

Диагностика и терапия расстройств обсессивно-компульсивного спектра в общей медицинской и неврологической практике

Петелин Д.С.¹, Гамирова А.Н.¹, Сорокина О.Ю.¹, Трошина Д.В.¹, Семин С.А.², Болтуева М.Ш.¹, Волель Б.А.^{1,3}

¹ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва; ²ООО Клиника «Спасение», Москва;

³ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

¹Россия, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, 2, стр. 4; ²Россия, 111142, Москва,

ул. Плеханова, 9, стр. 2; ³Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

Расстройства обсессивно-компульсивного спектра широко представлены среди населения и часто встречаются в клинической практике, однако они недостаточно хорошо диагностируются и многие пациенты не получают должного лечения. В настоящем обзоре обсуждаются распространенность расстройств обсессивно-компульсивного спектра, их негативное влияние на уровень функционирования пациентов, коморбидность с другими психическими расстройствами, диагностика и дифференциальная диагностика. Акцент сделан на изменениях в подходах к диагностике обсессивно-компульсивных расстройств, которые произойдут после введения в практику Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Обсуждаются подходы к терапии расстройств обсессивно-компульсивного спектра в соответствии с принципами доказательной медицины, обосновано применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и когнитивно-поведенческой терапии в качестве терапии первой линии.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство; ипохондрия; дисморфическое расстройство; патологическое накопительство; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; когнитивно-поведенческая терапия; флувоксамин.

Контакты: Айсылу Наиловна Гамирова; aysylu.gamirova@gmail.com

Для ссылки: Петелин ДС, Гамирова АН, Сорокина ОЮ, Трошина ДВ, Семин СА, Болтуева МШ, Волель БА. Диагностика и терапия расстройств обсессивно-компульсивного спектра в общей медицинской и неврологической практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(2):98–105. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-2-98-105

Diagnosis and therapy of obsessive-compulsive spectrum disorders in general medical and neurological practice

Petelin D.S.¹, Gamirova A.N.¹, Sorokina O.Yu.¹, Troshina D.V.¹, Semin S.A.², Boltueva M.Sh.¹, Volel B.A.^{1,3}

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow; ²LLC «Spasenie» Clinic, Moscow; ³Mental Health Research Center, Moscow

¹2, Bolshaya Pirogovskaya St., Build. 4, Moscow 119991, Russia; ²9, Plekhanova St.,

Build. 2, Moscow 111142, Russia; ³34, Kashirskoe Shosse, 115522 Moscow, Russia

Obsessive-compulsive spectrum disorders are widely represented in the population and often encountered in clinical practice, but they are not well diagnosed and many patients do not receive proper treatment. This review discusses the prevalence of obsessive-compulsive spectrum disorders, their negative impact on the level of functioning of patients, comorbidity with other mental disorders, diagnosis and differential diagnosis. The emphasis is put on changes in approaches to the diagnosis of obsessive-compulsive disorders that will occur after the introduction of the International Classification of Diseases of the 11th revision (ICD-11). Approaches to the treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders are discussed in accordance with the principles of evidence-based medicine, and the use of selective serotonin reuptake inhibitors and cognitive behavioral therapy as first-line therapy is justified.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; hypochondria; dysmorphic disorder; pathological hoarding; selective serotonin reuptake inhibitors; cognitive behavioral therapy; fluvoxamine.

Contact: Aysylu Nailovna Gamirova; aysylu.gamirova@gmail.com

For reference: Petelin DS, Gamirova AN, Sorokina OYu, Troshina DV, Semin SA, Boltueva MSh, Volel BA. Diagnosis and therapy of obsessive-compulsive spectrum disorders in general medical and neurological practice. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2023;15(2):98–105. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-2-98-105

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) является достаточно распространенным и потенциально инвалидизирующим психическим расстройством, характеризующимся наличием навязчивых идей (повторяющиеся нежелательные и вызывающие дистресс мысли) и ком-

пульсий (повторяющиеся действия, ритуалы, направленные на уменьшение дистресса) [1]. ОКР является одной из 10 лидирующих причин нетрудоспособности во всем мире [2]. Согласно данным эпидемиологических исследований, его распространенность в течение жизни у взрослых соста-

влияет от 1,5 до 3% [3]. Типичным временем начала заболевания является возраст от 18 до 29 лет, однако в редких случаях ОКР может дебютировать как в детском, так и в старческом возрасте, а у женщин достаточно типичен дебют во время беременности или в послеродовом периоде [4]. Несколько чаще ОКР отмечается у женщин, однако мужчины заболевают в среднем раньше; так, по некоторым данным, примерно у четверти мужчин с ОКР первые симптомы появились в возрасте до 10 лет [5]. В масштабных эпидемиологических исследованиях было показано, что ОКР с примерно равной частотой диагностируется в большинстве стран мира [4].

