

e-ISSN: 2345-0592 Online issue Indexed in <i>Index Copernicus</i>	Medical Sciences Official website: www.medicisciences.com	
--	--	---

Obsessive compulsive disorder: a literature review

Milda Musneckytė¹, Urtė Paškevičiūtė¹

¹*Lithuanian University of Health and Sciences, Academy of Medicine, Kaunas, Lietuva*

Abstract

Obsessive compulsive disorder (OCD) is characterized as chronic mental disorder in which a person has uncontrollable thoughts (obsessions) and/or repetitive, ritual movements (compulsions). Obsessions consists of various thoughts causing anxiety. In order to cope with these thoughts, compulsive movements are subconsciously being used by the OCD patients. OCD is the 4th most common mental disorder after social phobia, depression and substance abuse disorder worldwide. According to statistics, 2-3% of world population suffer from OCD – women and men affected equally. Moreover, OCD is common not only among the adults, but also among children. Research shows that 50% of all OCD symptoms are experienced by children and teenagers. OCD is linked to at least one comorbidity, most commonly depression, anxiety, alcohol abuse, or eating disorder. Even though there is a lack of research covering OCD epidemiology, it is known that neurobiological, psychosocial and genetic factors have a major impact on OCD development. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), anamnesis of patient development, psychosocial, sociocultural, family aspects are the main diagnostic tools. Y. Brown Obsessive Compulsive scale is commonly used to evaluate the severity of OCD symptoms. The differential diagnosis between disorders including compulsions and ticks such as organic disorders (Huntington's chorea, Tourette's syndrome), obsessive – compulsive personality disorder, depression or schizo-spectrum disorders is essential. Patients usually feel ashamed of experiencing OCD symptoms which leads to approximately 11 year treatment delay after the first symptoms occur. OCD treatment consists of psychotherapy, pharmacotherapy, or both. The most efficient treatment is using selective serotonin reabsorption inhibitors (SSRI) and behavioral-cognitive psychotherapy. Patient's motivation is an essential part of the OCD treatment, however even under the best treatment conditions, OCD symptoms tend to reoccur. The treatment is usually lifelong as moderate or severe OCD remission is rare. In severe OCD cases, surgical treatment or intracranial magnetic stimulation may be used when others treatments methods are not reaching the desired effect.

Keywords: obsessive compulsive disorder, OCD, mental disorders, obsessions, compulsions.

Obsesinis kompulsinis sutrikimas: literatūros apžvalga

Milda Musneckytė¹, Urtė Paškevičiūtė¹

¹Lietuvos Sveikatos Mokslų Universitetas, Medicinos akademija, Kaunas, Lietuva

Santrauka

Obsesinis kompulsinis sutrikimas (OKS) yra lėtinis psichikos sutrikimas, pasireškiantis įkyriomis mintims (obsesijomis) ir/ar atsikartojančiais, ritualiniais veiksmais (kompulsijomis). Įkyrios įvairaus pobūdžio mintys sukelia nerimą, kurį pacientai bando įveikti kompulsijomis. OKS serga 2-3% žmonių pasaulyje, tai ketvirtas dažniausiai sutinkamas psichikos sutrikimas po depresijos, socialinės fobijos ir priklausomybinių sutrikimų. OKS gali sirgti ne tik suaugusieji, bet ir vaikai, sutrikimas vienodai būdingas vyrams ir moterims. Statistiniai tyrimų duomenys rodo, kad 50% visų OKS pacientų simptomai pasireiškia vaikystėje ar paauglystėje. OKS sutrikimui būdingas komorbidiškumas – pusei visų pacientų pasireiškia mažiausiai vienas gretutinis psichikos sutrikimas – dažniausiai depresija, nerimas, priklausomybė nuo alkoholio ar valgymo sutrikimai. OKS etiologija nėra pilnai išsiaiškinta, tačiau nustatyta, kad ligos išsivystymui įtakos turi neurobiologiniai, psichosocialiniai ir genetiniai veiksniai. OKS diagnostika yra paremta paciento raidos, psichosocialine, sociokultūrine, paciento gyvenimo, šeimos narių anamneze, psichikos sutrikimų diagnostinio – statistinio penktojo leidimo vadovo (DSM)-5 diagnostiniais kriterijais. Simptomatikos sunkumo įvertinimui naudojamas Y. Brauno obsesinis – kompulsinis (Y-BOCS) klausimynas. OKS svarbu diferencijuoti nuo kitų sutrikimų, pasižyminčių kompulsijomis ar tikais: organinių sutrikimų (Huntigtono chorėjos, Tureto sindromo), asmenybinio obsesinio kompulsinio sutrikimo, depresijos ar šizofrenijos spektro sutrikimų. Tyrimai rodo, kad OKS pacientai gėdijasi savo simptomų, delsia kreiptis pagalbos, todėl dažniausiai OKS gydymas pradedamas praėjus 11 metų nuo simptomų atsiradimo. OKS gali būti gydomas pasitelkiant psichoterapiją, farmakoterapiją ar jų kombinaciją. Nustatyta, kad maksimalus OKS gydymo efektas pasiekiamas, kai kartu naudojama farmakoterapija selektyviais serotonino reabsorbcijos inhibitoriais (SSRI) ir elgesio kognityvinė psichoterapija. Gydymo procese labai svarbi paciento motyvacija, tačiau net ir optimalausiomis gydymo sąlygomis OKS simptomai linkę kartotis. Vidutinio ar sunkaus OKS remisija pasiekama retais atvejais, todėl gydymas dažniausiai tęsiamas visą gyvenimą. Sunkiais, rezistentiškais gydymui OKS atvejais gali būti taikomas chirurginis gydymas ar intrakraninį magnetinę stimuliaciją.

