

Клинические рекомендации

Обсессивно-компульсивное расстройство

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

F 42

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления

F42.1 Преимущественно компульсивное действие [навязчивые ритуалы]

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное

Возрастная группа:

взрослые

Год утверждения:

2019

Разработчик клинической рекомендации: Российское общество психиатров

I. Оглавление

| | |
|--|----|
| I. Оглавление | 2 |
| II. Список сокращений | 5 |
| III. Термины и определения | 7 |
| IV. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) | 8 |
| 1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) | 8 |
| 2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .. | 8 |
| 3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) | 10 |
| 4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем. | 10 |
| 5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) | 11 |
| 6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .. | 13 |
| VI. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики | 16 |
| 1. Жалобы и анамнез | 16 |
| 2. Физикальное обследование | 18 |
| 3. Лабораторные диагностические исследования | 18 |
| 4. Инструментальные диагностические исследования | 19 |
| 5. Иные диагностические исследования (психометрическая диагностика) | 19 |
| 6. Дифференциальная диагностика | 19 |
| VII. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения | 20 |

| | |
|--|----|
| Психотерапия | 23 |
| Критерии оценки эффективности лечения..... | 24 |
| Стратегии при неэффективности первого выбора | 24 |
| Противорецидивная терапия | 29 |
| VIII. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации | 29 |
| IX. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики..... | 30 |
| X. Организация оказания медицинской помощи | 30 |
| XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)..... | 31 |
| XII. Критерии оценки качества медицинской помощи..... | 31 |
| XIII. Список литературы..... | 32 |
| XIV. Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций..... | 45 |
| XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций..... | 45 |
| 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)..... | 46 |
| 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств) | 47 |
| 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств) | 47 |

| | |
|--|----|
| XVI. Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата | 48 |
| XVII. Приложение А4. Рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения ОКР..... | 48 |
| XVIII. Приложение Б. Алгоритмы действий врача | 51 |
| Приложение Б1. Алгоритм ведения пациентов с ОКР..... | 52 |
| Приложение Б2. Алгоритм диагностики ОКР | 53 |
| Приложение Б3. Алгоритм терапии ОКР | 54 |
| XX. Приложение В. Флоридская шкала Йела-Брауна для оценки обсессивно-компульсивной симптоматики (FLY-BOCS)..... | 57 |
| Общие указания | 57 |
| Список симптомов FLY-BOCS..... | 66 |
| Список симптомов-мишеней | 67 |
| Структурированное интервью | 68 |
| Бланк регистрации обсессивно-компульсивной симптоматики по Флоридской шкале Йела-Брауна (FLY-BOCS) | 75 |

II. Список сокращений

АВП – антипсихотики второго поколения

АД – антидепрессанты

АПП – антипсихотики первого поколения

ГСМ — глубокая стимуляция мозга

ГРЛС – государственный реестр лекарственных средств

ИОЗС — ингибиторы обратного захвата серотонина (кломипрамин**, СИОЗС, СИОЗСН)

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

КСТКС – кортико-стриато-таламо-кортикальная система

ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОФК – орбитофронтальная кора

ППИ – передняя поясная извилина

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография

РКИ – рандомизированное контролируемое исследование

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин**, флуоксетин**, сертралин**)

СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (#венлафаксин, #дулоксетин, #милнаципран)

ТЦА – трициклические антидепрессанты

УДД – уровни достоверности доказательств

УУР – уровни убедительности рекомендаций

фМРТ – функциональная магнитно-резонансная томография

цТМС – циклическая (импульсная) транскраниальная магнитная стимуляция

ЧМТ – черепно-мозговая травма

ЭКГ – электрокардиография

ЭПС – экстрапирамидные симптомы

ЭСТ – электросудорожная терапия

ERP – экспозиционная терапия (exposure and response prevention)

FLY-BOCS – Флоридская шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йела-Брауна (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale)

NMDA-рецептор – ионотропный рецептор глутамата, селективно связывающий N-метил-D-аспартат (NMDA)

PANDAS – ПАНДАС, педиатрические аутоиммунные нейропсихиатрические расстройства, связанные со стрептококковой инфекцией (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections)

III. Термины и определения

Психофармакотерапия – это применение фармакологических средств в лечении психических расстройств.

Психотерапия – это система немедикаментозного, преимущественно коммуникационного (словесного) лечебного воздействия на психику человека с целью лечения различных расстройств.

IV. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется повторяющимися навязчивыми мыслями, образами, импульсами или идеями (обсессиями), обычно вызывающими беспокойство или страдание (дистресс), а также повторяющимися идеаторными (мыслительными) или поведенческими феноменами (компульсиями), сопровождающимися ощущением необходимости их выполнить либо в соответствии с обсессиями, либо согласно определенным правилам, которые необходимо соблюсти для достижения чувства «завершённости действия» [1 – 3].

2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

На развитие ОКР оказывают влияние как генетические факторы, так и факторы окружающей среды. Многочисленные исследования подтверждают участие кортико-стриато-таламо-кортикальной системы (КСТКС) в патофизиологии расстройства [4]. Другие отделы головного мозга также участвуют в патогенезе ОКР [4, 5].

Близнецовые исследования и исследования семей с ОКР подтвердили наличие большого наследственного компонента в этиопатогенезе ОКР. При этом больший вес генетических факторов был отмечен при манифесте ОКР в детском возрасте, чем во взрослом [6]. Конкретные гены и группы генов, влияющие на вероятность развития ОКР, неизвестны, хотя исследования в этой области продолжаются [7 – 10].

На вероятность развития ОКР, по-видимому, влияют несколько факторов окружающей среды, но причинно-следственные связи на данный момент надежно не верифицированы [11]. В качестве подобных факторов можно выделить следующие. Манифест или обострение ОКР у некоторых детей было связано с аутоиммунным процессом, известным как «ПАНДАС» (англ. PANDAS, Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections) [12], связанным со стрептококковой инфекцией типа А. Предполагается, что в рамках ПАНДАС симптомы ОКР вызываются аутоиммунной реакцией на бета-гемолитические стрептококки группы А, что приводит к повреждению базальных ганглиев. Важно отметить, что другие инфекционные агенты также могут вызвать сходное состояние – «педиатрический острый нейропсихиатрический синдром» [13].

Предменструальный и послеродовой периоды могут привести к манифесту или обострению ОКР, в связи с чем существует предположение о том, что гормональные колебания могут играть этиологическую роль в развитии ОКР [14].

У взрослых пациентов описано развитие ОКР после травматических событий, в связи с чем высказывается предположение, что острая реакция на стресс может служить «пусковым фактором» для данного расстройства [15]. Существуют описания множества случаев развития ОКР после неврологических повреждений (ОНМК, ЧМТ), которые затрагивали КСТКС [16, 17]. Кроме того, показано, что нейрохирургические вмешательства в областях КСТКС могут уменьшать интенсивность и частоту возникновения симптомов ОКР у взрослых [17, 18]. В экспериментах у животных было показано, что нарушение работы этой системы приводит к поведению, схожему с ОКР [19, 20].

В нейровизуализационных исследованиях выявлены анатомические аномалии в КСТКС у пациентов с ОКР [1]. Несмотря на наличие противоречивых результатов в мета-анализах, в целом в большинстве работ отмечаются аномалии в орбитофронтальной коре (ОФК), передней поясной извилине (ППИ) и стриатуме. Мета-анализ нескольких нейровизуализационных исследований также обнаружил аномалии в дорсомедиальной префронтальной коре, нижней лобной извилине и мозжечке [21]. В мета-анализе нейроанатомических данных, полученных в нескольких международных исследованиях, были обнаружены различные паттерны подкорковых нарушений у взрослых пациентов и детей с ОКР, в частности аномалии в бледном шаре и гиппокампе у взрослых и аномалии в зрительном бугре у детей [22]. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) и функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) позволили выявить аномальную активность при ОКР в участках КСТКС, включая ОФК, ППИ и стриатум [4]. Было обнаружено, что аномальная активность усиливается при провоцировании симптомов и нормализуется при успешном лечении. Исследования с использованием фМРТ при выполнении когнитивных задач показали наличие нарушений в работе КСТКС у пациентов с ОКР [1]. Например, в нескольких исследованиях было обнаружено, что у пациентов с ОКР во время выполнения задач на последовательное обучение выявлялась активность в гиппокампе, в то время как у здоровых отмечалась активность в стриатуме.

Существуют предположения о роли серотониновой и (или) дофаминовой систем в патогенезе ОКР [23, 24]. Результаты фармакологических и нейровизуализационных исследований, направленных на проверку этих гипотез, оказались противоречивыми. Кроме того, в некоторых современных моделях предполагается, что симптомы ОКР прямо или

косвенно связаны с нарушениями глутаматергической нейротрансмиссии в кортико-стриарных путях [25, 26].

3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространенность ОКР по различным оценкам составляет около 1-3% популяции [24, 25, 28]. Распространённость среди женщин несколько выше во взрослом возрасте, тогда как в детском возрасте, напротив, чаще болеют лица мужского пола [25, 26]. Средний возраст начала ОКР – 19-20 лет. К 14-летнему возрасту расстройство развивается у 25% больных, манифест заболевания после 35 лет встречается редко [27]. У пациентов мужского пола начало заболевания, как правило, более раннее, так у 25% из них первые проявления возникают уже к возрасту 10 лет, тогда как у женщин этот процент значительно ниже [25].

У 76% пациентов с ОКР в анамнезе отмечаются расстройства тревожного спектра (паническое расстройство, социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство, изолированные фобии), у 63% — аффективные расстройства (чаще всего рекуррентное депрессивное расстройство (41%) [28, 29, 31]), у 23-32 % — сопутствующее расстройство личности, преимущественно с ананкастными чертами [33].

Помимо этого, до 29% лиц с ОКР обращаются за помощью в связи с различными тиками [28, 29, 31]. Такое сочетание более характерно для лиц мужского пола, у которых ОКР возникло в детском возрасте. Кроме того, при ОКР чаще, чем в популяции встречаются дисморфобия [30], трихотилломания и невротические экскорации (компульсивное расчесывание и др. формы повреждения кожи и слизистых) [34].

При этом ОКР чаще, чем в общей популяции, встречается при шизофрении и шизоаффективном расстройстве (12% пациентов) [36, 37], биполярном расстройстве [35], нервной анорексии и нервной булимии [38], синдроме Туретта [34].

4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления

F42.1 Преимущественно компульсивное действие [навязчивые ритуалы]

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное

5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В международной классификации болезней 10-го пересмотра [35], адаптированной для практики в Российской Федерации (1995, 1999) ОКР выделены в отдельную рубрику F42 и включены в общий кластер невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F48) [39].

Комментарий. В DSM-5 ОКР выделено в отдельную от тревожных расстройств категорию, которая называется «Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства» [40].

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)

Существенной особенностью состояния является наличие повторяющихся навязчивых мыслей или вынужденных действий. Навязчивые мысли представляют собой идеи, образы или побуждения, которые вновь и вновь приходят больному в голову в стереотипном виде. Они почти всегда огорчительны, и пациент часто безуспешно пытается сопротивляться им. Тем не менее больной считает эти мысли своими собственными, даже если они произвольны и отвратительны. Навязчивые действия, или ритуалы, являются стереотипными манерами, которые больной повторяет вновь и вновь. Они не являются способом получить удовольствие или атрибутом выполнения полезных задач. Эти действия являются способом предотвратить возможность наступления неприятного события, которое, как опасается больной, в противном случае может произойти, нанеся вред ему или другому лицу. Обычно такое поведение осознается больным как бессмысленное или неэффективное и делаются повторные попытки противостоять ему. Почти всегда присутствует тревожность. Если компульсивные действия подавляются, тревожность становится более выраженной.

Включены:

- ананкастический невроз
- обсессивно-компульсивный невроз

Исключена: обсессивно-компульсивная личность (расстройство) (F60.5)

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления

Они могут принимать форму идей, мысленных образов или побуждений к действию, которые почти всегда причиняют страдание пациенту. Иногда идеи являются незаконченными, бесконечно рассматриваемыми альтернативами, связанными с неспособностью принять обычное, но необходимое решение, касающееся повседневной жизни. Связь между навязчивыми размышлениями и депрессией является особенно тесной, поэтому диагнозу обсессивно-компульсивного расстройства следует отдать предпочтение лишь только в том случае, если навязчивые мысли возникают или удерживаются при отсутствии депрессивного эпизода.

F42.1 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)

Большинство компульсивных действий относится к очистке от загрязнения (в основном мытье рук), повторным проверкам для получения гарантии того, что потенциально опасная ситуация не может возникнуть, или соблюдению аккуратности и опрятности. В основе такого явного поведения лежит обычно боязнь опасности, которой может подвергнуться сам пациент или которой он может подвергнуть другого, и ритуальные действия являются безрезультатной или символической попыткой предотвратить опасность.

Другие категории

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное

Дефиниции некоторых симптомов и синдромов

Описаны разнообразные варианты содержания obsessions и ритуалов. Тем не менее, среди них могут быть выделены следующие категории («симптоматические дименсии») [42 – 44].

«Очищение» – страхи, связанные с загрязнением/заражением и ритуалы очищения

«Симметрия» – obsessions по поводу симметрии и ритуалы повторного, «правильного» выполнения действий, раскладывания предметов в определенном порядке и счет

«Табуированные мысли» – примеры включают агрессивные, сексуальные, богохульные обсессии и связанные с ними компульсии

«Причинение вреда» – например, мысли или представления о причинении вреда самому себе или кому-то другому («контрастные навязчивости») и ритуалы перепроверки («повторного контроля») по этому поводу

«Хординг» – обсессии и компульсии по поводу собирания и накопления различных предметов.

6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ОКР у пациентов проявляется в виде обсессий или компульсий, или и того, и другого одновременно. Причем исследования показывают, что именно сочетание в клинической картине обсессий и компульсий встречается чаще, чем каждый из синдромов по отдельности [42, 43].

Обсессии – это повторяющиеся или неотвязные мысли, представления, или побуждения. Обсессии не приносят удовольствия и не воспринимаются как произвольные. Они назойливые, нежелательные, и большинство людей страдают или испытывают тревогу от их появления. Пациенты с ОКР стараются игнорировать, избегать, подавлять навязчивости, или нейтрализовать их другими мыслями или действиями (например, выполняя ритуалы).

