитики					
Алпразолам	D	D	D	D	D
Клоназепам	C	C	C	C	C
Диазепам	C	C	C	C	C
Атаракс	C	C	C	C	C
Феназепам	C	C	C	C	C
Нейролептики					
Сульпирид	C	C	C	C	C
Арипипразол	D	D	C	C	C
Этаперазин	C	C	C	C	C
Кветиапин	D	D	D	C	C
Рисполепт	D	B	B	B	A
Галоперидол	C	C	C	C	C
Тиапридал	D	C	C	C	C
Нормотимики					
Карбамазепины	C	C	C	C	C

(финлепсин, трилептал)					
Вальпроевая кислота	C	C	C	C	C
Ламотриджин	D	D	C	C	C

A - доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению которые получены на основании одного, хорошо спланированного, или нескольких рандомизированных клинических исследований (РКИ) или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ.

B – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств к тому, чтобы рекомендовать данное положение

C – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом других обстоятельств

D – достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства.

13.5.1 Терапия антидепрессантами.

Среди всех классов психотропных средств, использовавшихся для лечения ОКР у детей, антидепрессанты считаются наиболее эффективными с позиций доказательного подхода. Начало применения у детей связано с эффективностью лечения ОКР у взрослых больных. Доказано, что антиобсессивный эффект является самостоятельным и не зависит от антидепрессивного эффекта антидепрессантов [29].

Таблица 2. Терапевтические дозы официально разрешенных Минздравом психофармакологических препаратов из группы антидепрессантов для лечения ОКР у детей и подростков.

Препарат	Начальная доза	Максимальная доза	Длительность	Возраст

Кломипрамин	12,5-50 мг/сут.	до 250 мг/сут.	> 10 недель	с 5 лет
Флуоксетин	5-10 мг/сут.	до 80 мг/сут.	> 10 недель	с 8 лет
Флувоксамин	12,5-50 мг/сут.	до 300 мг/сут.	> 10 недель	с 8 лет
Сертралин	12,5-50 мг/сут.	до 200 мг/сут.	> 10 недель	с 6 лет

Чаще используются более высокие дозы, чем при лечении депрессий и тревожных расстройств. Эффект оценивается через 4 недели. Не менее, чем у 10% детей лечение антидепрессантами оказывается неэффективным.

В отсутствие эффекта или недостаточной эффективности лечения в течение 2-3 месяцев следует оценить правильность диагностики и соблюдение больным режима терапии.

Разрешенные к применению у детей и подростков в России антидепрессанты относятся к следующим группам:

- ТЦА(Кломипрамин)
- СИОЗС (Флувоксамин, Сертралин, Флуоксетин)

Дифференцированный подход к назначению антидепрессантов осуществляется с учетом разрешения Минздрава в отношении возраста применения, клинической картины, индивидуальной переносимости и в соответствии с особенностями психофармакологического действия и профиля побочных эффектов препарата.

Дозы подбираются индивидуально, обычно титруют и повышают постепенно до достижения терапевтического результата. В начале вводят небольшую тестовую дозу, при отсутствии в течение 2 часов аллергических или других реакций (повышение температуры тела, идиосинкразия, острые дискинезии) дозу постепенно увеличивают.

При замене одного антидепрессанта другим, следует руководствоваться алгоритмом оценки эффекта терапии (длительность приема, переносимость и адекватность назначенных доз), возможностью развития серотонинового синдрома) с учетом возрастных дозировок.

В случае парентерального введения дозу следует уменьшить в среднем в 2 раза. Подбор более высоких доз должен проводиться в специализированных учреждениях.

Отмена антидепрессантов должна проводиться постепенно под тщательным контролем врача во избежание риска развития синдрома отмены или обострения симптоматики.

Препараты первого выбора: Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Наиболее эффективными в лечении ОКР признаны препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые повышают уровень свободного серотонина в синапсе, что влечет за собой усиление серотонинергической передачи. По сравнению с кломипрамином, который в больших дозах вызывает антихолинергические эффекты, повышает риск развития судорог, обладает потенциально опасной кардиотоксичностью и приводит к увеличению массы тела, СИОЗС переносятся гораздо лучше [29].

Результаты проведенных РКИ подтверждают несомненную эффективность СИОЗС (флувоксамина, сертралина, пароксетина, циталопрама) при лечении ОКР [29,47,54,61]. Из препаратов СИОЗС официальное одобрение FDA (Администрация по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов) для использования в детском возрасте получили сертралин и флувоксамин. Для лечения ОКР у детей и подростков на территории РФ официально одобрены к применению феварин (флувоксамин) с 8 лет, сертралин (золофт) с 6 лет.

Терапевтические дозы в среднем выше, чем при депрессии и приближаются к максимально допустимым в детском возрасте. Для сертралина они составляют 50-200 мг/сут, для флувоксамина – 50- 200 мг/сут. Эффект развивается со 2-4 недели терапии и постепенно усиливается к 8-12 неделе.

При терапии СИОЗС, в ряде случаев, может отмечаться быстрое усиление беспокойства с взбудораженностью в вечерние часы, что, может быть связано с триггерным, в результате действия СИОЗС, развитию аффективно-смешанных и маниакальных симптомов. Выделяют группу «пребиполярных» ОКР у взрослых, которые являются поп-респондерами СИОЗС и нуждаются в назначении нормотимиков и/или атипичных антипсихотиков. Сходные данные были получены по исследованиям в группе детей [41,57].