Raktažodžiai: obsesinis kompulsinis sutrikimas, OKS, psichikos sutrikimai, obsesijos, kompulsijos.

Įvadas

Obsesinis kompulsinis sutrikimas (OKS) – dažnai pasitaikantis, lėtinis sutrikimas, pasireiškiantis nekontroliuojamomis, įkyriomis mintimis (obsesijomis) ir/ar atsikartojančiomis veiksmy sekomis, kurių vydymui pacientas negali atsispirti [1]. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) obsesinį kompulsinį sutrikimą priskiria vienam iš dešimties labiausiai gyvenimo veiksnumą ir kokybę apribojančių sveikatos būklių [13]. Tarptautinėje statistinėje ligų ir sveikatos sutrikimų dešimtojo leidimo klasifikacijoje (TLK – 10) obsesijos apibūdinamos kaip nemalonaus turinio idėjos, vaizdiniai ar potraukiai, kurie nuolatos, stereotipiškai grįžta į paciento sąmonę, ir nors mintys suvokiamos kaip savos, tačiau jos nepaklūsta paciento valiai bei norams [8]. Įkyrios mintys (obsesijos) sukelia nerimą bei diskomfortą – norėdami jų atsikratyti, pacientai atlieka įvairias fizines veiksmų sekas, ritualus (kompulsijas) [7]. Dažniausiai pasitaikančios obsesijos yra: vaizdiniai ir mintys apie artimųjų sveikatos sutrikimus, neapleidžianti baimė užsikrėsti infekcine liga, palikti neužrakintas duris ar neišjungtus elektros prietaisus, įkyrios seksualinio pobūdžio ar kitokios mintys, prieštaraujančios paciento moraliniams įsitikinimams. Kompulsijos pasireiškia atkartojamais fiziniiais veiksmais (rankų plovimas, tikrinimas) ar protiniais ritualais (skaičiavimais, maldų ar tam tikrų minčių kartojimais) [4]. TLK – 10 kompulsijas apibūdina kaip stereotipinį, nuolat besikartojantį elgesį, kurio paskirtis apsaugoti pacientą nuo tariamo įvykio, kuris gali pakenkti jam pačiam ar sukelti pavojų kitiems. Pacientas bando atsispirti šiems veiksams suvokdamas jų beprasmybę ir, jei tai pavyksta, nerimas padidėja [8]. Kiekvieno paciento OKS simptomų pasireiškimo sunkumas skiriasi. Žmonės geba nuslėpti šį sutrikimą nuo aplinkinių - net nuo savo šeimos narių - nors tai gali

komplikuoti tarpasmeninius santykius, sukelti sunkumų darbe ar studijose. Obsesijos bei kompulsijos gali sukelti ir realių padarinių ne tik psichinei, bet ir fizinei žmogaus sveikatai – dėl baimės užsikrėsti infekcine liga, pacientas nustoja lankytis gydymosi įstaigose, dėl per dažno rankų plovimo išsivysto dermatitas [6]. Psichikos sutrikimų diagnostiniam ir statistiniam penktojo leidimo vadove (DSM)-5 nurodomos ir kitos su OKS susiję būklės: kūno dismorfinis sutrikimas, kleptomanija (padidėjusio poreikio kaupti daiktus sutrikimas), trichotilomanija (plaukų rovimas sutrikimas), ekskoriacinis sutrikimas (odos draskymas), vaistų ar kitų sveikatos būklių sukeltas obsesinis kompulsinis sutrikimas [19].