Компульсии (ритуалы) – это повторяющееся поведение или идеаторные акты, которые человек совершает из чувства необходимости в связи с содержанием обсессий или в соответствии с правилами, требующими точности исполнения, или достижения чувства «завершенности», «полноты» выполнения. Целью является уменьшение дистресса, вызванного обсессиями, или предотвращение нежелательных событий. При этом компульсии никаким реалистичным образом не связаны с этими «опасными» событиями или очевидно избыточны в сравнении с обычными действиями. Компульсии также могут выполняться для избавления от чувства «незавершенности» — например, необходимость многократного повторения действия, пока оно не будет выполнено «абсолютно правильно». Выполнение ритуалов не приносит удовольствия, хотя некоторые пациенты испытывают облегчение тревоги и дискомфорта.

Обсессии и компульсии могут быть различными по своей частоте и интенсивности – от 1-2 часов в день с их незначительной интенсивностью до постоянно присутствующих тягостных симптомов, значительно снижающих трудоспособность и (или) качество жизни.

В момент появления обсессивных мыслей или компульсивных действий пациент может испытывать разнообразные эмоции. Так, некоторые больные ощущают выраженную тревогу, на высоте которой могут развиваться и повторяться приступы паники (психовегетативные пароксизмы). Другие пациенты сообщают о выраженном чувстве отвращения. При совершении ритуала, многие пациенты испытывают неприятное чувство «незавершенности» или неловкости, которые не прекращаются пока действия не будут выполнены (например, определенные предметы разложены «правильным» образом).

У многих пациентов с ОКР обнаруживаются ошибочные убеждения и установки [44, 45], включая следующие.

- Утрированное чувство собственной ответственности за предстоящие события и склонность преувеличивать негативные последствия неудач.
- Перфекционизм и неспособность переносить неопределенность («низкая толерантность к неопределенности»).
- Переоценка роли и важности идеаторных феноменов (мыслей) – например, вера в то, что наличие «плохих, запрещенных» мыслей также плохо, как и реальные действия.
- Убеждение в возможности и необходимости контролировать мышление.

Существует связь между ОКР и суицидальным поведением, частота возникновения суицидальных мыслей у больных ОКР на протяжении жизни – 63,5%, суицидальных попыток – 46% [46]. Большему риску подвержены больные с наличием коморбидной психической патологией, симптомами депрессии и тревоги, суицидальными попытками в анамнезе. Часть пациентов испытывают навязчивый страх причинить вред окружающим, но нет данных о том, что они с большей вероятностью совершат агрессивный поступок, чем лица из общей популяции.

Пациенты с ОКР по-разному оценивают степень бессмысленности и чрезмерности своих навязчивых мыслей и ритуалов. Степень критичности к симптомам зависит от индивидуальных особенностей и может меняться по мере развития заболевания. В небольшом проценте случаев (менее 4%) при отсутствии критического отношения навязчивые мысли

могут трансформироваться в бредовые – например, в случае с убежденностью пациента, что его мысли смогут причинить реальный вред другому человеку [41].

Развитие симптомов ОКР чаще постепенное, острое начало описано, например, после перенесенного инфекционного заболевания [47]. Без лечения ОКР обычно приобретает хронический характер со стабилизацией и даже ослабеванием симптомов [48, 49, 53]. У некоторых пациентов течение носит эпизодический характер, в более редких случаях течение неблагоприятное – с утяжелением и усложнением симптоматики.

При ОКР часто формируется избегающее поведение, когда больные с ОКР избегают людей, вещей, мест, наличие которых усиливает обсессии и компульсии. Например, при страхе загрязнения такое поведение может распространяться на общественные места – рестораны, уборные – с целью уменьшения риска загрязнения или инфекции. Пациенты с навязчивыми мыслями агрессивного содержания могут ограничивать социальные взаимодействия. Избегающее поведение может охватывать разнообразные сферы жизни и значительно нарушать повседневное функционирование, трудоспособность и (или) качество жизни [50-52].

При отсутствии надлежащей терапии частота наступления ремиссии при ОКР у взрослых достаточно низкие – около 20% [49]. Даже при активной терапии только малая часть пациентов со временем полностью выздоравливает [48, 49, 53].

Развитие ОКР приводит к ухудшению качества жизни, а также значительно нарушает социальную и трудовую адаптацию [50, 51]. Нарушения касаются многих аспектов жизненного уклада и зависят от остроты симптоматики. К ним, как правило, приводят следующие последствия обсессий или компульсий:

- время, затраченное на «прокручивание» навязчивых мыслей и выполнение ритуалов.
- избегающее поведение по отношению к ситуациям, провоцирующим усиление симптомов ОКР
- специфичные ограничения, связанные с фабулой (содержанием) симптомов.

VI. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза/состояния (исследовательские диагностические критерии по МКБ-10):

А. Как obsessions, так и compulsions (или оба вместе) представлены в большинстве дней как минимум в течение двухнедельного периода.

Б. Obsessions (мысли, идеи или образы) и compulsions (действия) включают следующие признаки, все из которых должны присутствовать:

1. Они воспринимаются больным, как возникшее в его собственном разуме и не навязаны окружающими влияниями или лицами.
2. Они повторяются и неприятны; как минимум, одна obsession или compulsion должна пониматься больным как чрезмерная или бессмысленная.
3. Субъект пытается противостоять им, но если они долго существуют, то сопротивление некоторым obsessions или compulsions может быть незначительным. Как минимум должна быть одна obsession или compulsion, сопротивление которой оказалось безуспешным.
4. Осуществление compulsive acts и obsessional thoughts сами по себе не вызывают приятных ощущений. (Эта особенность должна быть ограничена от временного облегчения тревоги и напряжения).

В. Obsessions или compulsions вызывают distress или мешают социальной или индивидуальной деятельности больного, обычно за счет пустой траты времени.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Obsessions или compulsions не являются результатом других психических расстройств, таких как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30-F39).

1. Жалобы и анамнез

Обращение к психиатру пациентов с ОКР связано с дискомфортом преодоления навязчивых мыслей и ритуалов, которые определяют тяжесть этого расстройства. Больные жалуются на трудности в мышлении, связанные с произвольным появлением и назойливым

присутствием как отдельных стереотипных мыслей, так и аффективно окрашенных воспоминаний, размышлений и опасений (например, богохульных мыслей или страха причинить вред другому человеку); на необходимость затрачивать все больше времени на выполнение ритуалов, перепроверок (например, потребности многократно проверять правильно ли закрыта дверь, выключен газ и т.д.); на тревогу, чувство «незавершенности» при «неправильном» порядке своих или даже чужих действий (например, необходимости «правильно» накрыть стол); на ограничения своих социальных активностей из-за таких особенностей поведения (например, невозможности проводить время вне дома из-за опасений загрязнения в общественных уборных). Такие пациенты в большинстве случаев демонстрируют понимание неестественности, нелогичности навязчивых идей и состояний, однако бессильны в своих попытках преодолеть их. Нередко они высказывают страх «сойти с ума», реализовать агрессивные или аутоагрессивные побуждения. В случае с контрастными навязчивостями, их появление может приводить к напряжённой внутренней борьбе, сопровождаемой выраженной тревогой.

Детальный анализ субъективного анамнеза направлен на выявление времени начала и характера течения заболевания, а также на оценку динамики избегающего поведения. Получение объективных анамнестических данных (информации от близких пациента) необходимо для оценки объема и тяжести компульсивной симптоматики, которую пациенты могут диссимулировать [1 – 3, 41].

При сборе психиатрического анамнеза следует помнить о группах риска развития ОКР, к которым относятся пациенты с симптомами депрессии, тревоги, со злоупотреблением алкоголем и ПАВ в анамнезе, дисморфофобией [30] или расстройствами приема пищи [38].

Для более эффективного выявления у них обсессивной и компульсивной симптоматики можно воспользоваться следующим прямыми вопросами [1, 3, 61].

- Часто ли вы моете руки/все тело?
- Часто ли вы контролируете/перепроверяете выполнение тех или иных собственных действий?
- Бывают ли у вас такие размышления, которые продолжают беспокоить вас, даже когда вы стараетесь от них избавиться – и не можете?
- Бывает ли так, что завершение повседневных дел занимает очень длительное время?
- Следите ли вы за порядком среди своих вещей, есть ли у вас какие-то особые правила, нарушение которых может вас сильно расстроить?

– Насколько сильно вас беспокоят эти проблемы?

Подобный скрининг на предмет наличия ОКР также рекомендуется проводить у пациентов дерматологических клиник, у которых повреждения кожного покрова могут сопровождать или быть вторичны по отношению к психическому расстройству.

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

Если у пациента было диагностировано ОКР, врач должен оценить риск развития самоповреждающего и суицидального поведения, особенно если имеются симптомы депрессии [6, 46]. При оценке этих рисков, а также риска агрессии необходимо учитывать влияние компульсий на поведение пациента и его окружения – наряду с коморбидными расстройствами и психосоциальными факторами [37, 50 – 52].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

2. Физикальное обследование

Физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, целостности кожных покровов пациента с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, в т. ч. самопорезов (с учетом их давности), оценки соматического статуса. Подробное физикальное обследование пациентов с ОКР направлено на выявление повреждений кожного покрова и слизистых, а также других потенциальных рисков для здоровья, которые могут быть связаны выполнением навязчивых действий и ритуалов [1 – 3, 34, 37].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

3. Лабораторные диагностические исследования

В настоящее время не существует лабораторных методов диагностики ОКР. Лабораторные исследования применяются для исключения другой клинически сходной патологии. Пациентам с ОКР рекомендуется провести общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий для исключения соматической патологии и для оценки рисков развития побочных эффектов при приеме психофармакологической терапии [1 – 3, 7, 61].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

4. Инструментальные диагностические исследования

В настоящее время не существует инструментальных методов диагностики ОКР.

Пациентам с ОКР рекомендуется проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний [1, 31, 37, 61].

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга для исключения органического поражения головного мозга [1, 16, 17].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

5. Иные диагностические исследования (психометрическая диагностика)

«Золотым стандартом» для психометрической оценки тяжести ОКР является Шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йела – Брауна [54, 55]. Шкала состоит из контрольного списка навязчивых идей и компульсий, а также шкалы, которая оценивает их тяжесть. Предполагается проведение базовой оценки до начала терапии и последующей для объективной оценки динамики симптомов. У этой шкалы есть версия для заполнения пациентом и для заполнения специалистом, что позволяет использовать её в различных ситуациях [56].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – В.

См. приложение В.

6. Дифференциальная диагностика

При подозрении наличия ОКР следует проводить дифференциальный диагноз с различными формами тревожно-фобических и связанных со стрессом расстройств, депрессивным эпизодом, тиками, ананкастным (обсессивно-компульсивным) расстройством личности, расстройствами приема пищи, импульсивными действиями при расстройствах

влечений, синдромом дисморфофобией [30], а также симптомами навязчивостей в рамках психотических состояний при расстройствах шизофренического спектра [36, 37].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

VII. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

- Всем пациентам с установленным диагнозом ОКР рекомендуется психофармакотерапия (ПФТ) и (или) психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия, КПТ; экспозиционная терапия, ERT) с целью коррекции obsessивных и компульсивных симптомов. Большая часть пациентов положительно реагирует на один из этих методов лечения или их комбинацию, однако, у 40-60% пациентов сохраняются резидуальные (остаточные) симптомы даже после адекватных по продолжительности и интенсивности (дозированию) курсов лечения [60-63].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

- Лекарственные средства *первого выбора* включают серотонин-позитивные антидепрессанты, в первую очередь, СИОЗС. Препараты этой группы показали в неоднократно реплицированных РКИ хорошую эффективность в отношении симптомов ОКР [64-66]. В Кохрановском систематическом обзоре показана эффективность как на купирующем (остром), так и на поддерживающем (профилактическом) этапах лечения. При этом в настоящий момент нет убедительных данных о преимуществе того или иного СИОЗС над другими препаратами этой группы (циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин**, флуоксетин**, сертралин**) [67].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

Комментарий:

Развитие терапевтического эффекта СИОЗС при ОКР, как правило, требует больше времени, чем при лечении депрессии. Тем не менее, в недавнем мета-анализе показано, что

преимущество СИОЗС над плацебо появляется уже через 2 недели после начала лечения [68].

*В долгосрочных профилактических исследованиях (24-52 недели) показано, что профилактическая эффективность СИОЗС значительно превышает таковую у плацебо. Этап профилактического лечения после первичного назначения СИОЗС должен продолжаться не менее 12 месяцев в максимальной эффективной дозе. Дозы СИОЗС (циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин**, флуоксетин**, сертралин**), при которых при ОКР развивается эффект, как правило, превышают таковые при лечении депрессии [69, 70].*

Наличиеотягощенного семейного анамнеза по ОКР, наличиеобсессий агрессивного, сексуального и религиозного содержания, ослабление метаболизма глюкозы в орбитофронтальной коре, а также усиление метаболизма глюкозы в хвостатом теле стриатума справа могут служить предикторами хорошего реагирования на СИОЗС [71, 72].

Наличие симптомов патологического собирательства (хординга), сопутствующая депрессия, а также значительное снижение уровня трудового и социального функционирования могут служить предикторами плохого реагирования на СИОЗС [73-75].

Рекомендуемые дозы СИОЗС приведены в разделе «Приложение А4. Рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения ОКР».

- Кломипрамин** – трициклический антидепрессант (ТЦА) с выраженным серотонинпозитивным действием, который считается «эталонным» антидепрессантом для лечения ОКР. Эффективность кломипрамина** в отношении обсессий и компульсий подтверждена в неоднократно реплицированных РКИ, в том числе крупных многоцентровых испытаниях. Кломипрамин** при ОКР сопоставим по эффективности с СИОЗС либо рассматривается как чуть более эффективный метод лечения, для которого, однако, характерен менее благоприятный чем у СИОЗС профиль безопасности и переносимости [76-81].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

Комментарий:

*Редкими, но опасными нежелательными явлениями при приеме кломипрамина** являются судорожные припадки и гиперферментемия. Более частыми и относительно безопасными нежелательными эффектами являются характерные для всех ТЦА периферические эффекты в виде тахикардии, сухости слизистых, затруднение мочеиспускания, нарушение аккомодации и замедление моторики кишечника. Подавляющее большинство пациентов переносят кломипрамин** удовлетворительно, однако, переносимость этого препарата в целом хуже, чем переносимость СИОЗС [76, 81].*

*Рекомендуемые дозы кломипрамина** приведены в разделе «Приложение А4.*

Рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения ОКР».

- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)
Показано, что непродолжительный курс (12 недель) лечения #венлафоксином сопоставим по эффективности с курсом лечения кломипрамином**, при этом для #венлафоксина характерна лучшая переносимость [82]. В нескольких открытых исследованиях продемонстрирована эффективность #венлафоксина как в отношении фармакологически интактных, так и терапевтически резистентных пациентов с ОКР в дозах от 150 до 375 мг в день, процент реагирующих на терапию был удовлетворительным (30-60%) [83-87]. В сравнительном исследовании с пароксетином** показан сопоставимый эффект в обеих группах, однако, высокая доза пароксетина** (60 мг/сут) может быть более эффективна в терапевтически резистентных случаях, чем #венлафоксин [88].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

#Дулоксетин демонстрирует эффективность в отношении симптомов ОКР, однако, эти данные получены в исследованиях с небольшими выборками и сериях клинических случаев [89, 90]

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – В.

Существуют предварительные данные об эффективности #милнаципрана при ОКР. Данный СИОЗСН в настоящее время не рассматривается как препарат первой линии, однако, он может быть эффективным в ряде терапевтически резистентных случаев

либо в случае наличия фармакокинетических конфликтов (#милнаципран в значительно меньшей степени, чем другие СИОЗСН метаболизируется печенью) [91]

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

Психотерапия

- В крупном мета-анализе 29 РКИ показано, что КПТ (когнитивно-поведенческая терапия) и ее разновидность ERP (exposure and prevention therapy, экспозиционная терапия) при ОКР значительно превосходят по эффективности плацебо (группа ожидания) и неструктурированные методы психологического консультирования. Средняя редукция выраженности симптомов (в большинстве исследований оцениваемая по шкале FLY-BOCS), составила 50-70% [95].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

- Психотерапию следует рассматривать как монотерапию первой линии у фармакологически интактных пациентов с легким или умеренным уровнем дистресса или дезадаптации, у пациентов без тяжелой сопутствующей психиатрической патологии, а также у пациентов, которые по разным причинам предпочитают отложить ПФТ или отказываются от ПФТ [92-95].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

- Психотерапию можно рассматривать как дополнительный (адьювантный к ПФТ) метод на любом этапе лечения при любой выраженности симптомов ОКР. КПТ и экспозиционная терапия могут быть малоэффективными в группах пациентов, злоупотребляющими психоактивными веществами, а также у пациентов с выраженным когнитивным снижением, отсутствием мотивации на психологическое лечение и сопутствующей тяжелой психиатрической патологией. Комбинированная терапия (сопутствующая ПФТ + психотерапия) демонстрирует лучшие показатели эффективности, чем только ПФТ [96-97].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – В.

Критерии оценки эффективности лечения

- Всем пациентам с ОКР, получающим фармакотерапию и (или) психотерапию, следует проводить оценку эффективности проводимого лечения для обоснования принятия клинических решений [1 – 3, 37, 61].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарий:

Методические рекомендации Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) [98] и Американской психиатрической ассоциации (АРА) [99] указывают на необходимость оценивать эффективность проводимой фармакотерапии (в т. ч. с использованием формализованных психометрических инструментов) и пересматривать схему лечения каждые 4-6 недель.

При психотерапии надлежащей продолжительностью курса является 8 или 16 недель с сеансами продолжительностью 90-120 минут 2 или 1 раза в неделю, соответственно. При этом проводить оценку эффективности лечения следует в конце курса психотерапии [100].

Для оценки эффективности проводимой ПФТ и (или) психотерапии следует клиническое интервью (клинико-психопатологическое исследование) и психометрические инструменты (FLY-BOCS и др.) [54 – 59].

Стратегии при неэффективности первого выбора

Комментарий:

*Около 40-60% пациентов, получающих монотерапию ИОЗС (кломипрамином**, СИОЗС или СИОЗСН), не реагируют на адекватный по дозированию и продолжительности (минимум 4-6 недель) курс лечения [101] (реагирование оценивается как редукция общего балла по шкале FLY-BOCS минимум на 25-35% [102]). В руководстве Американской психиатрической ассоциации ОКР [99] рекомендовано рассматривать добавление к ИОЗС других средств, в частности, антипсихотиков первого поколения (АПП) либо второго поколения (АВП), лишь через 8-12 недель монотерапии ИОЗС. Стратегии при неэффективности первой линии терапии могут включать добавление к уже назначенному ИОЗС другого антидепрессанта (добавление кломипрамина** к СИОЗС, либо добавление СИОЗС или СИОЗСН к кломипрамину**), использование доз, превышающих средние терапевтические дозы при ОКР, использование парентеральных форм АД, а также добавление к ИОЗС препаратов других*

*групп и проведение немедикаментозных методов терапии. Любая терапия дополнительными (адъювантными к кломипрамину**) средствами требует тщательного (предпочтительно, еженедельного) мониторинга переносимости и безопасности [62].*

- В открытых исследованиях получены данные об эффективности и безопасности долгосрочной комбинированной терапии кломипрамином** и циталопрамом [103], а также комбинации кломипрамина** с сертралином** или флуоксетином** [104].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – В

- Внутривенное введение антидепрессантов (кломипрамина**) позволяет ускорить наступление терапевтического эффекта, однако, по прошествии 4-6 недель различия в эффективности с сопоставимой пероральной дозой того же антидепрессанта могут сглаживаться [105, 106]. Внутривенное введение кломипрамина** при терапевтической рефрактерности оказалось более эффективным, чем пероральный кломипрамин в двух РКИ [107, 108].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – В

- Использование доз ИОЗС, превышающих рекомендованные при ОКР терапевтические дозы, можно рассматривать как одну из стратегий терапии рефрактерных случаев. Так, в одном РКИ показано преимущество сертралина** в дозе 250-400 мг/сут над стандартными терапевтическими дозами сертралина** [109]. Похожие данные получены в одном открытом исследовании и одном РКИ с высокими (30-50 мг/сут) дозами эсциталопрама [110, 111].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – В

- В рефрактерных случаях ОКР переключение между препаратами первой линии из одной группы (например, замена одного СИОЗС на другой) считается малоэффективной. Замену СИОЗС на кломипрамин** можно рассматривать как более эффективную стратегию [112].

Антипсихотики

- Одним из наиболее изученных и набирающих популярность методов преодоления рефрактерности при ОКР является добавление антипсихотиков первого или второго

поколения (АПП и АВП, соответственно) к уже проводимой терапии ИОЗС [113 – 118]. Для #галоперидола**, #рисперидона** и #арипипразола получены наиболее убедительные данные об эффективности в рефрактерных случаях ОКР (реплицированные положительные результаты в крупных РКИ, систематических обзорах и мета-анализах) [117 – 121].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А

- Данные об эффективности #кветиапина**, #оланзапина** и #палиперидона** при рефрактерном ОКР менее убедительны (нереплицированные положительные РКИ, наличие отрицательных РКИ, отсутствие значимого размера эффекта в мета-анализах) [113 –118, 122].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – В

- Данные об эффективности #амисульприда в качестве адъювантного средства при рефрактерном ОКР получены лишь в одном открытом исследовании [124]

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – В

Комментарий:

В настоящее время ни один антипсихотик не зарегистрирован по этому показанию, ни в ГРЛС Минздрава России, ни зарубежными надзорными органами [116, 118].

*#Рисперидон**, несмотря на небольшое преимущество #галоперидола** по редукции общего балла FLY-BOCS в отдельных РКИ, обладает лучшей переносимостью, чем #галоперидол** (реже провоцирует ЭПС) и с большей вероятностью приводит к улучшению симптомов тревоги и депрессии [123].*

#Клозапин не рекомендован к использованию при ОКР в связи с отсутствием убедительных данных об эффективности. Кроме того, клозапин способен провоцировать возникновение обсессивно-компульсивных симптомов либо приводить к эзацербации (ухудшению) уже имеющихся обсессий и компульсий у пациентов с шизофренией (этот риск дозозависим и составляет 20-25% при первичном назначении пациенту с шизофренией клозапина) [125-127].

Противосудорожные препараты

- В одном небольшом РКИ показана эффективность адъювантной терапии #топираматом** в суточной дозе 50-400 мг (средняя доза 178 мг/сут) в отношении

компульсий (но не obsessions) при рефрактерном ОКР [128]. В другом РКИ с небольшой выборкой показана эффективность адъювантной терапии #топираматом** (100-200 мг/сут) в отношении как obsessions, так и компульсий [129]. В третьем РКИ с схожим дизайном не получено подтверждения эффективности #топирамата** при рефрактерном ОКР [130].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В

- Эффективность #ламотриджина как адъювантного к ИОЗС метода терапии рефрактерного ОКР (в суточной дозе 100-200 мг) показана в нескольких описаниях случаев, а также впоследствии подтверждена в двух РКИ [131-134].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В

- В одном открытом рандомизированном сравнительном исследовании показана потенциальная способность #габапентина ускорять терапевтический эффект флуоксетина** у пациентов с рефрактерным ОКР. При этом в исследовании не получено указаний на большую удельную эффективность комбинированной терапии, а также отмечается большая частота нежелательных эффектов ПФТ в группе комбинированного лечения [135].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С

- Данные об умеренно положительном эффекте #вальпроевой кислоты** в качестве адъювантного средства при рефрактерном ОКР в настоящее время ограничены несколькими описаниями случаев и одной серией случаев [136, 137].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С

Другие средства

- В одном открытом сравнительном исследовании пациентов с ОКР (n=30) показано значимое преимущество над плацебо #миртазапина, седативного гетероциклического антидепрессанта, чей профиль химических эффектов напоминает таковой у ТЦА [138].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С

- #Ондансетрон**, антагонист серотониновых 5HT3-рецепторов в настоящее время используется преимущественно как противорвотное средство. Эффективность и хорошая

переносимость #ондансетрона** в дополнение к ИОЗС при ОКР показаны в нескольких РКИ [139-142]. #Ондансетрон** можно рассматривать как потенциально эффективный альтернативный метод адъювантной терапии (в суточной дозе 1-8 мг) у рефрактерных пациентов с ОКР, которые по разным причинам не могут или не желают принимать АПП или АВП в дополнение к ИОЗС [143].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В

- #Мемантин**, неконкурентный антагонист NMDA-рецепторов, который в настоящее время широко используется для лечения деменции альцгеймеровского типа, показал свою эффективность как адъювантное средство при рефрактерном ОКР в трех РКИ с небольшими группами сравнения [146-148].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – В

Немедикаментозные методы

- Глубокая стимуляция мозга (ГСМ) – нейрохирургический метод лечения, который включает имплантацию в определенные зоны головного мозга (прилежащее ядро, субталамическое ядро, медиальная часть бледного шара и др.) электродов, стимулирующих нервную ткань электрическими импульсами. Отличительной характеристикой метода является его обратимость (то есть, возможность деимплантации электродов) и гибкость, то есть возможность корректировки отдельных параметров стимуляции (частота, интенсивность, сила тока и др.) в ходе лечения. Наиболее широко этот метод применяется на отдаленных этапах болезни Паркинсона для коррекции стойких инвалидизирующих моторных симптомов. При ОКР использование этого метода ограничено рефрактерными случаями и рассматривается, наряду с другими нейрохирургическими методами, как «средство крайнего выбора». Из 63 пациентов с рефрактерным ОКР, которые участвовали в контролируемых и неконтролируемых клинических испытаниях ГСМ, у 34 наблюдалась редукция тяжести симптоматики на 34% и более [149-151].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – В

Комментарий:

При составлении настоящего документа в задачи авторов не входил обзор несогласованных (плохо реплицированных) данных, информации о строго экспериментальных методах лечения

ОКР, информации о методах с доказанной низкой эффективностью, а также данных, полученных в РКИ низкого качества. Среди прочего, в анализ не вошли данные о применении при рефрактерном ОКР #пиндолола, #карбоната лития, #буспирона, #дезипрамина, #суматриптана, #инозитола, #D-циклоксерина и #налтрексона. Информацию о клиническом применении этих фармакологических средств см. в систематических обзорах [144, 145, 152 – 154, 156].

Нелекарственные экспериментальные методы, для которых в настоящее время не получено убедительного подтверждения эффективности при рефрактерном ОКР, включают циклическую (импульсную) транскраниальную магнитную стимуляцию (цТМС), электросудорожную терапию (ЭСТ) и ряд нейрохирургических методик (билатеральная передняя капсулотомия, цингулотомия, субкаудальная трактотомия, палидотомия, таламотомия) [152, 155, 156].

Противорецидивная терапия

- При достижении клинического эффекта после первого этапа лечения (то есть монотерапии ИОЗС в течение 8-12 недель) либо последующих этапов (замена на кломипрамин** либо использование адьювантных к ИОЗС средств и методов лечения в течение 8-12 недель) рекомендуется продолжать терапию в течение 1-2 лет. В случае отмены фармакотерапии дозировки лекарств следует снижать постепенно, на 10-25% каждые 1-2 месяца [61, 144-145, 152-154, 156].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – В

- При высокой тяжести симптомов и наличии рефрактерности фармакотерапию следует проводить неопределенно долго [61, 144-145, 152-154, 156].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С

VIII. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Всем пациентам с ОКР может быть рекомендована психотерапия с целью реабилитации. Во-первых, речь идет о специфических, направленных непосредственно на симптомы ОКР, методах психотерапии (КПТ, ERP), которые прямо способствуют

реабилитации пациента и улучшению его социально-трудового и медицинского прогноза. Во-вторых, могут быть рекомендованы неспецифические методы психотерапии, направленные на сопутствующие факторы, связанные с образом жизни, уровнем адаптации и совладанием со стрессом (групповая терапия, экзистенциально-гуманистическая терапия, семейная терапия, кратковременное психологическое консультирование) [1, 2, 92-94].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – В

IX. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Пациентам с ОКР рекомендовано как можно более раннее начало лечения, регулярное амбулаторное наблюдение, соблюдение надлежащего режима приема ПФТ и расписания сессий психотерапии, а также коррекция сопутствующих факторов риска, связанных со здоровьем и образом жизни [1 – 3]. Специфической профилактики, направленной на предотвращение симптомов ОКР, не существует.