Для СИОЗС – общие для этой группы нежелательные явления. Наиболее часто отмечаются желудочно-кишечные расстройства (тошнота, рвота, жидкий стул, усиление

перистальтики, боли в животе и т.д.). Реже развиваются тремор, повышенное потоотделение, дневная сонливость, бессонница или временное усиление тревоги, гипонатриемия, синдром отмены. Крайне редко возможно развитие серотонинового синдрома.

После установления диагноза ОКР, определения его тяжести, типологии, симптомов-мишеней, а также оценки эффективности и переносимости предшествующей терапии необходимо сделать выбор между двумя наиболее эффективными методами серотонинергической терапии: кломипрамин (уровень доказательств В) и разрешенными к применению в России СИОЗС (уровень доказательств В).

Согласно имеющимся доказательным исследованиям в детской практике СИОЗС безопаснее и лучше переносятся больными при доказанной эффективности лечения, что определяет назначение серотонинергического антидепрессанта в качестве лекарственного препарата **первого выбора**.

Если в состоянии больного имеется определенная положительная динамика, целесообразно продолжить терапию в тех же или несколько больших дозах в течение 2-3 месяцев.

В случае достижения положительного эффекта после 8-10 недельного курса монотерапии (1 этап), лечение следует продолжить в тех же, или чуть меньших дозах, в течение не менее одного года с этапной оценкой клинического состояния и с тщательным мониторингом и коррекцией побочных эффектов.

При недостаточной эффективности лечения в течение 2-3 месяцев следует оценить правильность диагностики и соблюдение больным режима терапии и исключить ятрогенные причины неэффективности, среди которых основными являются недостаточная доза препарата и/или неадекватная длительность терапевтического курса.

В отсутствие эффекта в ряде случаев можно рассчитывать на эффект другого серотонинергического антидепрессанта. Несмотря на общий механизм действия, эти соединения различаются между собой в структурном отношении и могут действовать на серотониновые рецепторы разных типов.

В случае истинной неэффективности первого курса СИОЗС, либо при развитии побочных эффектов может быть рекомендован курс другим СИОЗС или кломипрамин (2 этап). При этом эффект наступает у 30-40% больных.

При переходе от СИОЗС к кломипрамину следует соблюдать осторожность, поскольку большинство СИОЗС являются ингибиторами P450. Особенно это касается флуоксетина с длительным периодом полувыведения и ингибирует изофермент 2C19, который является основным в печеночном метаболизме кломипрамина [24].

Препараты второго выбора. Трициклические антидепрессанты

Кломипрамин был одним из первых препаратов с установленным антиобсессивным эффектом. Сравнительные исследования кломипрамина с другими ТЦА убедительно показали существенное преимущество кломипрамина в отношении купирования obsessions, ритуалов и фобической симптоматики. Особое место кломипрамина среди других ТЦА предопределило развитие серотонинергической гипотезы патогенеза ОКР, поскольку кломипрамин в 5 раз сильнее блокирует захват серотонина, чем дезипрамин. В России Анафранил (Кломипрамин) официально одобрен к применению в детском и подростковом возрасте [24].

Применение кломипрамина противопоказано больным детского возраста с риском развития судорог (наличие эпи-очагов, судорожный синдром в анамнезе), отягощенным соматическим анамнезом, исключаящим риск развития возможных холинолитических (парез кишечника, задержка мочеиспускания и др.) и кардиотоксических побочных эффектов (аритмия сердца и колебаниями сосудистого тонуса).

При применяемых дозах 75-150 мг/сутки у детей отмечается уменьшение тяжести обсессивно-компульсивной симптоматики, постепенная дезактуализация obsessions и ритуалов. Антиобсессивный эффект может опережать антидепрессивный за счет более быстрого купирования идеаторной составляющей аффективной триады (к концу 2, началу 3-й недели терапии), далее следует снижение моторного и тимического компонентов обсессивных и депрессивных проявлений, значительно повышается чувствительность к поведенческой терапии.

Начало действия развивается через 2-4 недели, максимальный эффект отмечается через 8-10 недель. Кломипрамин назначают в дозе до 200 мг/сут для старших подростков или из расчета 3 мг/кг для детей и подростков.

Способ применения кломипрамина у детей при ОКР отличается от взрослых (более медленное наращивание доз, реже используется внутривенное введение) с указанием на необходимость более тщательного мониторинга соматического состояния в связи с усилением выраженности побочных эффектов кломипрамина. Кломипрамин является мощным и хорошо испытанным средством лечения ОКР у детей и подростков. Однако, частота побочных действий, опасения в отношении потенциальных аритмогенных эффектов, не позволяют рекомендовать его как средства для инициальной терапии при ОКР у детей и подростков.

13.5.2 Атипичные антипсихотики.

При хронических формах ОКР, рефрактерном течении ОКР с преобладанием компульсивного поведения, как и в случае отсутствия эффекта антидепрессивной терапии, к терапии присоединяют **атипичные нейролептики** (рисперидон) в индивидуально подобранных дозах с учетом переносимости [7,16, 19, 39,41,57].