Несмотря на то что ОКР значительно снижает качество жизни пациентов в социальной, семейной и профессиональной сферах, примерно 38% пациентов, страдающих ОКР, не обращаются за помощью и до 90% не получают адекватного лечения [6, 7]. Так, в исследовании D. Costa и соавт. [8] было выявлено, что примерно треть пациентов с ОКР обращаются к врачу спустя два года после появления симптомов, вторая треть — в интервале между двумя и девятью годами и оставшаяся треть — лишь через 10 лет и более. В другом ретроспективном исследовании было показано, что проходит в среднем 12 лет между появлением первых симптомов и обращением за помощью по поводу них, что существенно дольше, чем при тревожных или депрессивных расстройствах [9]. Отчасти такая ситуация связана с тем, что пациенты склонны скрывать свои симптомы от окружающих в связи с чувством стыда или из-за стигматизации. Пациенты также могут не владеть достаточной информацией о данном расстройстве и о наличии эффективного лечения [10, 11]. Также исследования показали [12], что лишь около трети людей с ОКР когда-либо сообщали о проблемах своим врачам, несмотря на дистресс и инвалидизацию, связанные с этим расстройством. Нежелание говорить о симптомах также может быть вызвано страхом быть воспринятым «ненормальным» или боязнью госпитализации. Некоторые могут обращаться за помощью только по поводу вторичных жалоб, например таких, как проблемы с кожей из-за частого мытья рук [13]. Наконец, несмотря на наличие эффективных методов лечения, только 10% пациентов с ОКР получают адекватную терапию в связи с недостаточной диагностикой заболевания [14]. Еще в одном исследовании было показано, что встречаемость диагноза ОКР в общей медицинской практике примерно в три раза меньше, чем в популяции, что объективно указывает на невысокую обращаемость и трудности диагностики ОКР [15].

В связи с этим информирование врачей непсихиатрического профиля, в первую очередь неврологов и врачей общей практики, имеет большое значение для улучшения диагностики и более оптимального ведения пациентов с ОКР.

Клиническая картина

По определению ОКР характеризуется сочетанием тягостных систематически повторяющихся навязчивых мыслей (обсессий) и действий, которые направлены на снижение выраженности дискомфорта, связанного с мыслями. Схематичное изображение связи обсессий и компульсий в рамках так называемого ОКР-цикла представлено на рис. 1. Негативные эмоции, ассоциированные с обсессиями, достаточно многообразны и помимо традиционно упоминаемой тревоги могут также включать чувство стыда, раз-

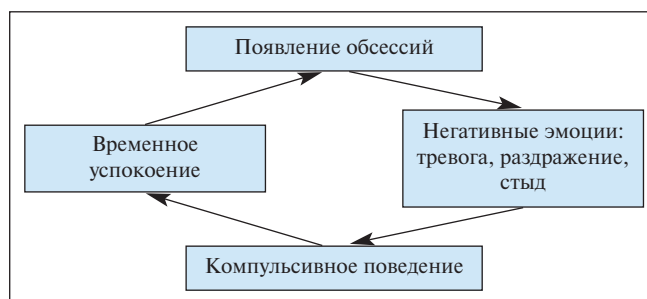


Рис. 1. «ОКР-цикл» (по [17])
Fig. 1. “Obsessive-compulsive disorder (OCD) cycle”
(according to [17])

дражения, недифференцированного дискомфорта и т. д. Клиническая тяжесть и влияние на функционирование пациента в первую очередь связаны с длительностью периода, который отделяет временное успокоение от повторного появления обсессий: он может как быть очень длительным у пациентов с эпизодическими навязчивостями, так и практически отсутствовать при тяжелом ежедневном ОКР [16].

Диагноз ОКР устанавливается при соответствии состояния пациента следующим трем критериям:

- наличие стойких обсессий и/или компульсий;
- обсессии и компульсии занимают много времени (более 1 ч в день) или приводят к значительному дистрессу либо выраженным нарушениям по меньшей мере в одной из важных сфер функционирования;
- симптомы не являются проявлением другого заболевания (например, ишемического инсульта базальных ганглиев), не являются следствием воздействия на центральную нервную систему психоактивных веществ или лекарственных средств (например, амфетамина), включая эффекты отмены.

Помимо этого, нужно подчеркнуть несколько типичных клинических особенностей ОКР. Так, следует учитывать, что при ОКР навязчивые действия не сопряжены напрямую с получением удовольствия, что позволяет дифференцировать их от расстройств влечений. Тем не менее многие пациенты сообщают, что навязчивые действия сопряжены с выраженными положительными эмоциями из-за прекращения тягостной тревоги или чувства внутреннего напряжения.

В свою очередь, обсессии могут быть диагностированы лишь в том случае, если они носят эгодистонный характер (воспринимаются как нечто чуждое и тягостное, а не как неотъемлемая часть психики). Так, совершенно необоснованна диагностика ОКР у пациента, который считает вполне здоровой предосторожностью проверку газовой плиты перед каждым выходом из дома.