Epidemiologija

OKS yra ketvirtas dažniausiai sutinkamas psichikos sutrikimas po depresijos, priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų ir socialinės fobijos. Šiuo sutrikimu vienodai linkę sirgti tiek vyrai, tiek moterys. Vyrams pirmieji simptomai dažniausiai pasireiškia vėlyvoje paauglystėje, moterims - ties dvidešimtaisiais gyvenimo metais [3]. Pusei visų sergančiųjų simptomai pasireiškia vaikystėje ar paauglystėje. Vyresniems nei 40 metų asmenims OKS paprastai nenustatomas, jei anksčiau nebuvo išreikštos simptomatikos [18]. Studijos rodo, kad 2 – 3% pasaulio gyventojų serga OKS [4]. Vaikai ir paaugliai taip pat gali sirgti OKS. Nustatyta, kad 0,25% 5 – 15 metų vaikų turi OKS simptomų [2]. Epidemiologiniais tyrimų duomenimis - 50% sergančių OKS pasireiškia ir mažiausiai vienas gretutinis psichikos sutrikimas – nerimas, vienpolinis nuotaikos sutrikimas (depresija), priklausomybė nuo alkoholio, valgymo sutrikimai [5]. Trečdaliui pacientų nustatomas didžiosios depresijos sutrikimas. Visi OKS sergantys pacientai patenka į padidintos suicido rizikos grupę. 50% visų

pacientų bando atsispirti obsesijoms bei kompulsijoms, 80% - supranta jas kaip neracionalias [10]. Dažniausiai gydytis pacientai pradeda praėjus maždaug 11 metų nuo simptomų atsiradimo pradžios, numanoma to priežastis – pacientai gėdijasi įkyrių netinkamo turinio minčių ar atliekamų ritualų [9]. Ligos eigoje maždaug 20 – 30% pacientų simptomai sumažėja, 40 – 50% - išlieka vidutiniškai ir 20 – 40% - lieka nepakitę [10].

Etiologija

OKS etiologiją apima neurobiologiniai, genetiniai bei psichosocialiniai veiksniai. Daugiau nei pusei OKS sergančių pacientų simptomai pasireiškia staiga. Nustatyta, kad stresogeninis įvykis – nėštumas, seksualinė prievarta ar artimojo mirtis gali išprovokuoti ligos pradžią. [10] Sukaupti duomenys rodo, kad tam tikri iškreipti socialiniai įsitikinimai gali paskatinti simptomų atsiradimą, tai:

- 1) perfekcionizmas ir nežinomybės netoleravimas;
- 2) pernelyg didelė minčių gausa ir poreikis jas kontroliuoti;
- 3) perdėtos atsakomybės ir realios grėsmės pervertinimo jausmas [11]

Genetiniai faktoriai taip pat turi nemažai įtakos OKS išsivystymui. Dažniausiai pasirenkami tirti dvyniai –jei sutrikimo atitikmuo tarp monozygotinių dvynių yra 100%, galima teigti, kad priežastis yra grynai genetinė, tačiau, jei nėra pasiektas 100% atitikmuo, daroma išvada, kad sutrikimą lemia ir aplinkos faktoriai [12]. Viename tyrime buvo pasiektas 80-87% atitikimo koeficientas tarp monozygotinių dvynių ir 47 – 50% tarp dizigotinių dvynių [31]. Nė viename atliktame tyrime nebuvo pasiektas 100% atitikmuo, tačiau monozygotiniai dvyniai procentaliai dažniau pasižymėjo obsesiniais kompulsiniais simptomais nei dizigotiniai dvyniai, kas parodo, kad genetiniai faktoriai, atlieka svarbų vaidmenį sutrikimo išsivystyme [12]. Genetiniai tyrimai su šeimomis, taip pat parodė OKS paveldėjimo dėsningumą – iš tirtų OKS sergančių