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

- При наличии парасуицидальных и суициальных мыслей или действий может потребоваться активное диспансерное наблюдение [1 – 3].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

X. Организация оказания медицинской помощи

Фармакотерапия ОКР разделяется на три этапа – острая (купирующая), продолженная (стабилизирующая) и поддерживающая (профилактическая/противорецидивная) [1].

Психотерапия (КПТ, ERP) в том числе используется для реабилитации и способствует улучшению социально-трудовой адаптации (реабилитации), снижению сопутствующего болезни дистресса и применима на любом этапе лечения [1-3].

Показаниями для стационарного лечения (госпитализации) могут являться сопутствующая депрессия, тяжелый дистресс, наличие суицидальных и парасуицидальных мыслей и суицидального риска, рефрактерность к лечению, требующая более интенсивных терапевтических мероприятий в условиях стационара, а также выраженная социально-трудовая дезадаптация (например, вследствие ограничительного поведения или тяжелых

инвалидизирующих компульсий). После стационарного лечения основанием для выписки из больницы являются улучшение состояния, удовлетворительная переносимость новой схемы лечения и отсутствие суицидального риска.

XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Факторы, способствующие развитию неблагоприятного течения и терапевтической резистентности

- Коморбидные психические расстройства (расстройство личности, депрессия, расстройство шизофренического спектра и др.).
- Неблагоприятные социальные и семейные условия (отсутствие поддерживающего окружения, одиночество).
- Неблагоприятные факторы, связанные с образом жизни (стрессовые ситуации, гиподинамия, отсутствие здорового режима труда и отдыха, надлежащего режима «сон-бодрствование»).
- Низкая комплаентность (плохая приверженность лечению)
- Сопутствующее злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами (в частности, стимуляторами и бензодиазепинами).
- Применение АПП, за исключением небольших доз галоперидола. Экстрапирамидные нарушения, возникающие при приеме дофаминовых антагонистов, могут усиливать компульсии (моторные навязчивости).
- Необоснованное применение нескольких препаратов, усиливающих серотонинергическую активность (ИМАО в сочетании с кломипрамином, СИОЗС или СИОЗСН) может увеличивать риск развития серотонинового синдрома.
- Необоснованное сокращение сроков противорецидивной терапии может приводить к обострению симптоматики.

XII. Критерии оценки качества медицинской помощи

| Критерии качества | Уровень достоверности доказательств | Уровень убедительности рекомендаций |
|--|--|--|
| Проведено полное психиатрическое обследование (включая сбор объективного и субъективного | C | 5 |

| | | |
|--|---|---|
| анамнеза, оценку суицидального риска) | | |
| Проведено клиническое обследование, позволяющее исключить сопутствующую патологию и другие факторы риска | C | 5 |
| При выявлении показаний, проведены дополнительные методы исследования (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, ТТГ, Т3, Т4, ЭКГ, МРТ и др.). | C | 5 |
| Назначено инициальное лечение (психофармакотерапия и (или) психотерапия) | A | 1 |
| Проведена оценка эффективности лечения (в зависимости от метода на 14-й – 28-й дни) | A | 1 |
| В случае отсутствия или недостаточной выраженности эффекта терапии первого выбора (наличие терапевтической резистентности), терапия скорректирована | A | 1 |
| Достигнуто снижение интенсивности (тяжести) симптомов ОКР, их частоты и продолжительности, а также уровня дистресса и нарушения адаптации у пациента | A | 1 |

ХIII. Список литературы

1. Мосолов С.Н. Обсессивно-компульсивное расстройство (диагностика, клиника, терапия): монография / С.Н. Мосолов. – М.: 2005. — 56 с.
2. Колюцкая Е.В., Смулевич А.Б. Невротические расстройства // Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». — 2016. — С. 349-368.
3. Abramowitz J.S. Obsessive-compulsive disorder / J.S. Abramowitz, S. Taylor, D. McKay // Lancet. – 2009. – Vol. – 374. — № 9688. – P. 491–499.
4. Milad M.R. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways / M.R. Milad, S.L. Rauch // Trends in Cognitive Sciences. — 2012. – Vol. 16. — №1. – P. 43-51.

5. Brain circuitry of compulsivity / O.A. van den Heuvel [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2016. — Vol. 26. — №5. – P. 810-827.
6. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration / V. Brakoulias [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2017. – Vol. 76. – P. 79-86.
7. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective / D.L. Pauls [et al.] // *Nature Reviews. Neuroscience*. – 2014. – Vol. 15. — №6. – P. 410-424.
8. International Obsessive-Compulsive Disorder Foundation Genetics Collaborative (IOCDF-GC) and OCD Collaborative Genetics Association Studies (OC GAS). Revealing the complex genetic architecture of obsessive-compulsive disorder using meta-analysis / *Molecular Psychiatry*. – 2018. – Vol. 23. — №5. – P. 1181-1188.
9. Whole-genome association analysis of treatment response in obsessive-compulsive disorder / H. Qin [et al.] // *Molecular Psychiatry*. – 2016. – Vol. 21. — №2. – P. 270-276.
10. Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder / S.E. Stewart [et al.] // *Molecular Psychiatry*. – 2013. – Vol. 18. — №7. – P. 788-798.
11. Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation / G. Brander [et al.] // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2016. – Vol. 65. – P. 36-62.
12. Snider L.A. PANDAS: current status and directions for research / L.A. Snider, S.E. Swedo // *Molecular Psychiatry*. – 2004. — Vol. 9. – P. 900-907.
13. Moving from PANDAS to CANS / H.S. Singer [et al.] // *The Journal of Pediatrics*. – 2012. – Vol. 160. — №5. – P. 725-731.
14. Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study / V. Guglielmi [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2014. – Vol. 31. — №12. – P. 979-987.
15. Fostick L. Acute obsessive-compulsive disorder (OCD) in veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD) / L. Fostick, N. Nacasch, J. Zohar // *World Journal of Biological Psychiatry*. – 2012. – Vol. 13. — №4. – P. 312-315.
16. Coetzer B.R. Obsessive-compulsive disorder following brain injury: a review / B.R. Coetzer // *International Journal of Psychiatry in Medicine*. – 2004. – Vol. 34. — №4. – P. 363-377.
17. Neurosurgical targets for compulsivity: what can we learn from acquired brain lesions? / M. Figee [et al.] // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. – 2013. – Vol. 37. — №3. – P. 328-339.

18. Dorsal anterior cingulotomy and anterior capsulotomy for severe, refractory obsessive-compulsive disorder: a systematic review of observational studies / L.T. Brown [et al.] // *Journal of Neurosurgery*. – 2016. – Vol. 124. — №1. – P. 77-89.
19. Ahmari S.E. Using mice to model Obsessive Compulsive Disorder: From genes to circuits / S.E. Ahmari // *Neuroscience*. – 2016. – Vol. 321. — P. 121-137.
20. Monteiro P. Learning From Animal Models of Obsessive-Compulsive Disorder / P. Monteiro, G. Feng // *Biological Psychiatry*. – 2016. – Vol. 79. — №1. – P. 7-16.
21. Multicenter voxel-based morphometry mega-analysis of structural brain scans in obsessive-compulsive disorder / S.J. de Wit [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. — 2014. – Vol. 171. – №1. — P. 340-349.
22. Distinct Subcortical Volume Alterations in Pediatric and Adult OCD: A Worldwide Meta-and Mega-Analysis / P.S. Boedhoe [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. — 2017. – Vol. 174. — №1. – P. 60-69.
23. Insel T.R. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection? / T.R Insel // *Biological Psychiatry*. – 1985. — Vol. 20. — №11. – P. 1174-1188.
24. Role of dopamine in the pathophysiology and treatment of obsessive-compulsive disorder / M.S. Koo [et al.] // *Expert Review of Neurotherapeutics*. – 2010. — Vol. 10. — №2. – P. 275-290.
25. Pittenger C. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment / C. Pittenger, M.H. Bloch, K. Williams // *Pharmacology & Therapeutics*. – 2011. – Vol. 132. — №3. – P. 314-332.
26. The role of glutamate signaling in the pathogenesis and treatment of obsessive-compulsive disorder / K. Wu [et al.] // *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*. – 2012. – 100. — №4. – P. 726-735.
27. Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity / Grant J.E. [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2007. – Vol. 152. — №1. – P. 21-27.
28. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions / M.A. Fullana [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 2009. – Vol. 166. — №3. – P. 329-336.
29. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R.C. Kessler [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62. — №6. – P. 617-627.
30. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders / K.A. Phillips [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2007. – Vol. 24. — №6. – P. 399-409.

31. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication / A.M. Ruscio [et al.] // *Molecular Psychiatry*. – 2010. — Vol. 15. — №1. – P. 53–63.
32. The cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross-National Collaborative Group / M.M. Weissman [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 1994. – Vol. 55. – Suppl. 5-10.
33. Pinto A. Personality features of OCD and spectrum conditions. In: *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders*, Steketee G (Ed) / A. Pinto, J.L.Eisen. — New York: Oxford University Press, 2012.
34. Clinical features of tic-related obsessive-compulsive disorder: results from a large multicenter study / P. Gomes de Alvarenga [et al.] // *CNS Spectrums*. – 2012. – Vol. 17. – №2. — P. 87-93.
35. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective / O.J. Bienvenu [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2012. – Vol. 42. — №1. – P. 1-13.
36. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association / A.M. Achim [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2011. — Vol. 37. — №4. – P. 811-821.
37. Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications / Pallanti S. [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2011. – Vol. 2. – P. 70.
38. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa / W.H. Kaye [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 16. — №12. — P. 2215-2221.
39. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders / W.H. Organization. – World Health Organization, 1993.
40. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) / American Psychiatric Association, Arlington, VA, 2013.
41. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study / F. Catapano [et al.] // *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. – 2010. – Vol. 34. – P. 323-330.
42. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder / J.L. Eisen [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2010. – Vol. 71. – №8. — P. 1033-1039.
43. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder / E.B. Foa [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 1995. — Vol. 152. — №1. – P. 90-96.

44. Phenomenology of OCD: lessons from a large multicenter study and implications for ICD-11 / Shavitt R.G. [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 2014. — Vol. 57. – P. 141-148.
45. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory--Part 2: Factor analyses and testing of a brief version / Obsessive Compulsive Cognitions Working Group // *Behavioral Research and Therapy*. – 2005. – Vol. 43. — №11. – P. 1527-1542.
46. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis / I. Angelakis [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2015. – Vol. 39. – P. 1-15.
47. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V / J.F. Leckman [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2010. – Vol. 27. — №6. – P. 507–527.
48. Skoog G. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder / G. Skoog, I. Skoog // *Archives of General Psychiatry*. – 1999. – Vol. 56. — №2. – P. 121-127.
49. Response versus remission in obsessive-compulsive disorder / H.B. Simpson [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2006. – Vol. 67. — №2. — P. 269-276.
50. Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls / J.D. Huppert [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2009. – Vol. 26. — №1. — P. 39-45.
51. Koran L.M. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder / L.M. Koran, M.L. Thienemann, R. Davenport // *The American Journal of Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153. – №6. – P. 783-788.
52. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder / J. Bobes [et al.] // *European Psychiatry*. – 2001. – Vol. 16. – №4. — P. 239-245.
53. Ravizza L. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder / L. Ravizza, G. Maina, F. Bogetto // *Depression and Anxiety*. – 1997. – Vol. 6. — №4. – P. 154-158.
54. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability / W.K. Goodman [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1989. – Vol. 46. — №11. – P. 1006-1011.
55. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. II. Validity / W.K. Goodman [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1989. – Vol. 46. — №11. – P. 1012-1016.
56. Steketee G. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: interview versus self-report / G. Steketee, R. Frost, K. Bogart // *Behavior Research and Therapy*. – 1996. – Vol. 34. — №8. – P. 675-684.

57. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale / J.S. Abramowitz [et al.] // *Psychological Assessment*. – 2010. – Vol. 22. — №1. – P. 180-198.
58. The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample / J.D. Huppert [et al.] // *Journal of Anxiety Disorders*. — 2007. — Vol. 21. — №3. – P. 394-406.
59. Florida Obsessive-Compulsive Inventory: development, reliability, and validity / E.A. Storch [et al.] // *The Journal of Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 63. — №9. – P. 851-859.
60. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis / P. Skapinakis [et al.] // *Lancet Psychiatry*. – 2016. – Vol. 3. — №8. – P. 730-739.
61. Hirschtritt M.E. Obsessive-compulsive disorder: Advances in diagnosis and treatment / M.E. Hirschtritt, M.H. Bloch, C.A. Mathews // *JAMA*. – 2017. – Vol. 317. — № 13. – P. 1358-1367.
62. Pallanti, S. Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: methodological issues, operational definitions and therapeutic lines / S. Pallanti, L. Quercioli // *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. – 2006. – Vol. 30. — №3. – P. 400-412.
63. Cottraux, J. Combining Pharmacotherapy with cognitive-behavioral interventions for obsessive-compulsive disorder / J. Cottraux, M.A. Bouvard, M. Milliere // *Cognitive Behavioral Therapy*. – 2005. – Vol. 34. — №3. – P. 185-192.
64. Kaplan A. A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder / A. Kaplan, E. Hollander // *Psychiatric Services*. – 2003. – Vol. 54. — №8. – P. 1111-1118.
65. Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder / H.B. Simpson [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2004. – Vol. 19. — №4. – P. 225-233.
66. Escitalopram in obsessive-compulsive disorder: a randomized, placebo-controlled, paroxetine-referenced, fixed-dose, 24-week study / D.J. Stein [et al.] // *Current Medical Research and Opinion*. – 2007. – Vol. 23. — №4. – P. 701-711.
67. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD) / G.M. Soomro [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2008. – Vol. 1. — CD001765.
68. Early onset of response with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis / Y. Issari [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2016. – Vol. 77. — №5. – P. e605-e611.