Традиционное определение обсессий предполагает наличие у пациента критического отношения к ним, однако клиническая практика и результаты исследований свидетельствуют в пользу того, что степень критичности к ним может варьировать в значительной степени. При этом степень критичности к обсессиям может колебаться как от пациента к пациенту, так и у одного пациента в зависимости от выраженности тревоги¹.

¹Понимание концепции критичности при ОКР в МКБ-11 см. далее.

Содержание obsessions и внешние проявления компульсивного поведения настолько многообразны, что с трудом поддаются полному описанию даже в рамках специализированных учебников и монографий. Существует несколько подходов к категоризации навязчивостей, из которых чаще всего используется деление на четыре основных типа (табл. 1). Следует учитывать, что выделенные типы легко сочетаются друг с другом, а также формируют переходные варианты.

Коморбидность с другими психическими расстройствами

ОКР часто демонстрирует высокую коморбидность с другими психическими расстройствами — в масштабных эпидемиологических исследованиях было показано, что в течение жизни 90% пациентов с ОКР страдали по меньшей мере еще от одного психического заболевания. Наиболее часто с ОКР сочетаются тревожные расстройства (около 75% коморбидности), аффективные расстройства (65% коморбидности), расстройства импульс-контроля (50% коморбидности) и зависимость от психоактивных веществ (40%) [5].

Кроме того, была показана коморбидность ОКР с расстройствами пищевого поведения (17%), синдромом Туретта (до 80% пациентов с синдромом Туретта страдают ОКР) и шизофренией (около 12% пациентов с ОКР), что может как увеличивать обращаемость за медицинской помощью, так и усложнять диагностику ОКР [6, 20]. Наконец, значимой проблемой является высокая распространенность бессонницы у пациентов с ОКР. В ряде масштабных исследований было показано, что клинически очерченная инсомния отмечается приблизительно у 40% всех пациентов с ОКР, причем сопоставимые результаты были получены как у взрослых пациентов, так и в педиатрической популяции [21].

В большом числе исследований было показано, что пациенты с ОКР могут обращаться за помощью в первую очередь в связи с коморбидными расстройствами (в том

числе бессонницей), что обязывает врачей разного профиля более интенсивно расспрашивать пациентов о наличии у них ОКР.

Обсессивно-компульсивный спектр в МКБ-11

Переход к использованию Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) привел к существенному изменению подходов к пониманию ОКР и диагностике данного расстройства. Анализ диагностических критериев позволил выделить три наиболее важные тенденции, отличающие МКБ-11 от более ранних диагностических систем.

Во-первых, ОКР было выведено из категории тревожных расстройств и обрело нозологическую самостоятельность. Справедливость такого подхода подтверждается целым рядом аргументов — феноменологических, клинических, нейробиологических, терапевтических. Было показано, что наличие тревоги при ОКР не обязательно, а негативные эмоции, связанные с наличием obsessions, гораздо шире и могут описываться в гораздо более широких терминах — как чувство раздражения, стыда и др. В свою очередь, для тревожных расстройств не характерно наличие систематически повторяющегося поведения, являющегося одной из неотъемлемых черт ОКР [22]. Кроме того, было показано, что дисфункция нейрональных контуров при ОКР топически существенно отличается от таковой при тревожных расстройствах — важнейшим звеном патогенеза ОКР является патологическая активация орбитофронтальной коры и усиление ее функциональных связей с субталамическим ядром и скорлупой, несвойственные тревожным расстройствам [23]. Наконец, несмотря на сходство основных подходов к терапии [когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в качестве средств первой линии], тревожные расстройства и ОКР лечатся по-разному — отличаются методики в структуре КПТ, дозы СИОЗС, длительность терапии и стратегии преодоления резистентности [24].

Во-вторых, ОКР не только было выделено как отдельное расстройство, но и выступило в качестве базы для создания группы психических расстройств — так называемого обсессивно-компульсивного спектра. Туда были отнесены расстройства, которые формально не соответствуют диагностическим критериям ОКР, однако обнаруживают в своей клинической картине черты повторяемости и навязчивого поведения и имеют сходные нейровизуализационные параметры. Основные расстройства, отнесенные в МКБ-11 к спектру ОКР, представлены в табл. 2. Фактически такое расширение привело к тому, что в рамках ОКР сейчас ведущие мировые эксперты рассматривают значительную часть психических расстройств, которые часто наблюдают-

Таблица 1. Основные клинические варианты ОКР (по [4, 18, 19])

Table 1. Main clinical variants of OCD (according to [4, 18, 19])