suaugusiųjų 45-65% giminėje turėjo OKS sergantį asmenį [17]. Nustatyta, kas OKS turi tvirtą neurobiologinį pagrindą – visų įkyrių minčių bei veiksmų simptomai būdingi ir kitoms sveikatos būklėms: Parkinsono ligai, Huntingtono chorėjai, Tureto sindromui, šizofrenijai, sunkioms epilepsinėms būklėms, traumos ar insulto sukeltų tam tikrų galvos smegenų regionų pažeidimui [14]. Be to, vaizdinių tyrimų studijos rodo, kad stimuliuojant OKS turinčius pacientus obsesijas – kompulsijas provokuojančiu veiksmu, tam tikruose galvos smegenų regionuose matomas padidėjęs metabolinis aktyvumas [15]. Neurobiologinę OKS kilmę patvirtina ir teigiamas atsakas į farmakoterapiją - paskyrus serotonino reabsorbcijos inhibitorius (kломipraminą) ar selektyvius serotonino reabsorbcijos inhibitorius (fluoksetiną, sertralina, fluvoksaminą) obsesijų bei kompulsijų simptomatika mažėja [16].

Diagnostika

Pacientai, sergantys OKS dažniau savo simptomus išsako kitų specialybių gydytojams nei gydytojui psichiatru, todėl kiekvienam gydytojui svarbu žinoti OKS diagnostinius kriterijus. Pagrindiniai OKS diagnostiniai kriterijai, remiantis (DSM)-5 leidimu [19] yra šie:

- 1.) Obsesijų ar/ir kompulsijų atsiradimas;
- 2.) Obsesijos atima daug laiko, sutrukdo kasdienę darbinę, socialinę veiklą, sukelia stresą;
- 3.) Obsesiniai kompulsiniai simptomai nėra sukelti psichoaktyvių medžiagų, vaistų vartojimo ar kitų sveikatos būklių;
- 4.) Simptomai neatitinka jokio kito, panašaus į OKS sutrikimo (per didelį susirūpinimą generalizuoto nerimo sutrikimo metu; pernelyg išreikštas dėmesys kūno išvaizdai dismorfinio sutrikimo metu; polinkis kaupti daiktus kleptomanijos sutrikimo metu; plaukų rovimas trichotilomanijos sutrikimo metu; odos draskymas ar kitoks pažeidimas

dermatilomanijos sutrikimo metu; tam tikri maisto ritualai atsirandantys valgymo sutrikimų metu; nuolatinės mintys apie lošimus ar psichoaktyvias medžiagas, pasireiškiančios priklausomybių sutrikimuose; iškreiptos seksualinės fantazijos, nustatomos parafiliniuose sutrikimuose; neadekvatus kaltės jausmas depresijos sutrikimo metu; svetimos mintys ar kludiesiai, pasireiškiantys šizofrenijos spektro ar kituose psichoziniuose sutrikimuose; pasikartojantys veiksmai, susiję su autizmu) diagnostinių kriterijų.

Obsesinio kompulsinio sutrikimo diagnostiniai kriterijai, aprašyti (DSM)-5 leidime, leidžia suskirstyti pacientus į tris grupes:

- 1.) Pacientai, kurie yra kritiški esamoms obsesijoms bei kompulsijoms, supranta jų beprasmiškumą;
- 2.) Pacientai, kurie yra vidutiniškai kritiški obsesijoms ir kompulsijoms, iš dalies supranta jų beprasmiškumą, mano, kad kai kurios obsesinės mintys yra teisingos ir neiškreiptos;
- 3.) Pacientai, kurie nėra kritiški obsesijoms ir kompulsijoms – mano, kad šie įsitikinimai yra realūs ir nebeprasmiški.

Kritiškumo savo ligai nebuvimas – manymas, kad obsesijos ir kompulsijos yra realus dalykas blogina ligos prognozę, pasižymi prasta paciento motyvacija gydytis bei sunkina ligos eigą [26]. Daugumai pacientų t.y. 75% obsesijos ir kompulsijos pasireškia vienu metu, kai kurie tyrimai rodo, kad surinkus detalesnę pacientų anamnezę, skaičius siektų beveik 100%. Obsesijų ir/ar kompulsijų atsiradimas yra pagrindinis diagnostinis kriterijus [10]. Suaugusiems ir vaikams/paaugliams pasireišusių obsesijų bei kompulsijų pobūdis skiriasi:

- Suaugusiems būdingos obsesijos: kontaminacijos; patologinės abejonės;

seksualinės; prievartinės; somatinės kilmės ar sudėtinės.

