

doctorsan.ru
psyandneuro.ru

ЛЕЧЕНИЕ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА



Представляем вашему вниманию обзорный перевод
«Клинических рекомендаций по лечению
обсессивно-компульсивного расстройства» Американской
психиатрической ассоциации, подготовленный совместными
усилиями научного интернет-портала
«Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии
«Доктор САН» (Санкт-Петербург)

Американская Психиатрическая Ассоциация
Организационный комитет по практическим рекомендациям

John S. McIntyre, M.D., Chair
Sara C. Charles, M.D., Vice-Chair

Daniel J. Anzia, M.D.
Ian A. Cook, M.D.
Molly T. Finnerty, M.D.
Bradley R. Johnson, M.D.
James E. Nininger, M.D.
Paul Summergrad, M.D.
Sherwyn M. Woods, M.D., Ph.D.
Joel Yager, M.D.

Area and Component Liaisons
Joseph Berger, M.D. (Area I)
C. Deborah Cross, M.D. (Area II)
Harry A. Brandt, M.D. (Area III)
Philip M. Margolis, M.D. (Area IV)
John P. D. Shemo, M.D. (Area V)
Barton J. Blinder, M.D. (Area VI)
David L. Duncan, M.D. (Area VII)
Mary Ann Barnovitz, M.D.
Sheila Hafter Gray, M.D.
Sunil Saxena, M.D.
Tina Tonnu, M.D.

Medical Editor
Laura J. Fochtman, M.D.

Staf

Robert Kunkle, M.A., Senior Program Manager
Amy B. Albert, B.A., Project Manager
Thomas J. Craig, M.D., M.P.H., Director, Department of Quality Improvement
and Psychiatric Services
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., Director, Division of Research

Перевод: Д. Филиппов (fluentstyle@gmail.com)

А. Психиатрическая помощь

1. Установите и поддерживайте терапевтический альянс.

- Выберите стиль коммуникации, подходящий пациенту.
- Дайте волнуемому и сомневающемуся пациенту время для принятия решений. Если нужно, повторите объяснения.
- Учитывайте возможность переноса и контрпереноса, которые могут навредить альянсу и приверженности лечению.
- Имейте в виду, что ожидания пациента зависят от культурных и религиозных факторов, представлений о болезни и опыта лечения.

2. Определите симптомы.

- Используйте для диагностики критерии DSM-IV-TR.
- Для выявления часто незамечаемых симптомов используйте опросник (Таблица 1).
- Дифференцируйте проявления ОКР от похожих симптомов других расстройств (Таблица 2).

Таблица 1. Скрининговый опросник для ОКР

У вас есть неприятные мысли, от которых вы не можете отделаться?

Вы беспокоитесь о том, что можете импульсивно причинить кому-нибудь вред?

Вам приходится многократно мыть руки, все пересчитывать и перепроверять?

Вас сильно беспокоит то, что вы недостаточно дисциплинированно исполняете религиозные ритуалы или то, что вы когда-то совершили нечто аморальное?

У вас есть беспокоящие мысли сексуального характера?

Вам важно расставлять предметы симметрично или в каком-нибудь другом определенном порядке?

Вам сложно выкидывать старые вещи, и поэтому ваш дом захламляется?

Эти беспокойства мешают в работе, семейной и социальной жизни?

Таблица 2. Симптомы других психических расстройств, которые нужно дифференцировать от симптоматики ОКР

Расстройство	Симптом	Чем симптом отличается от симптома ОКР
Биполярное расстройство	Маниакальный бред	Содержание бреда обычно связано с идеей величия.
Дисморфофобия	Постоянная, навязчивая озабоченность предполагаемым телесным дефектом	Озабоченность касается только тела.
Депрессивные расстройства	Повторяющиеся депрессивные мысли	В отличие от ОКР, повторяющиеся депрессивные мысли связаны с представлением о самом себе и обычно концентрируются вокруг самокритики, жизненных поражений, вины, сожаления и пессимизма относительно будущего В отличие от ОКР, депрессивные мысли не побуждают совершать компульсивные ритуалы.
Расстройства пищевого поведения	Навязчивые мысли и нездоровое поведение в том, что касается веса и еды	Симптомы связаны только с весом и питанием.
ГТР	Беспокойство	В отличие от ОКР, волнение не приводит к компульсивным ритуалам.
Ипохондрия	Боязнь заболеть или убежденность в том, что уже заболел	При ОКР такие страхи порождаются внешними стимулами (e.g. загрязнением), а не ошибочными представлениями о работе организма.