Содержание ОКР	Типичные obsessions	Типичные compulsions
Загрязнение	Обеспокоенность наличием грязи, нечистот и/или болезнетворных агентов	Мытье рук и тела. Обработка тела и окружающих предметов санитайзером. Частые уборки
Сомнение и вред	Опасение по поводу совершенных действий, которые могут принести вред пациенту или окружающим	Перероверки (двери, газовая плита и т. д.). Фиксирование правильно совершенных действий при помощи фото и видео
Табуированные и аморальные мысли	Навязчивые мысли и образы сексуального, агрессивного или религиозного характера	Многочисленное повторение действий. Молитвы. Предохранительные мероприятия — запирание окон, избегание колющих предметов
Симметрия и порядок	Обеспокоенность симметричным или «правильным» расположением предметов	Перекалывание и упорядочивание вещей. Навязчивый счет

ся вне рамок психиатрической сети; в первую очередь речь идет об ипохондрическом и дисморфическом расстройствах [25]. Кроме того, важным следствием присоединения обсуждаемых расстройств к спектру ОКР является лучшее понимание их патогенеза и оптимизация подходов к терапии. Общность патогенеза указывает на то, что при расстройствах данного спектра будут также эффективны КПТ и СИОЗС, что подтверждается результатами клинических исследований [26].

В-третьих, для всех расстройств обсессивно-компульсивного спектра было введено понятие и спецификатор «с низкой или отсутствующей критикой». Тем самым была задана тенденция к существенному расширению диагностики ОКР за счет расстройств, которые ранее неверно квалифицировались как патология бредового регистра. Клиницистам давно известен тот факт, что при выраженной симптоматике пациенты с ОКР могут демонстрировать достаточно низкую критику к имеющимся симптомам и полное отсутствие сомнений в правдивости своих опасений [27–29]. В связи с этим возможно неверное установление диагноза и назначение неправильной терапии (высокие дозы антипсихотиков в отсутствие СИОЗС). Так, согласно МКБ-11, даже при полной убежденности пациента в правдивости его опасений (наличие бактерий на руках, неисправимого дефекта внешности и т. д.) и соответствии состояния остальным критериям следует ставить диагноз расстройства обсессивно-компульсивного спектра. В частности, это привело к фактической деконструкции ранее широко используемого термина «соматический бред»

(подтип хронического бредового расстройства, все симптомы которого касаются телесной сферы пациента) и изменению подходов к ведению пациентов, ранее имевших такой диагноз [30].

Диагностика расстройств обсессивно-компульсивного спектра

В связи с высокой коморбидностью и недостаточной выявляемостью ОКР клиницистам следует более активно проводить скрининг на предмет наличия данного расстройства. В отличие от депрессивных и тревожных расстройств, для ОКР в настоящее время отсутствуют кратчайшие валидизированные шкалы оценки (такие, например, как PHQ-2 для депрессии и GAD-2 для тревожных расстройств), однако ряд авторов предлагают краткие чек-листы или опросники, позволяющие идентифицировать его.

Скрининговые вопросы, позволяющие заподозрить ОКР [31]

Часто ли Вы перемываете руки или тело целиком?

Часто ли Вы перепроверяете различные свои действия?

Есть ли у Вас мысли, которые беспокоят Вас и от которых Вы хотели бы избавиться, но не можете?

Нельзя ли сказать, что Ваша повседневная активность занимает слишком много времени и Вы не можете в срок сделать какие-либо обыденные вещи?

Вы обеспокоены тем, чтобы все вещи были на своем месте и испытываете выраженное беспокойство из-за беспорядка?

В случае если хотя бы на один вопрос дан утвердительный ответ и описанные симптомы доставляют пациенту дискомфорт, следует проводить детальный расспрос на предмет наличия у него ОКР.

В том случае, если пациент ответил положительно на скрининговые вопросы, целесообразно переходить к расспросу пациента и уточнению клинических характеристик ОКР в соответствии с диагностическими критериями и описанными выше основными типами.

В процессе расспроса возникает необходимость дифференцировать спектр ОКР от тревожных расстройств, что возможно при тщательном проведении диагностического интервью. Общий алгоритм дифференциальной диагностики с тревожными расстройствами представлен на рис. 2.

Диагностический поиск в отношении наличия ОКР следует проводить у всех пациентов с тиками, что связано не только с высокой распространенностью ОКР, но и с возможным наличием комбинированного расстройства, так называемого тик-ассоциированного ОКР. При данном расстройстве тики фактически выполняют функцию компульсивного поведения в ответ на навязчивые мысли [32].