69. Sustained response versus relapse: the pharmacotherapeutic goal for obsessive-compulsive disorder / N.A. Fineberg [et al.] // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2007. – Vol. 22. — №6. – P. 313-322.
70. Escitalopram prevents relapse of obsessive-compulsive disorder / N.A. Fineberg [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2007. – Vol. 17. — № 6-7. – P. 430-439.
71. Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder / A. Landeros-Weisenberger [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2010. – Vol. 121. — №1-2. – P. 175-179.
72. Differential brain metabolic predictors of response to paroxetine in obsessive-compulsive disorder versus major depression / S. Saxena [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160. — №3. – P. 522-532.
73. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder / D. Mataix-Cols [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. — №9. – P. 1409-1416.
74. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder / S. Erzegovesi [et al.] // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. – 2001. – Vol. 21. — №5. – P. 488-492.
75. Clinical predictors of response to pharmacotherapy with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder / R. Tükel [et al.] // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2006. – Vol. 60. — №4. – P. 404-409.
76. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A critical review / B. Dell’Osso [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2006. – Vol. 67. — №4. – P. 600-610.
77. Fallon B.A. Biological therapies for obsessive-compulsive disorder / B.A. Fallon, S.J. Mathew // *Journal of Psychiatric Practice*. – 2000. – Vol. 6. — №3. – P. 113-128.
78. Obsessive-compulsive disorder: a double-blind placebo-controlled trial of clomipramine in 27 patients / M.A. Jenike [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 1989. – Vol. 146. — №10. – P. 1328-1330.
79. Clomipramine and obsessive-compulsive disorder: a placebo-controlled double-blind study of 32 patients / J.H. Greist [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 1990. – Vol. 51. — №7. – P. 292-297.
80. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder / E.B. Foa [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. — №1. – P. 151-161.
81. Zohar J. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder / J. Zohar, R. Judge // *British Journal of Psychiatry*. – 1996. – Vol. 169. — №4. – P. 468-474.

82. Venlafaxine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary single-blind, 12-week, controlled study / U. Albert [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2002. — Vol. 63. — №11. – P. 1004-1009.
83. Rauch S.L. Open treatment of obsessive-compulsive disorder with venlafaxine: a series of ten cases / S.L. Rauch, R.L. O’Sullivan, M.A. Jenike // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. – 1996. – Vol. 16. — №1. – P. 81-84.
84. Sevincok, L. Venlafaxine open-label treatment of patients with obsessive-compulsive disorder / L. Sevincok, B. Uygur // *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 36. — №6. – P. 817.
85. Venlafaxine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder / E. J. Hollander [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2003. – Vol. 64. — №5. – P. 546-550.
86. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder / M.R. Liebowitz, A.J. Gelenberg, D. Munjack // *Archives of General Psychiatry*. — 2005. – Vol. 62. — №2. – P. 190-198.
87. Efficacy of low and higher dose extended-release venlafaxine in generalized social anxiety disorder: a 6-month randomized controlled trial / M.B. Stein [et al.] // *Psychopharmacology (Berl.)*. – 2005. – Vol. 177. — №3. – P. 280-288.
88. A double-blind comparison of venlafaxine and paroxetine in obsessive-compulsive disorder / D. Denys [et al.] // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. – 2003. — Vol. 23. — №6. – P. 568-575.
89. Switching from serotonin reuptake inhibitors to duloxetine in patients with resistant obsessive-compulsive disorder: a case series / B. Dell’osso [et al.] // *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*. – 2008. – Vol. 22. — №2. – P. 210-213.
90. High-dose duloxetine for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a case report with sustained full remission / Y.W. Yeh [et al.] // *Clinical Neuropharmacology*. – 2009. – Vol. 32. — №3. – P. 174-176.
91. Yoshida K. Successful treatment of severe antidepressant-induced nausea with a combination of milnacipran and olanzapine / K. Yoshida, H. Higuchi, N. Ozaki // *Pharmacopsychiatry*. – 2007. – Vol. 40. — №2. – P. 84-85.
92. Abramowitz J.S. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach / J.S. Abramowitz – Mahwah, New Jersey: Erlbaum, 2006.
93. Wilhelm S. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A guide for professionals / S. Wilhelm, G. Steketee – Oakland: New Harbinger. — 2006.
94. Clark D.A. Cognitive-behavioral therapy for OCD / D.A. Clark — New York: Guilford Press. — 2004.

95. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014 / L.G. Öst [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2015. – Vol. 40. – P. 156-169.
96. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment / N.H. Tenneij [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66. — №9. – P. 1169-1175.
97. A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder / H.B. Simpson [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165. — №30. — P. 621-630.
98. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders — first revision / B. Bandelow [et al.] // *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2008. – Vol. 9. — №4. – P. 248-312.
99. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder / American Psychiatric Association – Arlington. — 2007.
100. Abramowitz J.S. Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: effects of intensive versus twice-weekly sessions / J.S. Abramowitz, E.B. Foa, M.E. Franklin // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2003. – Vol. 71. – P. 394.
101. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment / E. Hollander [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2002. – Vol. 63. - №6. - P. 20-29.
102. Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder. A double-blind comparison with placebo / W.K. Goodman [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1989. – Vol. 46. - №1. – P. 36-44.
103. Effectiveness of long-term augmentation with citalopram to clomipramine in treatment-resistant OCD patients / D. Marazziti [et al.] // *CNS Spectrums*. – 2008. - Vol. 13. - №11. – P. 971-976.
104. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD): long-term trial with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) / L. Ravizza [et al.] // *Psychopharmacology Bulletin*. – 1996. – Vol. 32. - №1. – P. 167-173.
105. Ravindran L.N. Intravenous anti-obsessive agents: a review / L.N. Ravindran, S.M. Jung, A.V. Ravindran // *The Journal of Psychopharmacology (Oxford)*. – 2010. – Vol. 24. - №3. – P. 287-296.
106. Pallanti S. Citalopram intravenous infusion in resistant obsessive-compulsive disorder: an open trial / S. Pallanti, L. Quercioli, L.M. Koran // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2002. – Vol. 63. - №9. – P.796-801.

107. Intravenous clomipramine for obsessive-compulsive disorder refractory to oral clomipramine: a placebo-controlled study / B.A. Fallon [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1998. – Vol. 55. - №10. – P. 918-924.
108. Koran L.M. Rapid benefit of intravenous pulse loading of clomipramine in obsessive-compulsive disorder / L.M. Koran, F.R. Sallee, S. Pallanti // The American Journal of Psychiatry. – 1997. – Vol. 154. - №3. – P. 396-401.
109. High-dose sertraline strategy for nonresponders to acute treatment for obsessive-compulsive disorder: a multicenter double-blind trial / P.T. Ninan [et al.] // The Journal of Clinical Psychiatry. – 2006. – Vol. 67. - №1. – P. 15-22.
110. Rabinowitz I. High-dose escitalopram for the treatment of obsessive-compulsive disorder / I. Rabinowitz, Y. Baruch, Y. Barak // International Clinical Psychopharmacology. – 2008. - Vol. 23. - №1. – P. 49-53.
111. Open-label study of high (30 mg) and moderate (20 mg) dose escitalopram for the treatment of obsessive-compulsive disorder / D.D. Dougherty [et al.] // International Clinical Psychopharmacology. – 2009. – Vol. 24. - №6. – P. 306-311.
112. Efficacy of sertraline in the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder / L.M. Koran [et al.] // The American Journal of Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. - №1. – P. 88-95.
113. Pharmacological treatment strategies in obsessive compulsive disorder: A cross-sectional view in nine international OCD centers / M. Van Ameringen [et al.] // The Journal of Psychopharmacology (Oxford). – 2014. – Vol. 28. - №6. – P. 596-602.
114. Role and clinical implications of atypical antipsychotics in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, trauma-related, and somatic symptom disorders: a systematized review / U. Albert [et al.] // International Clinical Psychopharmacology. - 2016. -Vol. 31. - №5. – P. 249-258.
115. A systematic review of evidence-based treatment strategies for obsessive-compulsive disorder resistant to first-line pharmacotherapy / U. Albert [et al.] // Current Medicinal Chemistry. – 2018. – Vol. 25. - №41. – P. 5647-5661.
116. Second-generation antipsychotics for obsessive compulsive disorder / K. Komossa [et al.] // Cochrane Database Systematic Review. – 2010. – Vol. 12. - №12. - CD008141.
117. Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials / M. Dold [et al.] // The International Journal of Neuropsychopharmacology. – 2013. – Vol. 16. - №3. – P. 557-574.

118. Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: an update meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials / M. Dold [et al.] // *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. – 2015. – Vol. 18. - №9.
119. A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder / C.J. McDougle [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2000. – Vol. 57. - №8. – P. 794-801.
120. Cognitive-behavioral therapy vs. risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial / H.B. Simpson [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2013. – Vol. 70. – №11. – P. 1190-1199.
121. Effects of aripiprazole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (a double-blind clinical trial) / M. Sayyah [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2012. – Vol. 29. - №10. – P. 850-854.
122. Double-blind, placebo-controlled, pilot trial of paliperidone augmentation in serotonin reuptake inhibitor-resistant obsessive-compulsive disorder / Storch, E.A. [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2013. – Vol. 74. - №6. – P. e527-e532.
123. Risperidone and haloperidol augmentation of serotonin reuptake inhibitors in refractory obsessive-compulsive disorder: a crossover study / X. Li [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66. - №6. - P. 736-743.
124. Amisulpiride augmentation in treatment resistant obsessive-compulsive disorder: an open trial / O. Metin [et al.] // *Human Psychopharmacology*. – 2003. – Vol. 18. - №6. – P. 463-467.
125. Obsessive-compulsive symptoms and disorder in patients with schizophrenia treated with clozapine or haloperidol / A.R. Sa [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2009. – Vol. 50. - №5. – P. 437-442.
126. Obsessive-compulsive symptoms in patients with schizophrenia: a naturalistic cross-sectional study comparing treatment with clozapine, olanzapine, risperidone, and no antipsychotics in 543 patients / A.A. Scheltema Beduin [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2012. – Vol. 73. - №11. – P. 1395-1402.
127. Relationship of obsessive-compulsive symptoms/disorder with clozapine: A retrospective study from a multispeciality tertiary care centre / S. Grover [et al.] // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 15. – P. 56-61.
128. Double-blind, placebo-controlled trial of topiramate augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder / H.A. Berlin [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2011. – Vol. 72. - №5. – P. 716-721.

129. Topiramate Augmentation in Resistant OCD: A Double-Blind Placebo-Controlled Clinical Trial / A. Mowla [et al.] // *CNS Spectrum*. – 2010. – Vol. 15. - №11. – P. 613-617.
130. Topiramate augmentation in refractory obsessive-compulsive disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial / H. Afshar [et al.] // *Journal of Research in Medical Sciences*. – 2014. – Vol. 19. - №10. – P. 976-981.
131. Uzun O. Lamotrigine as an augmentation agent in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a case report / O. Uzun // *The Journal of Psychopharmacology (Oxford)*. – 2010. – Vol. 24. - №3. – P. 425-427.
132. Arrojo-Romero M. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in severe and long-term treatment-resistant obsessive-compulsive disorder / M. Arrojo-Romero, M. Tajés Alonso, J. de León // *Case Reports Psychiatry*. – 2013. – Vol. 2013.
133. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study / A. Bruno [et al.] // *The Journal of Psychopharmacology (Oxford)*. – 2012. – Vol. 26. - №11. – P. 1456-1462.
134. Lamotrigine augmentation versus placebo in serotonin reuptake inhibitors-resistant obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial / M. Khalkhali [et al.] // *Iranian Journal of Psychiatry*. – 2016. – Vol. 11. - №2. – P. 104-114.
135. Onder E. Does gabapentin lead to early symptom improvement in obsessive-compulsive disorder? / E. Onder, U. Tural, M. Gökbakan // *The European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2008. – Vol. 258. – №6. – P. 319-323.
136. Deltito J.A. Valproate pretreatment for the difficult-to-treat patient with OCD / J.A. Deltito // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 1994. – Vol. 55. - №11. – P. 500.
137. Valproate monotherapy in an SRI-intolerant OCD patient / G. Corá-Locatelli [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 1998. – Vol. 59. - №2. – P. 82.
138. Mirtazapine for obsessive-compulsive disorder: an open trial followed by double-blind discontinuation / L.M. Koran [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66. - №4. – P. 515-520.
139. Ondansetron augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a preliminary, single-blind, prospective study / S. Pallanti [et al.] // *CNS Drugs*. – 2009. - Vol. 23. - №12. – P. 1047-1055.
140. Ondansetron augmentation in patients with obsessive-compulsive disorder who are inadequate responders to serotonin reuptake inhibitors: improvement with treatment and worsening following discontinuation / S. Pallanti [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2014. – Vol. 24. - №3. – P. 375-380

141. A double-blind, placebo-controlled pilot study of ondansetron for patients with obsessive-compulsive disorder / F. Soltani [et al.] // *Human Psychopharmacology*. – 2010. – Vol. 25. - №6. - P. 509-513.
142. Ondansetron or placebo in the augmentation of fluvoxamine response over 8 weeks in obsessive-compulsive disorder / M. Heidari [et al.] // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2014. – Vol. 29. - №6. – P. 344-350.
143. Andrade C. Ondansetron augmentation of serotonin reuptake inhibitors as a treatment strategy in obsessive-compulsive disorder / C. Andrade // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2015. – Vol. 76. - №1. – P. e72-e75.
144. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: Evidence-based treatment and beyond / N.A. Fineberg [et al.] // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 47. - №2. – P. 121–141.
145. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) / A. Del Casale [et al.] // *Current Neuropharmacology*. – 2019. - Vol. 17. - №8. – P. 1-27.
146. Memantine add-on in moderate to severe obsessive-compulsive disorder: randomized double-blind placebo-controlled study / A. Ghaleiha [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 2013. – Vol. 47. - №2. – P. 175-180.
147. In a double-blind, randomized and placebo-controlled trial, adjuvant memantine improved symptoms in inpatients suffering from refractory obsessive-compulsive disorders (OCD) / M. Haghghi [et al.] // *Psychopharmacology (Berl.)*. – 2013. - Vol. 228. - №4. – P. 633-640.
148. Memantine augmentation improves symptoms in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial / A. Modarresi [et al.] // *Pharmacopsychiatry*. – 2018. – Vol. 51. - №6. – P. 263-269.
149. Current status of deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: a clinical review of different targets / P.P. de Koning [et al.] // *Current Psychiatry Reports*. – 2011. – Vol. 13. - №4. – P. 274-282.
150. Deep brain stimulation for refractory obsessive-compulsive disorder / J.L. Abelson [et al.] // *Biological Psychiatry*. – 2005. – Vol. 57. - №5. – P. 510-516.
151. Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder / D. Denys [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2010. – Vol. 67. – №10. - P. 1061-1068
152. Мосолов С.Н. Современные тенденции в терапии обсессивно-компульсивного расстройства: от научных исследований к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина -

- клинической практике) / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль. - 2012. – С. 669-702.
153. Волель Б.А. Современные психофармакологические подходы в лечении обсессивно-компульсивных расстройств / Б.А. Волель // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — № 3. — С. 104-106.
154. Мосолов С.Н. Алгоритм биологической терапии обсессивно-компульсивного расстройства / Мосолов С.Н., Алфимов П.В. // Современная терапия психических расстройств. – 2013. – №1. – С. 41-44.
155. Капилетти С. Г., Цукарзи Э. Э., Мосолов С. Н. Монотерапия транскраниальной магнитной стимуляцией депрессивных и обсессивно-компульсивных состояний // Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под. ред. С.Н. Мосолова. — М.: Бином. - 2002. — С. 593–605.
156. Seibell P.J. Management of obsessive-compulsive disorder / P.J. Seibell, E. Hollander // F1000 Prime Reports. – 2014. – Vol. 6. – P. 68

XIV. Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Алфимов Павел Викторович – младший научный сотрудник, Отдел нелекарственных методов и интенсивной терапии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского», член РОП
2. Букреева Наталья Дмитриевна – доктор медицинских наук, Заслуженный врач РФ, член Правления Российского общества психиатров
3. Мосолов Сергей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом терапии психических заболеваний Московского НИИ Психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского», член РОП

Конфликт интересов отсутствует.

XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-психиатры
2. Врачи-психотерапевты

3. Медицинские психологи

4. Врачи общей практики (семейные врачи)

1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

| | |
|-----|---|
| УДД | Расшифровка |
| 1. | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2. | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3. | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4. | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5. | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

| | |
|-----|--|
| УДД | Расшифровка |
| 1. | Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2. | Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3. | Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4. | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль" |
| 5. | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

| | |
|-----|-------------|
| УУР | Расшифровка |
|-----|-------------|

| | |
|---|---|
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| В | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| С | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года и не чаще 1 раза в 6 месяцев

XVI. Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, обсессивно-компульсивном расстройстве» от 20 декабря 2012 г. №1227н.

XVII. Приложение А4. Рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения ОКР

| Препарат | Рекомендуемая доза, мг/сут |
|----------|----------------------------|
|----------|----------------------------|

| | |
|----------------|-----------|
| СИОЗС | |
| Пароксетин** | 40 – 60 |
| Флуоксетин** | 40 – 80 |
| Сертралин** | 50 – 200 |
| Флувоксамин | 100 – 300 |
| Циталопрам | 20 – 60 |
| Эсциталопрам | 10 – 20 |
| ТЦА | |
| Кломипрамин** | 100 – 250 |
| СИОЗСН | |
| #Венлафаксин | 225 – 375 |
| #Дулоксетин | 60 – 120 |
| #Милнаципран | 50 – 100 |
| АПП | |
| #Галоперидол** | 1-5 |
| АВП | |

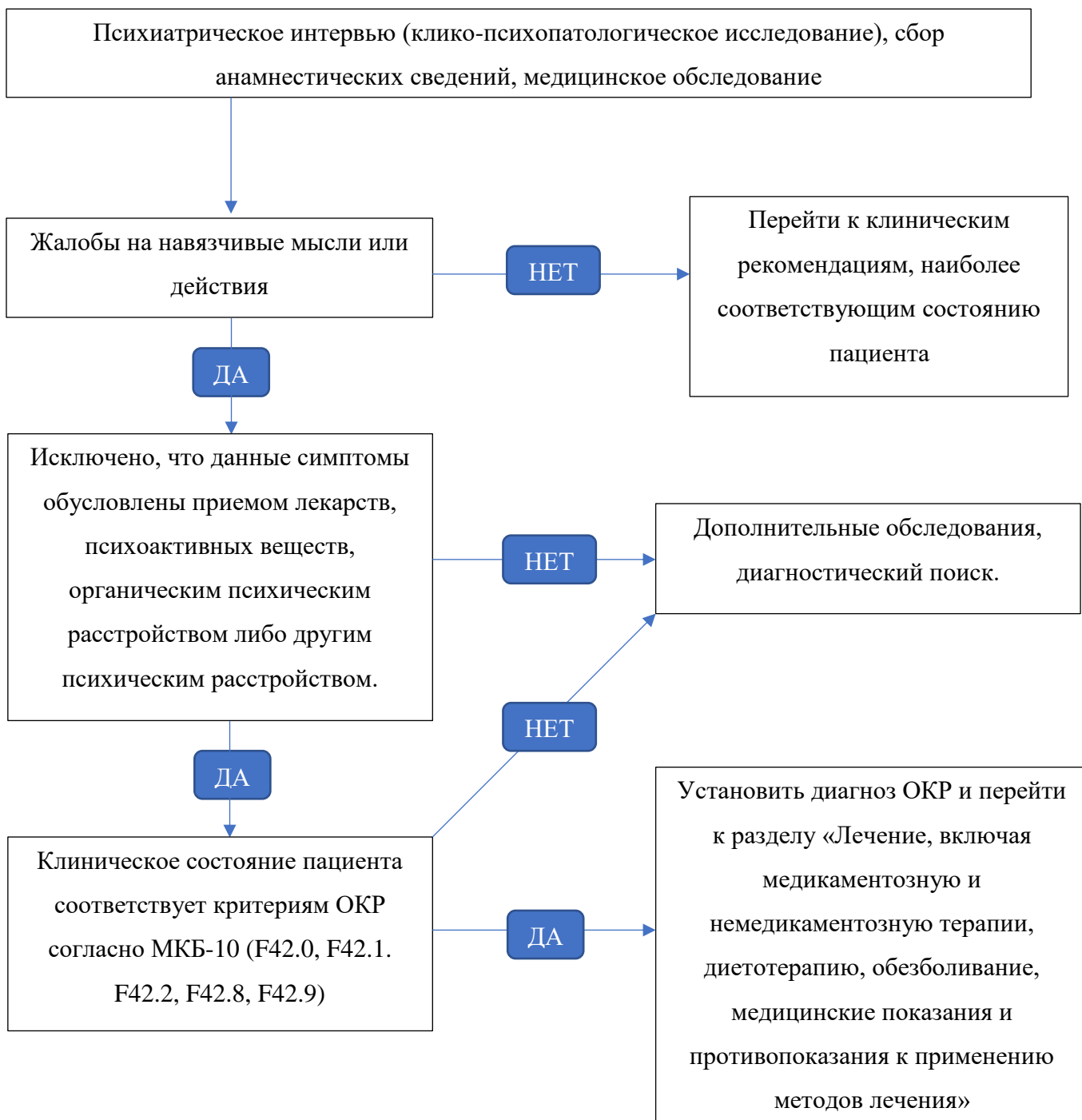
| | |
|-----------------------------|---------|
| #Арипипразол | 5-15 |
| #Амисульприд | 200-600 |
| #Кветиапин** | 50-500 |
| #Оланзапин** | 5-15 |
| #Палиперидон** | 3-6 |
| #Рисперидон** | 0,5-4 |
| Противосудорожные препараты | |
| #Вальпроевая кислота** | 300-500 |
| #Габапентин | 300-900 |
| #Ламотриджин | 100-200 |
| #Топирамат** | 100-200 |
| Другие средства | |
| #Мемантин** | 10-20 |
| #Миртазапин | 30-60 |
| #Ондансетрон** | 1-8 |

XVIII. Приложение Б. Алгоритмы действий врача

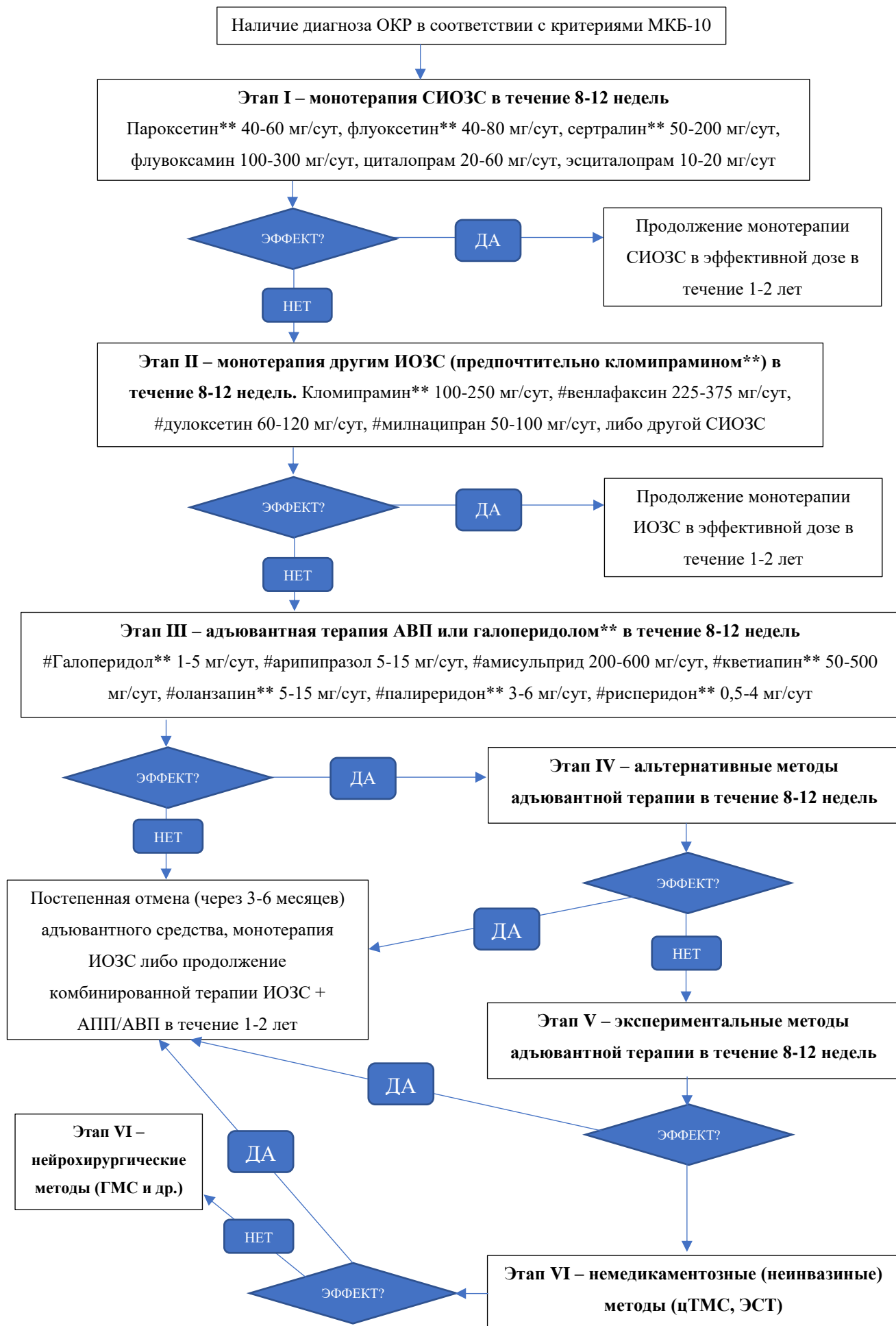
Приложение Б1. Алгоритм ведения пациентов с ОКР



Приложение Б2. Алгоритм диагностики ОКР



Приложение Б3. Алгоритм терапии ОКР



Комментарий:

После установления диагноза ОКР, тяжести симптоматики, возраста начала, типологии, симптомов мишеней, коморбидных расстройств, а также оценки эффективности и переносимости предшествующей терапии нужно перейти к Этапу I алгоритма – монотерапии одним из СИОЗС первой линии в течение 8–12 недель.

Используются дозировки СИОЗС, превышающие таковые при других тревожных расстройствах (см. схему). При отсутствии эффекта следует уточнить диагностику и исключить ятрогенные причины неэффективности, среди которых основными являются недостаточная дозировка и (или) неадекватная продолжительность терапии.

*В случае истинной неэффективности или интолерантности к первому курсу СИОЗС следует перейти к Этапу II – монотерапии кломипрамином или другим ИОЗС (также в течение 8–12 недель). Эффективность двух методов второго этапа (переход на другой СИОЗС или на кломипрамин**) сопоставима – в обоих случаях терапевтический эффект наступает у 30–40% больных. Эффективность перехода на другие ИОЗС (препараты из группы СИОЗСН) требует дальнейшего уточнения. В случае кломипрамина** для усиления терапевтического эффекта допустимо внутривенное введение в течение 10–14 дней (в стационарных условиях с мониторингом сердечно-сосудистых функций) с последующим переходом на пероральный прием. При достижении эффекта переходят к длительному (предпочтительно 1-2 года) периоду монотерапии тем же ИОЗС в прежних или чуть меньших дозах (для кломипрамина** поддерживающая доза может быть значительно ниже лечебной).*

*При неэффективности описанных методов переходят к адъювантной терапии в течение 8–12 недель (этапы III – V). В настоящее время наиболее эффективными признаны комбинация ИОЗС с АВП или #галоперидолом**. При использовании таких комбинаций необходим тщательный мониторинг соматического и психического состояния пациента (предпочтительно каждую неделю). Предпочтительными АВП являются #арипипразол, #рисперидон** и, в меньшей степени, #кветиапин**, #амисульприд, #оланзапин**, и #палиперидон** в среднетерапевтических дозах (см. схему). Предпочтительным АПП является #галоперидол** в небольших дозах (до 5 мг/сут).*

*Альтернативные методы адъювантной терапии, используемые на Этапе IV, могут включать противосудорожные препараты (#вальпроевая кислота** 300-500 мг/сут, #габапентин 300-900 мг/сут, #ламотриджин 100-200 мг/сут, #топирамат** 100-200 мг/сут), а также #мемантин** 10-20 мг/сут, #миртазапин 30-60 мг/сут и #ондансетрон** 1-8 мг/сут.*

Экспериментальные методы адъювантной терапии, используемые на Этапе V, могут включать #пиндолол, #карбонат лития, #L-триптофан, #буспирон, #D-циклоксерин и #налтрексон.