В детском и подростковом возрасте предпочтение отдается рисперидону в дозе 2-4 мг/сут. Действие Рисперидона связано с блокадой D₂- подтипов (допаминэргических) рецепторов и 5-HT₂ подтипов (серотонинэргических) рецепторов. Антипсихотическое действие нейролептиков связывают преимущественно с блокадой D₂-дофаминовых рецепторов и изменением дофаминергической нейротрансмиссии, что в свою очередь может вызвать экстрапирамидные расстройства и гиперпролактинемию. Развитие тех или иных клинических эффектов блокады D₂ рецепторов зависит от воздействия на различные дофаминергические пути в ЦНС. Угнетение нейротрансмиссии в мезолимбической системе ответственно за развитие собственно антипсихотического эффекта, в нигростриальной области – за экстрапирамидные побочные эффекты (нейролептический псевдопаркинсонизм), а в тубероинфундибулярной зоне – за нейроэндокринные нарушения, в том числе гиперпролактинемию. В мезокортикальных структурах у больных с ОКР часто выявляется снижение дофаминергической активности. Антипсихотические препараты не одинаково связываются с D₂ рецепторами в разных структурах мозга. Одни вещества обладают сильным сродством и блокируют рецепторы на длительное время, другие, напротив, быстро высвобождаются из мест связывания. Если это происходит на уровне нигростриальной области и блокада D₂ рецепторов не превышает 70%, то экстрапирамидные побочные эффекты (паркинсонизм, дистония, акатизия) либо не развиваются, либо выражены незначительно. Антипсихотики, обладающие антихолинергической активностью, реже вызывают экстрапирамидную симптоматику, поскольку холинергическая и дофаминергическая системы находятся в реципрокных отношениях, и блокада мускариновых рецепторов I типа приводит к активизации дофаминергической передачи. На том же механизме действия основана способность центральных антихолинергических препаратов (тригексифенидил, бипериден) корректировать нейролептические экстрапирамидные нарушения. Некоторые препараты в зависимости от применяемой дозы способны блокировать пресинаптические D_{2/3} рецепторы и парадоксально облегчать дофаминергическую нейротрансмиссию, в том числе на корковом уровне (сульпирид). В клинике это может проявляться в виде дезингибирующего или

активирующего эффекта. Атипичные антипсихотики могут также блокировать 5-НТ₂ серотониновые рецепторы, с чем связывают их способность уменьшать выраженность симптоматики у больных с ОКР, поскольку серотониновые рецепторы 2 типа расположены преимущественно в коре головного мозга (особенно во фронтальных областях) и их блокада приводит к опосредованной стимуляции дофаминергической передачи. Частичные агонисты дофаминовых рецепторов (арипипразол) нормализуют дофаминовую нейротрансмиссию, уменьшая ее при гиперфункции D₂ рецепторов и увеличивая – при гипофункции.

В настоящее время имеется ряд возрастных ограничений при назначении нейролептиков в детском возрасте. При выборе препарата следует руководствоваться официальными инструкциями к препарату и современным состоянием клинической практики в детской психиатрии.

Клиническое применение сочетания атипичных антипсихотиков с СИОЗС оказывается эффективным при лечении ОКР, возможно за счет расширения рецепторного профиля воздействия и учета реципрокных взаимодействий. Результаты многочисленных исследований у взрослых показали, что применение нейролептиков оказывает в основном глобальный антипсихотический (седативный) эффект, но не влияет на ядерную симптоматику. Наибольшее число рандомизированных контролируемых исследований касалось применения небольших доз традиционных нейролептиков галоперидола и нового поколения атипичных антипсихотиков, которые характеризуются значительно лучшей переносимостью [61]. Профиль побочных действий атипичных нейролептиков более мягкий, чем у типичных, тем не менее следует учитывать кардиотоксичность, связанную с влиянием на альфа₁-адренорецепторы- удлинение интервала QT, дозозависимая гипотензия и рефлекторная тахикардия, а также гиперпролактинемию, увеличение массы тела, гиперсекрецию АДГ.

13.5.3 Типичные нейролептики.

Присоединение типичных нейролептиков галоперидол, этаперазин (перфеназин), наряду с атипичными антипсихотиками, оказываются эффективными при рефрактерном течении ОКР, коморбидности ОКР с шизофренией и шизотипическим расстройством, генерализованным тиком. При этом необходимо учитывать, что галоперидол и другие нейролептики, особенно в высоких дозах, могут способствовать усилению симптоматики ОКР и усложнению клинической картины. Депрессогенный эффект традиционных нейролептиков может приводить к появлению или усилению депрессивных проявлений и вторичной тревоги. Также считается, что побочная экстрапирамидная симптоматика может усиливать проявления навязчивостей.

13.5.4 Анксиолитики и транквилизаторы.

Несмотря на то, что собственно антиобсессивный эффект в спектре действия анксиолитиков (транквилизаторов) отсутствует, комплексное применение с антидепрессантами смягчает тревожный компонент obsessions. Как и у взрослых, особенно эффективны транквилизаторы при сочетании симптоматики ОКР с другими тревожными расстройствами.