Терапия расстройств обсессивно-компульсивного спектра

Первой линией терапии ОКР, согласно ведущим мировым клиническим рекомендациям, считаются КПТ и/или использование СИОЗС, причем изолированное применение

Таблица 2. *Расстройства обсессивно-компульсивного спектра по МКБ-11*
Table 2. *Disorders of the obsessive-compulsive spectrum according to ICD-11*

Расстройство обсессивно-компульсивного спектра	Клиническая характеристика
Дисморфическое расстройство	Стойкая озабоченность своим внешним видом, убежденность в собственном уродстве. Повторяющиеся попытки замаскировать дефект внешности или скорректировать его хирургически
Патологическая озабоченность собственным запахом	Убежденность в том, что от тела исходит неприятный для окружающих запах. Попытки замаскировать его при помощи парфюма, избегание нахождения в замкнутом пространстве с другими людьми
Ипохондрия	Навязчивые страхи по поводу возможного наличия хронического или жизнеугрожающего заболевания. Повторяющиеся визиты к врачам или прохождение обследований
Патологическое накопительство	Накопление ненужных вещей или мусора, приводящее к захламлению места жительства
Патологические телесно-направленные повторяющиеся действия	Повторяющиеся действия, сопряженные с незначительным повреждением кожи, ее придатков или слизистых оболочек — выдергивание волос, кусание губ, раздирание кожи

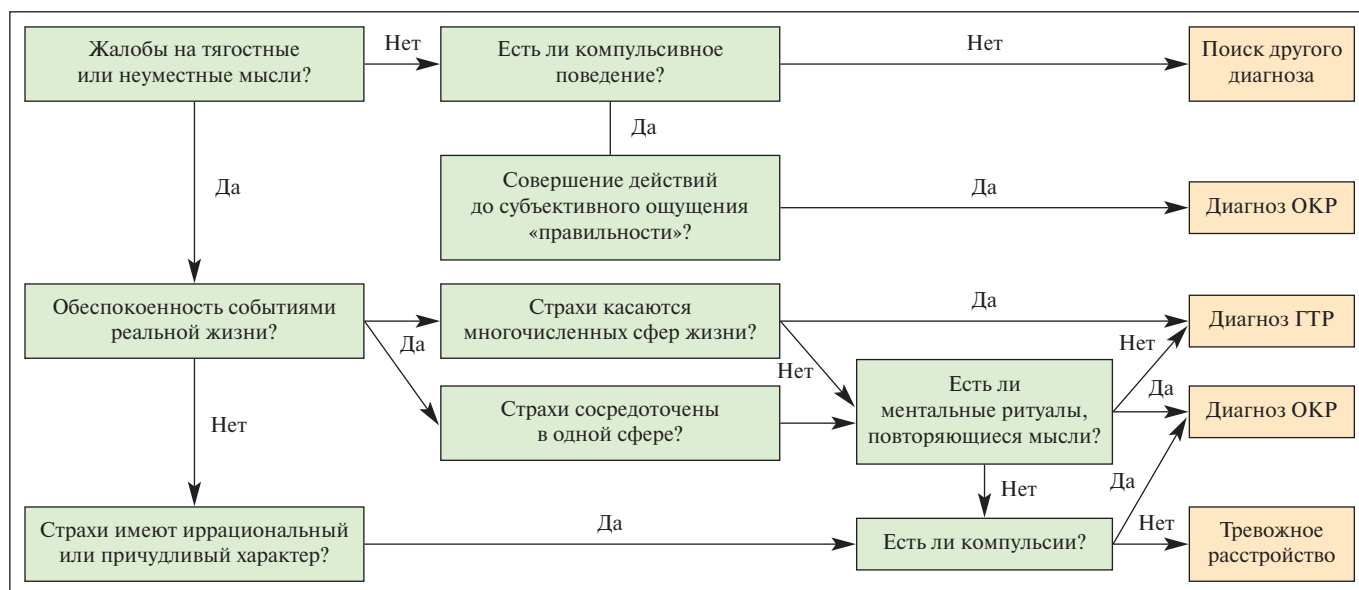


Рис. 2. Алгоритмы дифференциальной диагностики ОКР. ГТР — генерализованное тревожное расстройство

Fig. 2. Algorithms for the differential diagnosis of OCD

ние КПТ более приемлемо у пациентов с легким ОКР, в то время как в более тяжелых случаях рекомендуется комбинировать КПТ с СИОЗС или другими лекарственными препаратами [18, 24, 33, 34]. Обсуждение КПТ находится вне рамок данного обзора, в связи с чем далее подробнее рассмотрим фармакотерапию ОКР.

Применение СИОЗС при ОКР имеет ряд особенностей, существенно отличающих терапевтическую стратегию от таковой при тревожных расстройствах. Во-первых, дозы СИОЗС должны быть более высокими — ближе к верхней границе терапевтического диапазона, представленной в инструкции. Во-вторых, для получения удовлетворительного результата обычно требуется более длительное лечение. Так, рекомендации Американского общества психиатров указывают на необходимость приема СИОЗС на протяжении по меньшей мере 12 нед, из которых в течение 6 нед доза СИОЗС должна быть максимальной [34].

В ряде метаанализов было показано, что все существующие СИОЗС демонстрируют сопоставимый профиль эффективности в отношении ОКР, однако между ними существует довольно много различий в отношении переносимости и дополнительных фармакологических эффек-

тов, поэтому выбор СИОЗС не должен быть случайным, а должен опираться на детальный анализ нужд пациента и фармакологический профиль препарата [35]. Особенно актуальными эти аспекты становятся в свете хронического течения ОКР, необходимости длительной терапии в высоких дозах, что невозможно без адекватной приверженности.