Таблица 2. Симптомы других психических расстройств, которые нужно дифференцировать от симптоматики ОКР (продолжение)

Расстройство	Симптом	Чем симптом отличается от симптома ОКР
Обсессивно-компульсивное расстройство личности (ОКРЛ)	Накопительство, педантичность, перфекционизм, озабоченность соблюдением правил	ОКР обычно фокусируется на определенных беспокоящих событиях; при ОКРЛ мысли и поведение окрашены такими чертами личности как перфекционизм и озабоченность правилами.
Парафилии	Навязчивые мысли и желания сексуального характера	Навязчивые мысли при ОКР отвергаются, осуждаются и ведут к избеганию отношений.
Послеродовая депрессия	Желание навредить ребенку	При ОКР мысли и желания не появляются на основе депрессивного настроения или психоза, и встречают сопротивление.
Посттравматическое стрессовое расстройство	Неотвязные мысли и образы	В мыслях воспроизводятся реально произошедшие события; при ОКР ожидаются события в будущем.
Шизофрения	Шизофренический бред	Содержание бреда обычно причудливое или связано с идеями наказания, величия, внешнего воздействия или идеями отношения.
Синдром Туррета	Вокальные и моторные тики	Тики, в отличие от компульсивных действий, не предваряются мыслями и не нацелены на снижение тревожности или предотвращение какого-либо события.

3. Оцените тяжесть симптомов.

- Для отслеживания ответа на лечение, оцените состояние в начале лечения.
- Шкалы оценки симптомов:
 - Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)
 - Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
 - Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
 - Zung Depression Scale
 - Quick-IDS
 - Sheehan Disability Scale (SDS)
 - Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)
 - World Health Organization Quality of Life Survey (WHOQOL-100)

4. Позаботьтесь о безопасности пациента и других людей.

- Оцените риск суицида, поведения опасного для пациента и других.
- Информация от членов семьи и близких может быть полезной.
- Примите во внимание факторы, связанные с повышенным риском суицида, включая определенные симптомы и расстройства (e.g. чувство безнадежности, агитация, психоз, тревожность, панические атаки, расстройства настроения, злоупотребление психоактивными веществами, шизофрения, пограничное расстройство личности), и предыдущие попытки суицида.
- Оцените риск того, что пациент нанесет кому-нибудь вред напрямую или косвенно (e.g. симптомы ОКР могут влиять на воспитание детей).

5. Завершите психиатрическое обследование.

- Обратите внимание на признаки сопутствующих расстройств, включая расстройства настроения, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства личности.

6. Установите цели лечения.

- К целям лечения относятся снижение частоты и тяжести симптомов, улучшение качества жизни.
- Разумный ориентир для лечения – добиться того, чтобы навязчивости и компульсивное поведение отнимали меньше часа в день, тревожность, связанная с ОКР, не превышала умеренного уровня, а само расстройство незначительно или вообще никак не влияло на повседневную жизнь. Даже при максимальных усилиях, некоторым пациентам не удастся достигнуть этих целей.

7. Определите подходящий формат лечения.

- Обычно пациентов лучше лечить в безопасной обстановке с наименьшими ограничениями.
- Амбулаторное лечение часто дает результат. Более строгий формат (e.g. госпитализация, дневной стационар) может потребоваться тогда, когда есть значительный риск суицида, угроза для безопасности других людей, неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, сопутствующие психические и соматические заболевания или тогда, когда нужно интенсивное лечение и мониторинг.
- Лечение дома у пациента проводится тогда, когда пациент не может посещать врача из-за страхов или других симптомов.

8. Позаботьтесь о приверженности лечению.