В качестве симптоматического средства с ограниченными показаниями допускается применение транквилизаторов и анксиолитиков:

- в качестве корректора побочных явлений на начальных этапах терапии СИОЗС (инсомния, усиление тревоги и агитация);
- при наличии выраженных проявлений тревоги в структуре ОКР.

Для этих целей у детей применяют феназепам, а также буспирон (агонист серотониновых рецепторов 5НТ_{1А}) - по предварительным данным способен усиливать

эффект антидепрессантов. Также, имеются данные по применению ново-пассита, гелариума, триптофана.

13.5.5 Нормотимики.

В случаях коморбидности ОКР с фазными аффективными расстройствами (БАР) и/или при наличии признаков органической недостаточности целесообразно добавление к терапии нормотимиков (карбамазепинов, вальпроатов), а также церебропротекторных препаратов (воздействие на ГАВА-рецепторы).

Таблица 3.

Международное непатентованное название	Возраст разрешенного применения
Вальпроевая кислота	с 6 месяцев жизни
Карбамазепин	с 1 года
Ламотриджин	старше 2 лет

13.6 Характеристика алгоритмов и особенности применения медикаментов у детей с ОКР

После установления диагноза ОКР, определения его тяжести, типологии, симптомов-мишеней, а также оценки эффективности и переносимости предшествующей терапии необходимо сделать выбор между двумя наиболее эффективными методами серотонинергической терапии: кломипрамин (уровень доказательств А) и разрешенными к применению в России СИОЗС (уровень доказательств А).

Кломипрамин является мощным и хорошо испытанным средством лечения ОКР у детей и подростков. Однако, частота побочных действий, опасения в отношении потенциальных аритмогенных эффектов, не позволяют рекомендовать его как средства для инициальной терапии при ОКР у детей и подростков.

Согласно имеющимся доказательным исследованиям в детской практике СИОЗС безопаснее и лучше переносятся больными при доказанной эффективности лечения, что определяет назначение серотонинергического антидепрессанта в качестве лекарственного препарата **первого выбора**.

Если в состоянии больного имеется определенная положительная динамика, целесообразно продолжить терапию в тех же или несколько больших дозах в течение 2-3 месяцев.

В случае достижения положительного эффекта после 8-10 недельного курса монотерапии (**1 этап**), лечение следует продолжить в тех же, или чуть меньших дозах, в течение не менее одного года с этапной оценкой клинического состояния и с тщательным мониторингом и коррекцией побочных эффектов.

При недостаточной эффективности лечения в течение 2-3 месяцев следует оценить правильность диагностики и соблюдение больным режима терапии и исключить ятрогенные причины неэффективности, среди которых основными являются недостаточная доза препарата и/или неадекватная длительность терапевтического курса.

В отсутствие эффекта в ряде случаев можно рассчитывать на эффект другого серотонинергического антидепрессанта. Несмотря на общий механизм действия, эти соединения различаются между собой в структурном отношении и могут действовать на серотониновые рецепторы разных типов.

В случае истинной неэффективности первого курса СИОЗС, либо при развитии побочных эффектов может быть рекомендован курс другим СИОЗС или кломипрамин (2 этап). При этом эффект наступает у 30-40% больных.

При переходе от СИОЗС к кломипрамину следует соблюдать осторожность, поскольку большинство СИОЗС являются ингибиторами изофермента Р450.

Для повышения эффективности терапии стремятся к усилению действия серотонинергических препаратов путем присоединения других лекарственных средств. При этом используют один из двух подходов: усиление серотонинергической передачи и блокада дофаминергической.

Наибольшее число рандомизированных контролируемых исследований касалось применения небольших доз традиционных нейролептиков и нового поколения атипичных антипсихотиков, которые характеризуются значительно лучшей переносимостью.

В случае отсутствия эффекта, к терапии присоединяют традиционные нейролептики (галоперидол, этаперазин и др.) в индивидуально подобранных дозах с учетом переносимости с попыткой снижения и отмены при достижении клинической ремиссии. При этом необходимо учитывать, что побочная экстрапирамидная симптоматика может усилить проявления навязчивостей.

Поэтому в последнее время в подростковом возрасте предпочтение отдается атипичным нейролептикам, разрешенным у подростков (рисполепт). Эффективную сочетанную терапию серотонинергическим антидепрессантом и атипичным антипсихотиком обычно продолжают без изменений.

Эффективность у детей присоединения других ЛС (буспирон (агонист серотониновых рецепторов 5HT1A), ново-пассит, гелариум, триптофан и др.) с целью усиления серотонинергической передачи остается недостаточно доказанной (уровень доказательств С). В случае достижения эффекта при присоединении лекарственного средства, усиливающего серотонинергическую функцию, его постепенно отменяют и продолжают монотерапию соответствующим СИОЗС.

При неэффективности сочетанного курса терапии следует еще раз оценить правильность диагноза, проверить соблюдение режима терапии, сопутствующие соматические расстройства (биодоступность препарата).

13.7 Дифференцированные подходы к лечению ОКР у детей.

В случаях рефрактерного течения ОКР, обусловленного коморбидностью или же отсутствием ответа на СИОЗС, рекомендуется присоединение препаратов других групп: блокаторов рецепторов дофамина – антипсихотических средств (галоперидол, рисполепт и др.), а также нормотимиков, анксиолитиков, транквилизаторов.