В связи с этим большой интерес представляет один из СИОЗС — флувоксамин. Данный препарат помимо основного серотонинергического эффекта обладает также по меньшей мере двумя дополнительными свойствами. Во-первых, флувоксамин является мощным агонистом сигма-1-рецепторов, что существенно повышает его противотревожные свойства, тем самым уменьшая риск провокации тревоги в первые дни терапии и усиливая эффект при ОКР. Во-вторых, флувоксамин обладает способностью блокировать цитохром 1A2 в печени, важнейшим эффектом чего (у пациента, не принимающего другие лекарства) становится повышение уровня мелатонина [36]. Последний механизм хорошо объясняет знакомую клиницистам способность флувоксамина улучшать сон без значимой седации, что отличает флувоксамин от других СИОЗС. Важность этого эффекта становится еще более

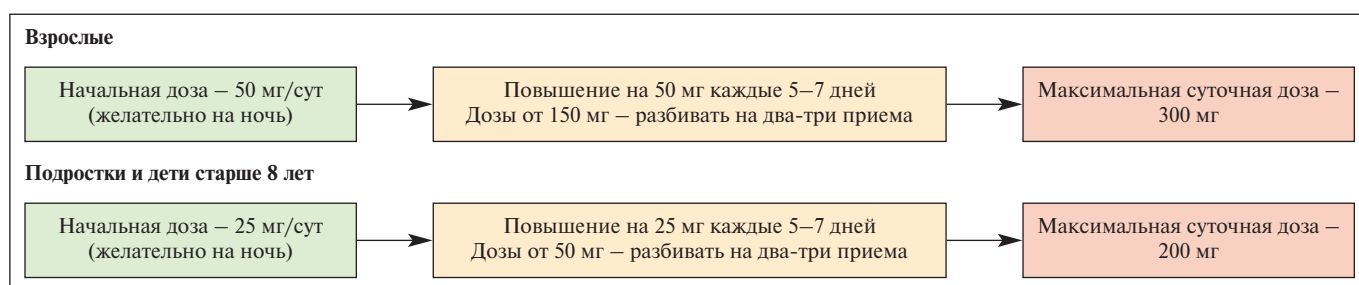


Рис. 3. Алгоритм назначения флувоксамина при ОКР

Fig. 3. Algorithm for prescribing fluvoxamine in OCD

очевидной в свете представленных выше данных о коморбидности ОКР с нарушениями сна, в том числе в детской популяции [21].

Еще одним важным достоинством флувоксамина является хорошо зарегистрированная эффективность и безопасность в детской популяции (дети старше 8 лет), что делает его одним из немногих препаратов, которые допустимо назначать этой категории пациентов.

Дозирование флувоксамина имеет ряд особенностей, которые следует учитывать для максимально эффективного применения препарата. Так, с учетом имеющихся клинических рекомендаций [24, 33, 34] флувоксамин при ОКР следует назначать в высоких дозах, при хорошей переносимости оптимальной будет доза 300 мг/сут (у детей с ОКР — 200 мг/сут). При этом наращивать дозу препарата следует постепенно, причем общую дозу целесообразно разбивать на два-три приема в связи с достаточно коротким периодом полувыведения данного препарата. Схематично алгоритм назначения флувоксамина при ОКР представлен на рис. 3.

Подходы к лечению резистентного² ОКР достаточно многообразны, однако в целом имеют гораздо более низкий уровень доказательности, нежели терапия СИОЗС. В связи с этим рекомендуется переходить к комбинированным лекарственным стратегиям лишь в том случае, если была убедительно доказана неэффективность нескольких СИОЗС в достаточной дозе. Среди стратегий преодоления резистентности традиционно упоминаются перевод на клонипрамин, в том числе вводимый внутривенно, присоединение атипичного антипсихотика в небольшой дозе или глутаматергического препарата (мемантин, ламотриджин или топирамат), а также нейромодуляция при помощи транскраниальной магнитной стимуляции или нейрохирургические операции [4, 38].

Суммируя указанное выше, целесообразно привести перечень наиболее распространенных ошибок при терапии ОКР, которые существенно ухудшают прогноз у данной группы пациентов.

²Единого определения резистентного ОКР до сих пор не выработано, но большинство специалистов понимают под этим термином расстройство, при котором не произошло ответа на два-три адекватных по длительности и дозам курса разных СИОЗС [37].

Распространенные ошибки при ведении пациентов с расстройствами обсессивно-компульсивного спектра [1, 4, 39]

- Использование малых и средних терапевтических доз СИОЗС.
- Недостаточная длительность курса терапии (менее 6 мес), приводящая к ошибочному мнению о неэффективности терапии.
- Назначение клонипрамина до того, как была доказана неэффективность нескольких СИОЗС.
- Лечение только при помощи психофармакотерапии без использования КПТ.
- Госпитализация в стационар пациента без признаков резистентности или угрозы для его жизни и здоровья.
- Назначение антипсихотиков в высоких дозах.
- Назначение антипсихотиков без предшествующего неэффективного курса СИОЗС.
- Использование дополнительных препаратов без доказанной эффективности при ОКР, например солей вальпроевой кислоты или лития.