В случае достижения терапевтического эффекта переходят к длительной (1-2 года) терапии прежним ИОЗС с постепенной отменой адъювантного средства или длительной комбинированной терапии ИОЗС с АВП или АПП.

При неэффективности мероприятий на любом этапе нужно повторно оценить правильность диагностики, проверить комплаентность, исключить коморбидные психические расстройства и сопутствующие заболевания, которые могут препятствовать терапевтическому эффекту (например, злоупотребление психоактивными веществами, расстройство личности и др.).

При отсутствии положительной информации переходят к следующим этапам, которые включают неинвазивные нелекарственные методы терапии (ЭСТ, цТМС), а также ГМС или нейрохирургическое лечение (билатеральная передняя капсулотомия, цингулотомия, субкаудальная трактомия, палидотомия, таламотомия), показанное в случаях стойкой резистентности с выраженным дистрессом и инвалидизацией. В настоящее время нелекарственные и нейрохирургические методы являются экспериментальными.

ЭСТ показана в тяжелых и резистентных случаях, а также при наличии суицидальных мыслей и депрессии. Среди всех вариантов цТМС наибольшей эффективностью обладает правосторонняя префронтальная цТМС, при этом в большей степени могут редуцироваться моторные навязчивости и коморбидные депрессивные симптомы. Недостатком ГМС является инвазивность и побочные эффекты, характерные для нейрохирургического вмешательства (см. раздел «Стратегии при неэффективности первого выбора – Немедикаментозные методы»). Если нелекарственный метод оказался эффективным, следует перейти к длительной монотерапии ИОЗС.

Психотерапию следует рассматривать как монотерапию первой линии у фармакологически интактных пациентов с легким или умеренным уровнем дистресса или дезадаптации, у пациентов без тяжелой сопутствующей психиатрической патологии, а также у пациентов, которые по разным причинам предпочитают отложить ПФТ или отказываются от ПФТ. Психотерапию можно рассматривать как дополнительный (адъювантный к ПФТ) метод на любом этапе лечения при любой выраженности симптомов ОКР.

XX. Приложение В. Флоридская шкала Йела-Брауна для оценки обсессивно-компульсивной симптоматики (FLY-BOCS)

FLORIDA YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE (FLY-BOCS) [54, 55]

Модифицированная русскоязычная версия [1].

Общие указания

Данная шкала разработана для оценки специфики симптомов и степени их тяжести при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР). Большинство пунктов оценивается исходя из сообщений больного, однако общий результат основывается на клиническом опыте эксперта. Каждый пункт оценивает состояние больного за неделю, включая день интервью. В каждом пункте баллы отражают состояние, наиболее характерное для данной недели.

Оценка проводится на основании структурированного интервью. Эксперту следует оценивать симптомы в предложенном порядке и придерживаться стандартной формы вопросов. В то же время, для уточнения информации, эксперт может задавать дополнительные вопросы по своему усмотрению. Следует также принимать во внимание сведения, которые больной сообщает по собственной инициативе. Оценка должна основываться на сведениях, полученных во время беседы, и сделанных наблюдениях.

Если клиническое суждение эксперта расходится со сведениями, полученными во время беседы, эксперт вправе подвергать сомнению сообщения больного, о чем следует сделать соответствующие отметки в пункте 19.

Дополнительные сведения, полученные от близких больного или наблюдающих его лиц, используются в оценке только при следующих условиях:

1. Дополнительные сведения оказываются основными в оценке состояния больного
2. Дополнительные сведения доступны постоянно в ходе каждой беседы с больным, а источником информации выступает одно и то же лицо.

Прежде чем задавать больному вопросы, следует объяснить ему значение терминов обсессии (навязчивости) и компульсии.

Обсессии (навязчивости) – это нежелательные и тягостные для Вас идеи, мысли, образы или переживания, которые возникают и повторяются вопреки воле. Они могут казаться бессмысленными, неприятными; могут противоречить Вашим личным взглядам.

Компульсии (ритуальные действия) – это нежелательные побуждения совершить неподобающий поступок или повести себя странным образом. Если действие не выполняется, то обычно развивается тревога. Поэтому сопротивление совершению подобных действий часто бывает затруднительным.

Вот некоторые примеры обсессий и компульсий.

Пример обсессии (навязчивости): постоянно возникающие мысли нанести физическое увечье собственным детям, хотя вы отлично понимаете, что никогда и ни при каких условиях этого не сделаете.

Пример компульсии: потребность несколько раз вернуться и проверить выключен ли телевизор или утюг, закрыта ли вода, заперты ли двери, не проверив все это несколько раз, Вы не можете уйти из дома. Чаще всего компульсии проявляются в поведении, но возможны и мысленные компульсии, например, каждый раз, когда Вам при! ходит неприятная мысль, Вы чувствуете, что должны про себя проговорить специальные слова, которые не имеют отношения к происходящему, могут быть вообще бессмысленными, но Вы чувствуете необходимость их продумывания.

Может быть у Вас есть вопросы о компульсиях или обсессиях?

Во время проведения повторных бесед с больными нет необходимости заново объяснять им значение терминов обсессии и компульсии (при условии, что вы убедились в понимании пациентом этих слов). Важно только напоминать больному время от времени, что обсессии это мысли и переживания, а компульсии это побуждения к совершению поступков, даже если эти поступки – мысленные действия.

Больному предлагается перечислить беспокоящие его обсессии и компульсии, чтобы эксперт получил возможность составить список симптомов для дальнейшего отслеживания. Для точного и наиболее полного учета симптомов предназначен перечень FLY-BOCS симптомов. Также важно выявить и учесть обсессии и компульсии, которые наблюдались ранее, поскольку возможно возобновление прежней симптоматики уже в ходе текущего шкалирования. Выявив имеющиеся в наличии обсессии и компульсии, эксперт составляет список симптомов-мишеней, при составлении списка следует придерживаться клинической

классификации (например, разделять компульсивные проверки и компульсивное мытьё). Следует описать основные признаки симптомов-мишеней, чтобы в дальнейшем облегчить их отслеживание. Например, указав симптом компульсивные проверки, следует уточнить, что именно и каким образом проверяет больной.

Важно указать наиболее яркие симптомы, которые в дальнейшем будут в наибольшей степени влиять на текущие оценки. В то же время нужно помнить, что общий балл по шкале отражает тяжесть всех имеющихся у больного obsessions и compulsions.

Эксперт обязан оценить в какой степени выявленные симптомы являются проявлениями ОКР и дифференцировать диагноз (в частности, с простыми фобиями и с расстройствами влечений). Дифференциальный диагноз некоторых моторных тиков и части compulsions (например, произвольные касания) может быть затруднен или вообще невозможен. В таком случае особенно важно составить исчерпывающее описание симптома-мишени и тщательно отслеживать изменения данного симптома в дальнейшем. Используя шкалу FLY-BOCS для оценки тяжести симптомов, не относимых к ОКР, у пациентов, отвечающих критериям ОКР, рекомендуется использовать шкалу FLY-BOCS дважды: сначала для оценки ОКР, а затем для оценки симптомов, не связанных прямо с ОКР.

В таких случаях подсчет баллов осуществляется отдельно для определения тяжести ОКР и для оценки других симптомов, связь которых с ОКР точно не установлена. Во время повторных бесед возможен пересмотр списка симптомов-мишеней. В таком случае в пункте 1 учитывается другая obsessions, а в пункте 6 другая compulsions.

Общая сумма баллов по шкале FLY-BOCS представляет из себя сумму показателей 1-10 (не учитываются пункты 1b и 6b), кроме того, вычисляется показатель подшкалы obsessions (пункты 1-5, кроме 1b), и показатель подшкалы compulsions (пункты 6-10, кроме 6b). Выраженность (тяжесть) ОКР определяется как субклиническая (0-7 баллов), легкая (8-15 баллов), средняя (16-23 балла), тяжелая (24-31 балла) и крайне тяжелая (32-40 баллов).

| В настоящее время | Раньше | Навязчивости, связанные с нанесением вреда или обидами |
|-------------------|--------|---|
| | | Причинить вред самому себе |
| | | Причинить вред другим |
| | | Жестокие или устрашающие образы |
| | | Нанести оскорбление или унизить |
| | | Совершить иной неприятный поступок * |
| | | Последовать непозволительному побуждению (например, ударить близкого человека) |
| | | Совершить кражу |
| | | Обидеть других невниманием |
| | | Оказаться замешанным в чем-то ужасном (грабеже, поджоге). |
| | | Другие навязчивости |
| | | Навязчивости, связанные с загрязнением |
| | | Обеспокоенность телесными выделениями (слюной, мочой, калом) |
| | | Обеспокоенность наличием грязи или микробов |
| | | Повышенная обеспокоенность наличием вредных веществ (асбеста, ядовитых и радиоактивных) |

| | | |
|--|--|--|
| | | отходов) |
| | | Повышенная обеспокоенность вредным действием бытовых химикатов (моющих средств, растворителей) |
| | | Обеспокоенность присутствием животных (насекомых) |
| | | Обеспокоенность липкими веществами и отходами |
| | | Обеспокоенность возможностью заразиться и заболеть |
| | | Обеспокоенность возможностью заразить других |
| | | Другие |
| | | Навязчивости сексуального содержания |
| | | Запретные или извращенные мысли, образы, влечения сексуального содержания |
| | | С вовлечением детей или кровных родственников |
| | | Гомосексуального содержания * |
| | | Сексуальные действия по отношению к окружающим (в том числе агрессивные) * |
| | | Другие |

| | | |
|--|--|---|
| | | Навязчивости, связанные с созданием и сохранением запасов (не входит коллекционирование, сохранение лично значимых предметов, финансовое накопительство) |
| | | Другие |
| | | Навязчивости религиозного содержания |
| | | Обеспокоенность святостью и богохульством |
| | | Повышенная обеспокоенность вопросами морали, чрезмерные суждения о правоте и неправоте |
| | | Другие |
| | | Навязчивое установление точности или симметрии |
| | | Связанное с мистическими мыслями (например, убежденность, что случатся неприятности, если вещи дома не будут находиться точно на своих местах). |
| | | Не связанное с мистическими мыслями |
| | | Разнообразные навязчивости |
| | | Узнать или запомнить |

| | | |
|--|--|--|
| | | Страх сказать определенные слова |
| | | Страх не сказать то, что следует |
| | | Страх потерять вещи |
| | | Неотступные образы (ненасильственного содержания) |
| | | Привязчивые слова, мелодии, звуки |
| | | Непереносимость определенного звука или шума * |
| | | Внимание к счастливым и несчастным числам |
| | | Особое значение, придаваемое цвету предметов |
| | | Суеверные страхи |
| | | Другие |
| | | Навязчивости, связанные со здоровьем |
| | | Обеспокоенность болезнью * |
| | | Повышенная обеспокоенность определенной частью тела или отдельными аспектами внешности (дисморфофобия) * |
| | | Другие |

| | | |
|--|--|--|
| | | Компульсии, связанные с уборкой и мытьем |
| | | Чрезмерное или ритуализированное мытье рук |
| | | Чрезмерный или ритуализированный прием ванн, мытье в душе, чистка зубов, приведение себя в порядок |
| | | То же в отношении домашней уборки, чистки и мытья вещей |
| | | Специальные меры для предотвращения загрязнения или для удаления грязи |
| | | Другие |
| | | Компульсивная проверка |
| | | Проверка замков, электроприборов |
| | | Проверка безопасности вещей для окружающих |
| | | Проверка безопасности вещей для себя |
| | | Проверка, что не происходит ничего ужасного |
| | | Проверка, не допущены ли ошибки |
| | | Проверка, обусловленная навязчивостью, связанной с состоянием здоровья |

| | | |
|--|--|--|
| | | Другие |
| | | Ритуалы, которые compulsively проделываются многократно |
| | | Compulsive ритуализированное перечитывание или переписывание |
| | | Compulsive ритуализированное совершение повседневных действий (например: прохождение через двери, вставание с кресла и т.п.) |
| | | Другие |
| | | Compulsive счет |
| | | Compulsive распоряжения |
| | | Compulsive запасание (не входит коллекционирование, сохранение лично значимых предметов, финансовое накопительство, например: хранение старых писем, подшивок газет, выискивание вещей в мусоре, коллекционирование без видимого смысла) |
| | | Разнообразные compulsии |
| | | Мысленные ритуалы (не связанные с подсчетом или проверкой) |
| | | Постоянное создание списков |

| | | |
|--|--|--|
| | | Побуждение поговорить, спросить, сделать признание |
| | | Побуждение прикоснуться, шлепнуть, потереть * |
| | | Ритуалы, связанные с морганием или взглядом * |
| | | Измерения (не проверки) для предотвращения вреда себе, вреда другим, ужасных событий |
| | | Ритуалы, связанные с приемом пищи * |
| | | Суеверное поведение |
| | | Трихотилломания * |
| | | Иное нанесение себе вреда |
| | | Другие |

Список симптомов FLY-BOCS

Ф.И.О. _____

Дата ____ / ____ / ____

В приведенном списке следует отметить все симптомы, о которых сообщает больной.

Основные симптомы следует выделить.