Таблица 4.

Препараты	СИОЗС	ТЦА	АА (риспери- дон, кветиапин)	ТА (галопери- дол, тиаприд, этаперазин)	Малые нейролеп- тики (сульпирид, перициазин,	Анксио- литики	Нейро- трофик и	Нормо- тимики
ОКР, коморбидность								
Тики	+		+	++		+	++	+
Синдром Туретта	+		+	++	+	+		+
Депрессия	++	++			+			
Тревожные расстройства	++				+	++	+	
БАР			++					++
СДВГ					+		++	++

Расстройства поведения	+				++		+	+
Шизотипические расстройства	++	+	++	+	+	+		+
Шизофрения	+	+	++	++	+	+		+

Лечение ОКР, коморбидных с тиками и с-мом Туретта. СИОЗС и малыми дозами допаминэргических препаратов, нормотимики.

Лечение ОКР, коморбидных с депрессией и тревожными расстройствами. СИОЗС и ТЦА, анксиолитические препараты, транквилизаторы.

Лечение ОКР, коморбидных с БАР. Нормотимики, атипичные антипсихотики

Лечение ОКР, коморбидных с СДВГ и нарушениями поведения. Нейротрофическая терапия, нормотимики, нейролептики из группы корректоров поведения

Лечение ОКР, коморбидных с шизофренией и шизотипическим расстройством СИОЗС с атипичными антипсихотиками, присоединение второго типичного антипсихотика

Лечение ОКР, спровоцированных предшествующей стрептококковой инфекцией –помимо психофармакотерапии - заменное переливание плазмы, иммуномодулирующая терапия

13.8 Ошибки и необоснованные назначения

- назначение препаратов, не обладающих доказанным антиобсессивным эффектом в детском возрасте
- недостаточная дозировка и длительность применения СИОЗС антидепрессантов
- применение кломипрамина как препарата первого выбора
- применение других ТЦА антидепрессантов, кроме кломипрамина
- необоснованно частая смена препаратов (до 4-8 недель терапии)
- монотерапия или длительное применение транквилизаторов
- следование только одной терапевтической тактике в случае недостаточной эффективности лечения
- необоснованное применение нескольких препаратов, усиливающих серотонинергическую передачу
 - недооценка коморбидности;
 - использование препаратов со стимулирующим действием (например, ноотропов) в лечении состояний, коморбидных ОКР. Описаны случаи триггерного возникновения, а также эксацербации ОКР в процессе лечения детей с СДВГ[20].
- применение больших доз классических нейролептиков
- преждевременное снижение дозировок препаратов
- необоснованное сокращение сроков поддерживающей терапии

13.9 Оценка эффективности лечения

Критериями эффективности терапии ОКР являются клиническое и социальное улучшение в виде положительной динамики клинических проявлений и восстановления социальной адаптации при соблюдении требования безопасности терапии.

Клиническое улучшение оценивается по степени уменьшения выраженности психопатологической симптоматики, скорости развития и стойкости терапевтического эффекта на основе данных клинико-психопатологического обследования и наблюдения за поведением больного в динамике, изменение характера предъявляемых жалоб и самоотчетов больного и родителей и их соответствия сведениям, полученным из других источников со слов родственников и заменяющих их лиц, а также достижение и

поддержание условий, обеспечивающих оптимальное развитие ребенка и приемлемый уровень социального функционирования.

Для оценки социального исхода также используются шкалы социального функционирования и оценка качества жизни. Кроме того, в ходе терапии оценивают уровень дистресса, вызываемого симптомами ОКР [14,15].

При проведении длительной терапии критериями эффективности также служат уменьшение числа обострений симптоматики, обращений за специализированной помощью, посещений врача и госпитализаций.

14. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОКР

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, наряду с фармакотерапией, представляют собой необходимые и дополняющие друг друга терапевтические стратегии [15].

Психосоциальная терапия и реабилитация – формирование или восстановление недостаточных или утраченных (в условиях нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности), навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладения у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество.

С этой целью применяется комплекс психосоциальных воздействий, направленных на восстановление потенциала самого пациента, участие в реабилитационном процессе с постоянным освоением прежних социальных, в том числе ролевых функций, в условиях усложняющегося социального контекста для достижения возможно более полного или равного с другими положением в обществе.

Этапы психосоциальной реабилитации

1. Этап активных психосоциальных воздействий (психосоциальная терапия).

Начало психосоциальной работы с больным не обязательно совпадает с пребыванием его в больнице. Она может начаться в любом периоде оказания психиатрической помощи. Необходимо, прежде всего, определение характера и степени социальной дезадаптации, нуждаемости в той или иной конкретной форме психосоциального воздействия. Это обычно этап наиболее активных мероприятий по сравнению с последующими – с помощью участия в группе (группах), обучения, тренинга – в том числе в качестве подготовки к следующему этапу. При этом пациент может участвовать в двух группах параллельно, а тем более последовательно. Что касается методик, то это чаще групповые, а также индивидуальные (при невозможности включения пациента в группу, например, в случае его отказа и др.) формы работы, основанные на различных многочисленных программах («модулях»). Сюда относятся тренинги социальных навыков, общения, уверенного поведения, психообразовательные программы, обучение стратегии совладания с остаточными расстройствами, семейная терапия, использующая проблемно-решающую, поведенческую, психообразовательную техники и т.п.