Заключение

Расстройства обсессивно-компульсивного спектра являются широко распространенной и выраженно влияющей на качество жизни группой заболеваний, однако они диагностируются гораздо хуже, нежели тревожные и депрессивные расстройства. В связи с высокой коморбидностью пациенты с расстройствами спектра ОКР зачастую попадают в поле зрения врачей в связи с сопутствующими жалобами, что повышает значимость эффективного скрининга этой группы расстройств. В настоящее время доступно большое число терапевтических тактик для лечения ОКР, однако золотым стандартом остаются препараты класса СИОЗС. Сопоставимая эффективность и существенные различия в переносимости заставляют дифференцированно подходить к выбору препарата с учетом потребностей пациента и сопутствующего профиля симптомов. В связи с оптимальным профилем эффективности и переносимости флувоксамин может являться препаратом выбора в терапии ОКР как у взрослых, так и у подростков и детей в возрасте от 8 лет.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
2. Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. 181 p.
3. Velloso P, Piccinato C, Ferrao Y, et al. Clinical predictors of quality of life in a large sample of adult obsessive-compulsive disorder outpatients. *Compr Psychiatry*. 2018;86:82-90. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.07.007
4. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Aug 1;5(1):52. doi: 10.1038/s41572-019-0102-3
5. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53-63. doi: 10.1038/mp.2008.94
6. Mayerovitch JI, du Fort GG, Kakuma R, et al. Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2003;44(2):162-8. doi: 10.1053/comp.2003.50005
7. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, et al. Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the british psychiatric morbidity survey of 2000. *Psychiatr Serv*. 2007;58(7):977-82. doi: 10.1176/ps.2007.58.7.977
8. Costa DLDC, de Campos AP, Pereira CAB, et al. Latency to treatment seeking in patients with obsessive-compulsive disorder: Results from a large multicenter clinical sample. *Psychiatry Res*. 2022;312:114567. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114567
9. Ziegler S, Bednasch K, Baldofski S, Rummel-Kluge C. Long durations from symptom onset to diagnosis and from diagnosis to treatment in obsessive-compulsive disorder: A retrospective self-report study. *PLoS One*. 2021 Dec 13;16(12):e0261169. doi: 10.1371/journal.pone.0261169