- Учитывайте то, что страхи, сомнения пациента и потребность в определенности могут влиять на его желание и возможность сотрудничать в ходе лечения, а также на терпеливость пациента.
- Расскажите пациенту о болезни и лечении, об ожидаемых результатах, времени и усилиях, которые потребуются для их достижения.
- Информировать о возможных побочных эффектах лекарств, интересуйтесь о тех побочных действиях, о которых пациент может умалчивать (e.g. побочные эффекты в сексуальной сфере), реагируйте на беспокойства по поводу побочных эффектов и назначайте встречи вскоре после начала приема или смены лекарств.
- Учитывайте возможность разрыва терапевтического альянса.
- Используйте помощь семьи пациента и систем социальной поддержки.
- При возможности, помогайте пациенту разобраться с такими практическими вопросами как оплата лечения и проезд.

В. Выбор начального лечения

Лечение первой линии для ОКР - когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и СИОЗС

- Помимо СИОЗС (флуоксетина, флувоксамина, пароксетина и сертралина) можно использовать кломипрамин.
- Доказана эффективность КПТ, основанной на экспозиционной технике.

→ **Выбор начального лечения зависит от следующих факторов:**

- Характер и тяжесть симптомов.
- Сопутствующие психические и соматические заболевания.
- Доступность КПТ.
- История лечения, препараты, которые принимаются в данный момент, возможности и предпочтения пациента.

→ **КПТ рекомендуется пациентам без сильной подавленности, тревожности, способным участвовать в таком виде лечения или тем, кто предпочитает не принимать лекарства.**

- Во время экспозиции пациенты контактируют со страшашей их ситуацией или объектом, и учатся воздерживаться от выполнения ритуальных действий. Цель в том, чтобы ослабить связи между провоцирующим стимулом и дистрессом, и между выполнением ритуалов и освобождением от дистресса.
- Когнитивные техники, такие как идентификация и изменение нефункциональных установок (e.g. магическое мышление, усиленное чувство ответственности за нежелательные события, неверная оценка вероятности нежелательных событий, слияние мысль/действие, перфекционизм, вера в то, что тревога будет длиться вечно, потребность в контроле) могут эффективно сочетаться с экспозиционной терапией.
- Пациент должен проявлять желание выполнять требования КПТ (e.g. регулярные задания на дом).
- Психодинамическая психотерапия может помочь принять рекомендованное лечение и обратиться к внутриличностным последствиям ОКР.
- Мотивационные беседы тоже помогают преодолеть сопротивление лечению.

Серотонинергические антидепрессанты рекомендованы, когда пациент уже имел положительный опыт приема определенного препарата или предпочитает лечение серотонинергическим антидепрессантом.

- Серотонинергический антидепрессант в начале лечения поможет, уменьшив тяжесть симптомов. Серотонинергические антидепрессанты рекомендованы пациентам с тяжелой формой ОКР, которые из-за тяжести симптомов не смогут участвовать в КПТ.
- Серотонинергические антидепрессанты необходимы, если КПТ недоступна.
- У СИОЗС меньше побочных действий, чем у кломипрамина, поэтому они предпочтительнее как препараты первой линии.
- При выборе конкретного СИОЗС нужно учитывать безопасность, побочные эффекты и их приемлемость для пациента, возможные взаимодействия с лекарствами, которые принимает пациент.

Комбинация серотонинергического антидепрессанта и КПТ иногда эффективнее, чем монотерапия, но эту комбинацию нельзя считать обязательной для всех.

- Комбинированное лечение подходит для пациентов, кто дал неудовлетворительный ответ на монотерапию, у кого есть сопутствующие психические заболевания, которые хорошо лечатся серотонинергическими антидепрессантами, или для тех, кто хочет ограничить продолжительность медикаментозного лечения.
- Комбинированное лечение также подходит для пациентов с тяжелой степенью ОКР, поскольку лекарства смягчают симптомы и дают возможность пациенту участвовать в КПТ.

С. Лечение

→ **Начинайте с дозы, рекомендованной производителем (в большинстве случаев), и титруйте до максимальной переносимой дозы (Таблица 3)**

- Если пациент волнуется по поводу побочных эффектов, начать можно с половины дозы (или меньше).
- Для пациентов с тревожными расстройствами и для пожилых могут потребоваться более низкие дозы и медленное титрование.
- Есть доказательства того, что высокие дозы СИОЗС дают немного более высокий уровень ответа на лечение и немного более сильное облегчение симптомов.
- Некоторым пациентам могут помочь дозы даже более высокие, чем указанные в последней колонке Таблицы 3. Внимательно наблюдайте за появлением у таких пациентов побочных эффектов, в том числе серотонинового синдрома.
- Между результатом лечения ОКР и уровнем серотонинергических антидепрессантов в крови не существует связи.