Психосоциальные воздействия не сдвигаются к концу процесса реабилитации; напротив, они могут быть наиболее интенсивными, возможно ближе к началу оказания психиатрической помощи, все в большей степени становясь почти параллельным процессом биологического лечения.

2. Этап практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента ролевых функций и социальных позиций.

В основном, это функция всего комплекса «промежуточных» (между психиатрическим учреждениями и обществом) звеньев реабилитационной

направленности, приближающих пациента (с помощью ступенчатого практического освоения социальных ролей и позиций) к жизни непосредственно среди населения. Одновременно это процесс «генерализации» восстанавливаемых навыков, умений, знаний (полученных с помощью различных форм психосоциальных воздействий и использующих, естественно, более узкий круг моделей) применительно ко все более сложным социальным отношениям и требованиям, то есть к тому, что ожидает пациента при возвращении в жизнь.

3. Этап закрепления и поддержки в той или иной степени неполного или полного социального восстановления.

В системе социальной поддержки и продолжении социальной работы в сообществе значительная часть пациентов нуждается постоянно. Кроме того, эффект психосоциальных воздействий сохраняется лишь определенное время, после чего требуется их повторение.

К мероприятиям этого этапа относится также социальная (инструментальная и эмоциональная) поддержка; многие больные нуждаются в ней постоянно.

Кроме такой поддержки, осуществляемой социальными специалистами, в отношении некоторых пациентов проводится работа по активизации их социальной сети. Наконец часто оказывается важным поощрение включения больных в группы самопомощи – общественные организации больных и их родственников.

В значительной части случаев III этап является непосредственным продолжением I этапа. Так же, как и при биологической терапии после купирования приступов или обострений переходят к поддерживающей фармакотерапии, так и после интенсивных психосоциальных воздействий переходят к поддерживающей психосоциальной терапии и другим непсихосоциальным мероприятиям, направленным на поддержание и закрепление достигнутых результатов.

При проведении психосоциальных мероприятий необходимо учитывать ряд принципиальных положений.

1. Процесс психосоциальной реабилитации может быть начат на любом этапе оказания психиатрической помощи – вне острых состояний (обострений), но возможно более рано после купирования острых проявлений психического расстройства. Чем раньше по отношению к началу заболевания начинаются психосоциальные мероприятия, тем скорее можно рассчитывать на благоприятный исход.

2. Необходимо формулировать цель каждого вмешательства с определением временного периода, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть. Психосоциальные вмешательства должны быть, во-первых, дифференцированы и направлены на достижение определенной цели (или целей), и, во-вторых, ограничены во времени.

3. Выбор формы вмешательства для конкретного больного должен осуществляться в соответствии с особенностями у него психосоциального дефицита (социальной дезадаптации).

4. Последовательность психосоциальных воздействий осуществляется с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетентности.

5. При завершении каждого этапа или всей программы психосоциальной реабилитации необходимы поддерживающие психосоциальные воздействия.

Этапность и закрепление достигнутых результатов путем неоднократных повторений – обычное требование к психосоциальной реабилитации.

Выбор методики зависит от особенностей состояния и социальной дезадаптации, этапа психиатрической помощи и задач, которые ставятся на данном этапе его социального восстановления. Предпочтительным является использование психообразовательных методов, когнитивно-бихейвиоральной терапии, индивидуальной поддерживающей терапии, методов системной семейной терапии.

14.1 Когнитивно-поведенческая терапия при ОКР в детском возрасте.

Когнитивно-поведенческая терапия представляет собой практическую методику, по своей сути напоминающую тренинг, разработанный для конкретного больного [26,31,40,47,54].

На начальном этапе используются специальные шкалы и тесты для выявления симптомов и оценки их тяжести. В результате составляется список симптомов, который и становится основой для дальнейшей совместной работы врача и пациента. Затем обычно применяется метод, который носит название экспозиционная психотерапия или «Экспозиция предотвращения реакций (ЭПР)».

Суть метода заключается в следующем: используя список симптомов, во время сеанса психотерапевт подвергает пациента воздействию определенного страха. При этом воздействие оказывается бережно, постепенно, начиная с менее пугающих пунктов к более пугающим. Врач постоянно следит за тем, чтобы воздействие было переносимым для больного и «работало» на конечную цель — избавление от симптома. В промежутках между сессиями пациент обязательно выполняет домашние задания, которые также разрабатываются индивидуально и представляют собой работу с определенным симптомом.

Еще одной методикой, широко используемой в процессе когнитивно-поведенческой терапии, являются «Воображаемые представления». Психотерапевт совместно с клиентом создает короткие истории, в основе которых лежат навязчивые идеи или мысли пациента. Затем эти истории записываются на аудионоситель и используются пациентом для повторного дозированного переживания определенных ситуаций. Такой метод особенно эффективен в случаях, когда применение экспозиционной психотерапии затруднено (например, если больной страдает от навязчивых мыслей об убийстве близкого человека, растлении малолетних и т.д.).