10. Nestadt G, Samuels JF, Romanoski AJ, et al. Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(4):219-24. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb01504.x
11. Fireman B, Koran LM, Leventhal JL, Jacobson A. The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1904-10. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1904
12. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094-9. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
13. Kendrick T, Peveler R. Guidelines for the management of depression: NICE work? *Br J Psychiatry*. 2010;197(5):345-7. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074575
14. Ахалкин РВ, Маслова МА. Когнитивные нарушения при неписхотических депрессивных расстройствах. *Российский психиатрический журнал*. 2015;(1):43-50. [Akhapkin RV, Maslova MA. Cognitive impairments in non-psychotic depressive disorders. *Rossiyskiy psikhicheskiy zhurnal = Russian Journal of Psychiatry*. 2015;(1):43-50 (In Russ.).]
15. Veldhuis J, Dieleman JP, Wohlfarth T, et al. Incidence and prevalence of “diagnosed OCD” in a primary care, treatment seeking, population. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2012;16(2):85-92. doi: 10.3109/13651501.2011.617454
16. Волель БА, Петелин ДС, Ахалкин РВ, Малютин АА. Когнитивные нарушения при тревожных расстройствах. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(1):78-82. doi: 10.14412/2074-2711-2018-1-78-82 [Volel BA, Petelin DS, Akhapkin RV, Malyutina AA. Cognitive impairment in anxiety disorders. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(1):78-82. doi: 10.14412/2074-2711-2018-1-78-82 (In Russ.).]
17. Rees CS, Anderson RA, Kane RT, Finlay-Jones AL. Online Obsessive-Compulsive Disorder Treatment: Preliminary Results of the “OCD? Not Me!” Self-Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Program for Young People. *JMIR Ment Health*. 2016 Jul 5;3(3):e29. doi: 10.2196/mental.5363
18. Волель БА. Современные психофармакологические подходы в лечении обсессивно-компульсивных расстройств. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2002;(3):104-6. [Volel BA. Modern psychotherapeutic methods of treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychotherapy*. 2002;(3):104-6 (In Russ.).]
19. Белова НА, Колюцкая ЕВ. Феномен «моральной мизофобии» в клинике шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(6):13-7. [Belova NA, Kolyutskaya EV. Moral mysophobia phenomenon in schizophrenia. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(6):13-7 (In Russ.).]
20. Sharma LP, Reddy YCJ. Obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan;61(Suppl 1):S140-S148. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_527_18
21. Sevilla-Cermenio L, Andren P, Hillborg M, et al. Insomnia in pediatric obsessive-compulsive disorder: prevalence and association with multimodal treatment outcomes in a naturalistic clinical setting. *Sleep Med*. 2019 Apr;56:104-10. doi: 10.1016/j.sleep.2018.12.024. Epub 2019 Jan 30.
22. Pinciotti CM, Riemann BC, Abramowitz JS. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. *J Anxiety Disord*. 2021;81:102417. doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102417
23. Beucke JC, Sepulcre J, Talukdar T, et al. Abnormally high degree connectivity of the orbitofrontal cortex in obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(6):619-29. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.173
24. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders — Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2023;24(2):79-117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295
25. Dingemans AE, Volkmer SA, Mulkens S, et al. The obsessive-compulsive spectrum: A network analysis. *Psychiatry Res*. 2022;308:114351. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114351
26. Ravindran AV, da Silva TL, Ravindran LN, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a review of the evidence-based treatments. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):331-43. doi: 10.1177/070674370905400507
27. Стась СЮ. Обсессии контрастного содержания (аспекты коморбидности с расстройствами бредового регистра). *Психиатрия (научно-практический журнал)*. 2007;(2):7-15. [Stas' SYu. Contrast content obsessions and aspects of comorbidity with delusional disorders. *Psikhiatriya (nauchno-prakticheskiy zhurnal) = Psychiatry (Research and Practice Journal)*. 2007;(2):7-15 (In Russ.).]
28. Загороднова ЮБ, Колюцкая ЕВ. К проблеме обсессивного бреда. *Психиатрия*. 2009;(1-37):7-11. [Zagorodnova YuB, Kolyutskaya EV. Obsessive delusion problem. *Psikhiatriya = Psychiatry*. 2009;(1-37):7-11 (In Russ.).]
29. Guillen-Font MA, Cervera M, Puigoriol E, et al. Insight in Obsessive-Compulsive Disorder: Relationship With Sociodemographic and Clinical Characteristics. *J Psychiatr Pract*. 2021 Nov 5;27(6):427-38. doi: 10.1097/PRA.0000000000000580
30. Gaebel W, Stricker J, Kerst A. Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020 Mar;22(1):7-15. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel
31. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2015 Nov 15;92(10):896-903.
32. Conelea CA, Walther MR, Freeman JB, et al. Tic-related obsessive-compulsive disorder (OCD): phenomenology and treatment outcome in the Pediatric OCD Treatment Study II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(12):1308-16. doi: 10.1016/j.jaac.2014.09.014
33. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment clinical guideline, 2005. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG31/chapter/1-Guidance#steps-35-treatment-options-for-people-with-ocd-or-bdd>
34. American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for Obsessive-Compulsive Disorder, 2007. Available from: <https://psychiatryonline.org/guidelines>
35. Bloch MH, McGuire J, Landeros-Weisenberger A, et al. Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2010 Aug;15(8):850-5. doi: 10.1038/mp.2009.50. Epub 2009 May 26.
36. Edinoff AN, Akuly HA, Hanna TA, et al. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Adverse Effects: A Narrative Review. *Neurol Int*. 2020 Sep 8;81(5):19ac13182. doi: 10.4088/JCP.19ac13182
37. Kayser RR. Pharmacotherapy for Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2020 Sep 8;81(5):19ac13182. doi: 10.4088/JCP.19ac13182
38. Рагимова АА, Петелин ДС, Кожокару АВ и др. Применение транскраниальной магнитной стимуляции в психиатрической и психоневрологической практике: учебное пособие. Москва: Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации; 2019. doi: 10.12731/jouhv [Ragimova AA, Petelin DS, Kojokaru AV, et al. *Primeneniye transkraniyal'noy magnitnoy stimulatsii v psikhicheskiy i psikhonevrologicheskoy praktike: uchebnoye posobiye* [Use of transcranial magnetic stimulation in psychiatry and psychoneurological practice: a textbook. Moscow: Central State Medical Academy of the Administration of the President of the Russian Federation; 2019. doi: 10.12731/jouhv (In Russ.).]
39. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(8):1011-30. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.004

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
18.01.2023/17.03.2023/20.03.2023

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «Эбботт». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

This article has been supported by Abbott. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Петелин Д.С. <https://orcid.org/0000-0002-2228-6316>
Гамирова А.Н. <https://orcid.org/0000-0002-9543-4041>
Сорокина О.Ю. <https://orcid.org/0000-0001-8863-8241>
Трошина Д.В. <https://orcid.org/0000-0002-5046-6699>
Семин С.А. <https://orcid.org/0000-0002-0061-1798>
Болтуева М.Ш. <https://orcid.org/0009-0008-8319-9970>
Волель Б.А. <https://orcid.org/0000-0003-1667-5355>