(Эксперт должен определить, являются ли выявленные симптомы проявлением ОКР, а не другого расстройства, например, фобии или ипохондрии. Симптомы, отмеченные знаком «*», могут относиться как к ОКР, так и к другим расстройствам)

Список симптомов-мишеней

Ф.И.О. _____

Дата ____/____/____

Обсессии

1. _____

2. _____

3. _____

Компульсии

1. _____

2. _____

3. _____

Избегание

1. _____

2. _____

3. _____

Структурированное интервью

«Сейчас я хочу расспросить Вас подробнее о навязчивых мыслях» (В вопросе следует точно назвать обсецию больного)

1. Продолжительность навязчивых мыслей

Вопрос: сколько времени отнимают у Вас навязчивые мысли? (Если навязчивости имеют характер мгновенных преходящих вспышек, больной может испытывать трудности с определением их продолжительности в часах и минутах. В этих случаях, чтобы помочь больному, следует уточнить, как часто появляются обсеции. В дальнейшем учитывается частота краткосрочных обсеций и их продолжительность). Дополнительный вопрос: сколько раз за день появляются навязчивые мысли? (Следует точно отличать навязчивые мысли от ситуационно или аффективно обусловленных размышлений, которые, поглощая внимание больного и отнимая большую часть его времени, всё же рациональны и синтонны личности больного)

0 = навязчивые мысли отсутствуют

1 = меньше 1 часа в день, либо единичные краткосрочные

2 = от 1 до 3 часов в день, либо частые краткосрочные

3 = от 3 до 8 часов в день, либо многочисленные краткосрочные

4 = более 8 часов в день, либо постоянные краткосрочные

1в. Светлые промежутки (время без навязчивостей) – не суммируется при подсчете общего балла

Вопрос: сколько часов в день продолжается обычный перерыв между навязчивыми мыслями? (В случае необходимости уточните). Дополнительный вопрос: сколько часов может продолжаться самый большой перерыв между навязчивостями?

0 = навязчивостей не бывает

1 = долгие перерывы, более 8 часов в день без навязчивостей

2 = довольно долгие перерывы, от 3 до 8 часов в день без навязчивостей

3 = короткие перерывы, от 1 до 3 часов в день без навязчивостей

4 = очень короткие перерывы, менее 1 часа в день без навязчивостей

2. Влияние навязчивостей на социальную активность

Вопрос: насколько навязчивости мешают вашему образу жизни, работе? Может быть из-за навязчивых мыслей Вы не можете выполнять часть своих обязанностей или отказываетесь от чего-то в личной жизни? (если на момент беседы больной не работает, задавая вопрос, следует уточнить, насколько навязчивости помешали бы профессиональной деятельности)

0 = не влияют

1 = слабое влияние на социальную или профессиональную деятельность, общее поведение и образ жизни больного не меняются

2 = умеренное влияние на социальную или профессиональную деятельность, больному удается справляться с навязчивостями

3 = сильное влияние, которое значительно затрудняет социальную и профессиональную активность больного

4 = крайняя степень тяжести, навязчивости не позволяют вести обычный образ жизни и справляться с профессиональными обязанностями

3. Дистресс вследствие навязчивых мыслей (субъективная тягостность навязчивостей)

Вопрос: вам тяжело переносить навязчивости? (Обычно следует выяснить в какой степени навязчивости или борьба с ними связаны с тревогой. В то же время больной может сообщать о тягостности навязчивостей, но отрицать тревогу. Не следует учитывать в данном пункте тревогу, если она обусловлена другими причинами, отличными от навязчивостей).

0 = больной не тяготится навязчивостями

1 = слабо выражена субъективная тягостность, внешне не проявляется

2 = умеренная субъективная тягостность, больному удается с ней справиться

3 = сильная субъективная тягостность, навязчивости травмируют больного

4 = крайняя степень тяжести, больной почти полностью подавлен навязчивостями

4. Борьба с навязчивостями

Вопрос: Вам приходится совершать усилие, чтобы справиться с навязчивыми мыслями? Вам часто приходится намеренно переключать внимание, чтобы не поддаться навязчивым мыслям или чтобы отвлечься от навязчивых мыслей, когда они возникают? (В данном пункте оцениваются только усилия и попытки борьбы, успешность подавления навязчивостей не учитывается. Усилия, затраченные на борьбу с навязчивостями, не всегда соответствуют успешному избавлению от них. Следует также обратить внимание, что на оценку в данном пункте не должна влиять выраженность навязчивостей: оценивается критичность и настрой личности больного – энергия, с которой больной противостоит навязчивостям. Избегание не является борьбой с навязчивостями. Реализация навязчивых мыслей или компульсий (с целью избавления) не является борьбой. Чем больше попыток борьбы с навязчивостями предпринимает больной, тем меньше балл в данном пункте. Существует «активная» и «пассивная» форма борьбы с навязчивостями. Например, в ходе психотерапии больного могут обучить не бороться с навязчивыми мыслями, позволять им просто проходить, либо пациент может сознательным усилием вызывать оппозиционные навязчивости и вытеснять первоначальные. При оценке данного пункта любые психотерапевтические методы защиты следует учитывать как борьбу с навязчивостями.)

Если выраженность навязчивостей минимальна, больной может не испытывать потребности в борьбе с ними. В таких случаях выставляется нулевой балл.

0 = всегда борется с навязчивостями, либо выраженность навязчивостей минимальна и отсутствует потребность в борьбе

1 = попытки борьбы почти всегда при появлении навязчивостей

2 = обычно пытается бороться

3 = подчиняется всем навязчивостям без борьбы, но недоволен этим

4 = полностью подчинен навязчивостям

5. Способность контролировать навязчивости

Вопрос: насколько Вы можете управлять навязчивыми мыслями? У Вас получается прекратить навязчивые мысли? Вам удается отвлечься от навязчивых мыслей? Вы можете по

желанию избавляться от навязчивых мыслей? (В противоположность предыдущему пункту, успешность больного в борьбе с навязчивостями оценивается тем выше, чем тяжелее проявления навязчивостей)

0 = полный контроль над навязчивостями

1 = почти полный контроль, с некоторым усилием больной почти всегда в состоянии справиться с навязчивыми мыслями или избавиться от них

2 = умеренно контролирует, время от времени удается справиться с навязчивостями

3 = контроль слабый, больному редко удается отвлечься от навязчивостей или избавиться от них

4 = не контролирует навязчивости, полностью подчинен им, даже краткие попытки отвлечься даются больному с трудом

«А теперь я спрошу Вас подробнее о компульсиях» (В вопросе следует точно указать компульсию больного)

6. Продолжительность компульсий

Вопрос: сколько времени отнимают у Вас компульсии? Если компульсии проявляются в виде ритуализации повседневных дел, следует спросить: насколько больше времени у Вас отнимают повседневные обязанности из-за ритуалов? (Если компульсии проявляются в виде кратких преходящих побуждений к действию, больной может испытывать трудности с определением их продолжительности в часах и минутах. В этих случаях, чтобы помочь больному, следует уточнить, как часто появляются компульсии. В дальнейшем учитывается и частота краткосрочных компульсий и их продолжительность. Под частотой в данном случае понимается количество вновь возникающих компульсий, а не число совершенных повторных действий. Например, если пациент 20 раз в день приходит в ванную комнату, чтобы 5 раз подряд вымыть руки, частота составляет 20 раз в день). Вопрос: Сколько раз в день Вы проделываете компульсивные действия? (Чаще всего компульсии очевидны, например, мытьё рук, но иногда незаметны, например, больной про себя проверяет порядок чего-либо).

0 = компульсии отсутствуют

1 = меньше 1 часа в день либо единичные компульсии

2 = от 1 до 3 часов в день, либо частые компульсии

3 = от 3 до 8 часов в день либо многочисленные компульсии

4 = более 8 часов в день либо постоянные компульсии, не поддающиеся подсчету

6в. Светлые промежутки (время без компульсий) – не суммируется при подсчете общего балла

Вопрос: сколько часов в день продолжается обычный перерыв между компульсиями? (В случае необходимости уточните). Дополнительный вопрос: сколько часов может продолжаться самый большой перерыв между компульсиями?

0 = компульсий не бывает

1 = долгие перерывы, более 8 часов в день без компульсий

2 = довольно долгие перерывы, от 3 до 8 часов в день без компульсий

3 = короткие перерывы, от 1 до 3 часов в день без компульсий

4 = очень короткие перерывы, менее 1 часа в день без компульсий

7. Влияние компульсий на социальную активность

Вопрос: насколько компульсии мешают Вашему образу жизни, работе? Может быть, из-за компульсий Вы не можете выполнять часть своих обязанностей или отказываетесь от чего-то в личной жизни? (если на момент беседы больной не работает, задавая вопрос, следует уточнить, насколько компульсии помешали бы профессиональной деятельности)

0 = не влияют

1 = слабое влияние на социальную или профессиональную деятельность, общее поведение и образ жизни больного не меняются

2 = умеренное влияние на социальную или профессиональную деятельность, больному удается справляться с компульсиями

3 = сильное влияние, которое значительно затрудняет социальную и профессиональную активность больного

4 = крайняя степень тяжести, компульсии не позволяют вести обычный образ жизни и справляться с профессиональными обязанностями

8. Дистресс вследствие компульсий (субъективная тягостность компульсий)

Вопрос: Если Вам не удастся выполнить действия, побуждение к которым Вы испытываете, что Вы чувствуете? (Пауза) У Вас появляется тревога? (Следует оценить насколько больной будет травмирован, если внезапно лишится возможности реализовать компульсии. Чаще всего возможность реализовать компульсивные побуждения уменьшает тревогу. Если же, по мнению больного, тревога уменьшается только в случае успешной борьбы с компульсиями, следует уточнить). Дополнительный вопрос: Вы чувствуете тревогу, выполняя компульсивные действия? Насколько тяжелую?

0 = больной не тяготится

1 = слабо выраженная тревога, если реализовать компульсии невозможно, либо небольшая тревога во время выполнения компульсивных действий

2 = умеренно выраженная, поддающаяся контролю тревога, если реализовать компульсии невозможно, либо больному удается справиться с тревогой, выполняя компульсивные действия

3 = сильная, подавляющая и травмирующая тревога при невозможности выполнить компульсии либо во время выполнения компульсивных действий

4 = крайняя степень тревоги при любой попытке вмешаться в выполнение компульсивных действий, либо развитие полностью подавляющей тревоги во время реализации компульсий

9. Борьба с компульсиями

Вопрос: Вы делаете усилие, чтобы побороть компульсии? (Следует оценивать только попытки сопротивляться компульсиям, успешность борьбы не принимается во внимание. Усилия, которые больной прикладывает к борьбе с компульсиями не всегда соответствуют способности контролировать их. Следует также обратить внимание, что на оценку в данном пункте не должна влиять выраженность компульсий: оценивается критичность и настрой личности больного – энергия, с которой больной противостоит компульсиям. Чем больше попыток борьбы с ними предпринимает больной, тем меньше балл в данном пункте. Если

выраженность компульсий минимальна, больной может не испытывать потребности в борьбе с ними. В таких случаях выставляется нулевой балл.)

0 = всегда борется с компульсиями, либо выраженность компульсий минимальна и отсутствует потребность в борьбе.

1 = попытки борьбы почти всегда при появлении компульсий

2 = обычно пытается бороться

3 = подчиняется всем компульсиям без борьбы, но недоволен этим

4 = полностью подчинен компульсиям

10. Способность контролировать компульсии

Вопрос: насколько сильные побуждения к совершению компульсивных действий вы испытываете? У Вас получается прекратить компульсии? Вам удается отвлечься от компульсий? Вы можете по желанию избавляться от компульсий? (В противоположность предыдущему пункту, успешность больного в борьбе с компульсиями оценивается тем выше, чем тяжелее проявления компульсий)

0 = полный контроль над компульсиями

1 = почти полный контроль, с некоторым усилием больной почти всегда в состоянии справиться с компульсиями или избавиться от них

2 = умеренно контролирует, время от времени удается справиться с компульсиями

3 = контроль слабый, больному редко удается отвлечься от компульсий или избавиться от них

4 = совершенно не контролирует компульсии, полностью подчинен им, даже попытки ненадолго прекратить компульсивные действия даются больному с трудом

Бланк регистрации обсессивно-компульсивной симптоматики по Флоридской шкале Йела-Брауна (FLY-BOCS)

Ф.И.О. _____

Дата ____ / ____ / ____

Идентификационный код больного _____

Эксперт _____

Сумма баллов подшкалы обсессий (1-5) ____

Сумма баллов подшкалы компульсий (6-10) ____

Общая сумма баллов признаков 1-10 ____

| | | Отсутствует | Слабо выражен | Умеренно выражен | Сильно выражен | Крайняя степень тяжести |
|----|---|------------------------------|------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------------|
| 1 | Продолжительность навязчивостей в течение дня | 0 | 1 <1 часа | 2 1-3 часа | 3 3-8 часов | 4 >8 часов |
| 1b | Светлые промежутки (время без навязчивостей) | 0 Навязчивостей не бывает | 1 Долгие | 2 Довольно долгие | 3 Короткие | 4 Очень короткие |
| 2 | Влияние навязчивостей на социальную активность больного | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|---|-----------------------------|----------------------|------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 3 | Дистресс вследствие навязчивостей | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Борьба с навязчивостями | 0 Всегда борется | 1 | 2 | 3 | 4 Полностью подчинен навязчивостям |
| 5 | Способность контролировать навязчивости | 0 Полностью контролирует | 1 Сильно выражена | 2 Умеренно выражена | 3 Слабо выражена | 4 Не контролирует навязчивости |
| 6 | Продолжительность компульсий в течение дня | 0 | 1 <1 часа | 2 1-3 часа | 3 3-8 часов | 4 >8 часов |
| 6b | Светлые промежутки (время без компульсий) | 0 Компульсий не бывает | 1 Долгие | 2 Довольно долгие | 3 Короткие | 4 Очень короткие |
| 7 | Влияние навязчивостей на социальную активность больного | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Дистресс вследствие навязчивостей | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| 9 | Борьба с компульсиями | 0 Всегда борется | 1 | 2 | 3 | 4 Полностью подчинен компульсиям |
| 10 | Способность контролировать компульсии | 0 Полностью контролирует | 1 Сильно выражена | 2 Умеренно выражена | 3 Слабо выражена | 4 Не контролирует компульсии |