В ходе терапии больной учится более спокойно реагировать на навязчивые мысли, не прибегая к ритуалам или избеганию. Результатом такого лечения становится длительная, устойчивая ремиссия. Однако следует учитывать, что даже при бережном профессиональном подходе больной может испытывать неприятные ощущения — ведь ему приходится вплотную сталкиваться с собственными симптомами и учиться противостоять им.

14.2 Другие психотерапевтические методики при ОКР

Другие психотерапевтические методы можно отнести к категории дополняющих, поскольку без когнитивно-поведенческой терапии они не обеспечивают необходимого эффекта. Тем не менее, значимость этих методов не стоит недооценивать.

На начальном этапе лечения могут быть очень полезны поддерживающие беседы, укрепляющие веру пациента в выздоровление. Семейная терапия помогает больному улучшить отношения с близкими, которые учатся понимать его расстройство, правильно воспринимать симптомы болезни и оказывать поддержку в процессе лечения [45].

Социальная реабилитация и работа в группах поддержки дает возможность обучиться навыкам правильного взаимодействия с окружающими, избавиться от чувства собственной неполноценности, восстановить или обрести навыки, полезные в повседневной жизни.

14.3 Методы первичной и вторичной профилактики ОКР в детском и подростковом возрасте.

Первичная профилактика ОКР направлена на предотвращение:

- психотравмирующих влияний дома и в школе;
- ятрогений и дидактогений (правильное воспитание ребёнка, например, не прививать ему мнения о его неполноценности или превосходстве, не порождать чувство глубокого страха и вины при совершении «грязных» поступков, здоровые отношения между родителями);
- семейных конфликтов.
- формирования неправильного (попустительского) отношения родителей к появлению у ребёнка отдельных симптомов ОКР, достигающих или не достигающих клинической значимости
- запоздалого обращения за помощью при появлении первых симптомов ОКР.

Вторичная профилактика ОКР должна способствовать предотвращению рецидивов, уменьшению риска усложнения симптоматики, употребления ПАВ, суицидального поведения, что предполагает регулярное диспансерное наблюдение.

15. ПРОГНОЗ.

Прогноз ОКР у детей и подростков изучен недостаточно и может существенно различаться у отдельных больных. В случае затяжного течения ОКР отмечается высокий риск развития патохарактерологических личностных отклонений, тревожных расстройств, хронических расстройств настроения, избегающего личностного расстройства во взрослом возрасте [6,43,55,63].

Раннее начало, значительная выраженность симптомов, наличие коморбидных расстройств и личностных нарушений, вычурность навязчивых мыслей, присоединение выраженных компульсий, резистентность к терапии (особенно инициальной) дают не очень благоприятный прогноз.

Считается, что при наличии у пациента шизоидных, параноидных, шизотипических личностных черт, хроническом рецидивирующем характере ОКР у детей прогноз ухудшается. Суицидальные попытки (суицидальный риск составляет 9-13%) значительно ухудшают прогноз [22].

Вместе с тем, до 20-50% больных при адекватной фармакотерапии в сочетании с психотерапией и психообразовательными мероприятиями достигают степени «социального выздоровления» или ремиссии с минимальной симптоматикой.

Одним из ведущих факторов благоприятного прогноза ОКР в детском и подростковом возрасте является использование в лечении возможностей современной психофармакологии и когнитивно-бихевиоральной терапии, а неблагоприятного - отсутствие адекватной медицинской помощи (уровень доказательств А) [6,43,55,63].

Таблица 5.

Прогноз благоприятный	Прогноз неблагоприятный
<p>-коморбидность с депрессией и тревожными расстройствами;</p> <p>-высокий уровень критики к навязчивостям у ребенка;</p> <p>-адекватное и длительное использование современной психофармакологии (СИОЗС) и когнитивно-бихевиоральной терапии в лечении ОКР .</p>	<p>- ранний возраст начала и выраженная тяжесть ОКР</p> <p>- коморбидность с шизотипическим расстройством;</p> <p>- отсутствие адекватной медицинской помощи;</p> <p>- терапевтическая резистентность, рефрактерное течение.</p> <p>- коморбидность с шизофренией: параноидная трансформация и усложнение клинической картины с потерей критики, увеличением числа навязчивостей, появлением бредовой убежденности, выхолащиванием аффективного компонента с переходом в стереотипии.</p>