→ **Продолжайте фармакотерапию 8-12 недель, из них 4-6 недель - на максимальной переносимой дозе.**

- У большинства пациентов значительное улучшение не наступит раньше чем через 4-6 недель после начала приема препарата, а у некоторых улучшения начнут проявляться только через 10-12 недель.
- Пациентам, не отвечающим на эффективную дозу после 10-12 недель, можно повысить дозу.
- Некоторые врачи предпочитают повышать дозу быстро - еженедельно, а не через 1-2 месяца.

Таблица 3 Дозировка ингибиторов обратного захвата серотонина при ОКР

Препарат	Начальная доза (мг/день); шаг повышения дозы ^а	Обычная целевая доза (мг/день)	Обычная максимальная доза (мг/день)	Максимальная
				доза в отдельных случаях ^б (мг/день) ^б
Циталопрам	20	40-60	80	120
Кломипрамин	25	100-250	250	^с
Эсциталопрам	10	20	40	60
Флуоксетин	20	40-60	80	120
Флувоксамин	50	200	300	450
Пароксетин	20	40-60	60	100
Сертралин ^д	50	200	200	400

^аНекоторым пациентам лучше начинать с половины этой дозы (или меньше), чтобы свести к минимуму такие нежелательные побочные действия как тошнота или снизить тревожность в начале лечения.

^бЭти дозы иногда используются при быстром метаболизме или при очень мягких побочных эффектах (или их отсутствии) тогда, когда нет адекватного терапевтического ответа после 8 или более недель на обычной максимальной дозе.

^сУровень кломипрамина и дезметилкломипрамина в крови через 12 часов после приема нужно поддерживать ниже 500 нг/мл для минимизации риска судорог и нарушений проводимости сердца.

^дСертралин – единственный СИОЗС, который лучше абсорбируется с пищей.

Контролируйте побочные эффекты.

- В первую очередь надо понять, сможет ли снижение дозы смягчить побочные действия без потери терапевтического эффекта.
- Кломипрамин может производить антихолинергическое действие, которое обычно уменьшается со временем. Могут быть такие побочные эффекты: задержка мочеиспускания, набор веса, седация, ортостатическая гипотензия, постуральное головокружение, аритмия и судороги. Переносимость улучшит начальная доза 25 мг/день или меньше.
- Частые побочные действия СИОЗС и способы справиться с ними приведены в Таблице 4. Побочные действия в сексуальной сфере затрагивают одну треть или более пациентов, принимающих СИОЗС.

- Не пропустите появление суицидальных мыслей и стремления нанести себе вред у пациентов, принимающих СИОЗС, в особенности в начале лечения и после повышения дозы.
- Синдром отмены (головокружение, тошнота/рвота, головная боль, летаргия, но также и ажитация, бессонница, миоклонические судороги, парестезии) может появиться после резкого прекращения приема лекарства. Синдром возможен при приеме любого серотонинергического антидепрессанта, но чаще всего при приеме пароксетина или СИОЗСиН венлафаксина. Медленное снижение дозы в течение нескольких недель или дольше сведет к минимуму вероятность этого синдрома.

Таблица 4 Способы ослабить частые побочные действия СИОЗС

Побочное действие	Стратегии контроля
Усталость или сонливость	<ul style="list-style-type: none">• Добавьте умеренную дозу модафинила
Расстройство ЖКТ	<ul style="list-style-type: none">• Начиная с низких доз• Объясните, что тошнота исчезнет после 1-2 недель на постоянной дозе.
Бессонница	<ul style="list-style-type: none">• Рекомендуйте принимать лекарство утром.• Рекомендуйте следить за гигиеной сна.• Добавьте препарат, улучшающий сон.
Побочные эффекты в сексуальной сфере	<ul style="list-style-type: none">• Снизьте дозу до минимальной эффективной.• Подождите.• Посоветуйте раз в неделю пропускать прием перед сексом (не работает с флуоксетином).• Смените СИОЗС.• Добавьте препарат с противодействующим эффектом (е.г. бупропион).
Потливость	<ul style="list-style-type: none">• Добавьте антихолинергический препарат в низкой дозе (бензтропин).• Добавьте клонидин, ципрогептадин или мirtазапин.