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). - М.: Медицина, 1989. - 253 с.
2. Калинина М.А. Синдром навязчивости при малопрогрессирующей шизофрении в детском возрасте (психопатологический, клинико-динамический, сравнительно-возрастной аспекты) // Автореферат канд.диссертации, -М.-1993,- 23 с.
3. Калинина М. А. Синдром навязчивостей в раннем детском возрасте // Психиатрия, 2007. -N 5. - с.25-29.
4. Кашникова А. А. Особенности невротоподобных проявлений при шизофрении у детей и подростков// Автореферат дисс.канд. мед. наук. — М.- 1975. -17 с.
5. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. — М.: Медицина, 1984. - 224с.
6. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности: Клиника и лечение. - М.: Медицина, 1994. - 192 с.
7. Козлова И.А., Буреломова И.В., Горюнов А.В., Масихина С.Н. Опыт применения препарата rispoleпт в лечении шизофрении детского возраста. //Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. 2001, т№7, 35-38.
8. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.- Л.: Медицина, 1977, 208 с.
9. Масихина С.Н. Шизофрения с обсессивно-компульсивными расстройствами в детском возрасте (клиническая типология, динамика, принципы терапии)» Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2002 г., №4, т.102, 9-12.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб.: Оверлайд, 1994. — 300 с.
11. Симпсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М., 1958.-216 с.
12. Шевченко Ю.С. Динамика и исходы невроза навязчивых состояний, начавшегося в детском и подростковом возрасте в свете катamnестического обследования// Ж. неврологии и психиатрии им. Корсакова, 1979. -№10. – с 1392-1396.
13. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
14. Amir N, Freshman M, Foa EB (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. Journal of Anxiety Disorders,14:209-217.
15. Barrett PM, Farrell L, Pina AA et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37:131-55.

16. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B et al. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. // *Molecular Psychiatry*. 2006. 11:795.
17. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA et al (2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29:399-419.
18. Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A, et al. Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science* 2008;321:421–2.
19. Cohen LS (2003). Quetiapine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:623-624.
20. Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E et al (2007). Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *International Journal of Clinical Practice*, 61:98-104.
21. De Mathis MA, Diniz JB, Shavitt RG et al (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectrums*, 14:362-370.
22. De Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB et al (2008). Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*, 23:187-94
23. Evans DW, Milanak ME, Medeiros B et al (2002). Magical beliefs and rituals in young children. *Child Psychiatry & Human Development*, 33:43-58.
24. Figueroa Y, Rosenberg DR, Birmaher B et al (1998). Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 8:61-67.
25. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al Obsessive-compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.1988. 27:764-771.
26. Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB et al (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 306:1224-1232.
27. Friedlander L, Desrocher M (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical Psychology Reviews*, 26:32-49.
28. Geller D, Biederman J, Jones J et al (1998). Juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37:420-427.

29. Geller DA, Biederman J, Stewart ES et al (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:1919-1928.
30. Geller DA, Biederman J, Faraone S, et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:471–7.
31. Geller DA, March J. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51:98–113.
32. Goodman W.K., Rasmussen S.A., Price L.N., Mazure C., Rapoport J.L. (1989) Children's Yale-Brown Obsessive-compulsive scale (CY-BOCS).
33. Grisham JR, Anderson TM, Poulton R et al (2009). Childhood neuropsychological deficits associated with adult obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 195:138-141.
34. Hanna G.L., Piacentini J. et al. Obsessive-compulsive disorder with and without tics (2002)// *Anxiety and Depression*; 16:59-63.
35. Hollander E, Greenwald S, Neville D (1998). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiological sample. *CNS Spectrums*, 3:10–18.
36. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62:593-602.
37. Leonard HL, Goldberger EL, Rapoport JL, et al. Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:17–23.
38. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, et al. Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry* 1992;149:1244–51.
39. Mancuso E, Faro A, Joshi G et al (2010). Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 20:299-308.
40. March JS, Franklin ME, Leonard H, et al. Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2007;61:344–7.
41. Masi G, Pfanner C, Brovedani P. Antipsychotic augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors in resistant tic-related obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a naturalistic comparative study. *J Psychiatr Res* 2013;47:1007–12.
42. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N et al (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:773-778.

43. Micali N, Heyman I, Perez M et al (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 197:128-134.
44. Miguel EC, Leckman JF, Rauch S et al (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10:258-275.
45. Minuchin S., Fishman H.C. (1981) *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
46. Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2008;148C:133–9.
47. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:1969-1976.
48. Peris TS, Bergman RL, Langley A, et al. Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:1173–81.
49. Pitman R.K. (1991) Historical considerations. In J. Zohar, T. Insel, S. Rasmussen eds. *The psychobiology of obsessive-compulsive disorder* (pp.1-12). New York: Springer.
50. Poyrovsky M. *Schizo-obsessive disorder*.// Cambridge University Press 2013, p. 245.
51. Rosario MC, Alvarenga PG, de Mathis A et al (2008). Obsessive-compulsive disorder in childhood. In Banaschewski T, Rohde LA (eds) *Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments*. Basel: Karger, pp83–95.
52. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S et al (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11:495-504.
53. Simonoff E, Pickles A, Charman T, et al. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:921–9.
54. Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, et al. Cognitive-behavioral therapy and risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70:1190–9.
55. Stewart S, Geller D, Jenike M, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:4–13.

56. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL. The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) subgroup: separating fact from fiction. *Pediatrics* 2004;113:907–11.
57. Thomsen PH (2004). Risperidone augmentation in the treatment of severe adolescent OCD in SSRI refractory cases: a case-series. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16:201-207.
58. Tykel R, Ertekin E, Batmaz S et al (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 21:112-117.
59. Yan Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT et al (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8:450-458.
60. Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG et al (2007). Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61:301-307.
61. Watson HJ, Rees CS (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:489-98.
62. Whitaker A., Johnson J., Shaffer D., Rapoport J.L. (1990) Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population.// *Arch. Gen Psych*; 47,487-496.
63. Wewetzer C, Jans T, Muller B, et al. Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001;10:37–46.