КПТ нужно заниматься как минимум раз в неделю в течение 13-20 недель.

- В соответствии с литературой и экспертным мнением, 13-20 еженедельных сессий с заданиями на каждый день (или 3 недели ежедневной КПТ) – это адекватное лечение для большинства пациентов. В тяжелых случаях может потребоваться более длительный курс и/или более частые психотерапевтические сессии.
- Попробуйте усиленные сессии в наиболее тяжелых случаях у пациентов с обострениями в прошлом и у тех, кто близок к обострению.
- Психиатр может проводить КПТ сам или поручить психотерапию другому специалисту.

Отслеживайте состояние пациента.

- Частота повторных визитов может варьироваться от нескольких дней до 2 недель. Выбранная частота зависит от тяжести симптомов, сложностей, связанных с сопутствующими состояниями, наличием суицидальных идей, вероятностью неприятных побочных эффектов.
- Пациент должен иметь возможность позвонить врачу при возникновении вопросов о лекарствах. Если телефонные звонки становятся ритуалом, обсудите с пациентом и его семьей ограничения на звонки.

D. Изменение лечения

Если симптомы ОКР сохраняются, несмотря на лечение, решите, что нужно изменить в лечебном плане.

- Сначала лекарства редко дают освобождение от всех симптомов ОКР, обычно есть возможность для дальнейшего улучшения.

- Решения об изменении лечения могут зависеть от того, с каким уровнем симптоматики пациент готов смириться.
- Если пациент не мотивирован продолжать лечение, несмотря на незначительную степень улучшений, причиной потери надежд может быть депрессивное настроение или вторичная выгода от болезни.

→ **Выясните, какие факторы могут ограничивать успех лечения:**

- Проблемы с терапевтическим альянсом
- Влияние сопутствующих заболеваний, таких как паническое расстройство, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами или тяжелое расстройство личности
- Неадекватная приверженность лечению или отказ от психотерапии или лекарств в рекомендованной дозе
- Психосоциальные факторы стресса
- Отношение семьи к симптомам

→ **Расширьте или интенсифицируйте психотерапию или фармакотерапию.**

→ **Если по-прежнему нет улучшений, рассмотрите следующие альтернативы:**

- Комбинированное лечение (антидепрессант и КПТ)
- Аугментация антипсихотиком
- Переход на другой серотонинергический препарат
- Переход на венлафаксин

После того, как все перечисленные методы не привели к успеху, воспользуйтесь методами с меньшей доказательной базой.

- Аугментация кломипрамином, бупропионом, пиндололом, рилузолом или сульфат морфина раз в неделю для некоторых пациентов. Сульфат морфина нельзя назначать пациентам с противопоказаниями к опиатам, а при назначении следует соблюдать осторожность и вести соответствующую документацию. При добавлении кломипрамина нужно соблюдать осторожность, чтобы не допустить побочных эффектов, затрагивающих сердце и ЦНС.
- Монотерапия амфетамином, трамадолом, ИМАО, ондансетроном, транскраниальная магнитная стимуляция или глубокая мозговая стимуляция могут применяться в исключительных случаях.
- Интенсивное лечение в стационаре может быть полезным для пациентов с тяжелой, резистентной формой ОКР.
- В редких случаях при тяжелых, неотвечающих на лечение формах ОКР применяется абляционная нейрохирургия, которая вместе с глубокой мозговой стимуляцией должна производиться только в больницах, где есть эксперты по этим видам лечения и по ОКР.

Е. Прекращение лечения

Поскольку рецидивы происходят часто, лечение большинства пациентов нужно продолжать в той или иной форме.

- Прием лекарств, принесших успех, нужно продолжать 1-2 года, потом постепенно снижать дозу на 10-25 % каждые 1-2 месяца, отслеживая возможное возвращение симптомов или обострение болезни.
- Приведшую к успеху КПТ следует продолжать в формате ежемесячных усиленных сессий в течение 3-6 месяцев или в более интенсивном режиме, если удалось достичь только частичного результата.