- Suaugusiems asmenims dažniausiai pasitaikančios kompulsijos: patologinis tikrinimas; švarinimasis; plovimas; skaičiavimas; poreikis prisipažinti; išsiaiškinti; tam tikrų daiktų kaupimas; kelių kompulsinių veiksmų kombinacijos.
- Vaikams/paaugliams būdingos obsesijos: bjaurėjimasis kūno sekretais, purvu, tam tikrais aplinkos daiktais, kontaminacijos baimė; baimė, kad įvyks nelaimingas atsitikimas (artimojo liga ar mirtis, gaisras, autoįvykis); simetriškumo ieškojimas; laimingų ir nelaimingų skaičių išskyrimas; draudimas kilti seksualinio pobūdžio mintims.
- Vaikams/paaugliams būdingos kompulsijos: ritualinis, per dažnas rankų plovimas, maudymasis vonioje ar duše; veiksmų sekų ritualai (tam tikrą kartų kiekį įeiti ir išeiti pro duris, atsistoti nuo kėdės ir atsisėsti); prietaisų, užraktų tikrinimas; prevencijos priemonės, skirtos apsaugoti kitus nuo tariamos žalos; įvairūs lietimų, specialių rūbų dėvėjimo, spjaudymo ritualai [20].

Obsesinio kompulsinio sutrikimo simptomatikos sunkumui įvertinti dažniausiai naudojamas Y. Brauno obsesinis kompulsinis klausimynas (Y-BOCS) [21]. Atsakydamas į kiekvieną klausimą, pacientas gali surinkti nuo 1 iki 4 balų, maksimalus balų skaičius – 40. Klausimai skirti įvertinti: kiek laiko užima obsesijos bei kompulsijos; ar obsesinės mintys trukdo kasdienei veiklai; ar stresuojama dėl kylančių obsesinių minčių bei vykdomų kompulsinių veiksmų; ar bandoma pasipriešinti obsesinėms mintims ir kompulsiniui elgesiui; kiek pacientas pajėgus kontroliuoti obsesinį kompulsinį elgesį [22]. Gydytojas psichiatras turi įvertinti paciento raidos,

psichosocialinę ir sociokultūrinę anamnezę, išsiaiškinti buvusius stresinius įvykius paciento gyvenime, paciento gebėjimą kurti santykius, spręsti iškilusias problemas [27].

Diferencinė diagnostika

Daugybinė organinių psichikos sutrikimų gali sukelti panašius į OKS simptomus. Daugiausia tai su pamato branduoliais susiję ligos – Huntingtono chorėja, Sydenhamo chorėja. Prieš skiriant psichiatrinių gydymą, pirmiausiai pacientas turėtų būti ištirtas neurologiškai, siekiant atmesti galimas organines patologijas [10]. OKS glaudžiai susijęs su Tureto sindromu, ligos dažnai diagnozuojamos vienu metu - 90% pacientų būna išreikšti kompulsiniai simptomai ir du trečdaliai visų pacientų pilnai atitinka OKS diagnostinius kriterijus. Klasikiniai Tureto sindromo sukelti motoriniai ir vokaliniai tikai yra tik iš dalies panašūs į OKS, tačiau ankstyvoji Tureto sindromo simptomatika labai primena kompulsijas [34]. OKS dažnai painiojamas su asmenybinu obsesiniu kompulsiniu sutrikimu, kuris pasižymi perfekcionizmu, perdėtu noru viską atlikti teisingai bei tvarkingai [33]. OKS svarbu atskirti ir nuo šizofrenijos spektro sutrikimų (šizofrenija, kitos neafektinės psichozės, šizotipinis asmenybinis sutrikimas), sukeliančių priverstines obsesijas ar kompulsijas - nors demarkacinė linija tarp šių sutrikimų nėra ryški, tačiau psichotiniai pacientai dažniausiai būna nekritiškai esamies simptomams [35]. Didžiosios depresijos sutrikimas taip pat kartais išsiskiria OKS simptomais, tačiau pasiekus depresijos remisiją, OKS simptomai išnyksta [10].

Gydymas

OKS pacientų gydymas indikuotinas, kai simptomai sukelia problemas kasdieniame gyvenime, stresą, nerimą, žmogus negali tinkamai funkcionuoti. Gydytojai psichiatrai prieš pradėdami gydymą, turėtų įvertinti paciento būklės stabilumą, ar jis nekelia pavojaus sau ir aplinkiniams. Pacientai, sergantys OKS ar OKS ir

gretutiniu psichikos sutrikimu, pasižymi padidinta savižudybės riziką. Jei OKS serga vaikas, į gydymo procesą turėtų būti įtraukti tėvai ar globėjai – vaiko auklėjimo metodikos turi didelę reikšmę OKS simptomų išsivystymui. Vienas svarbiausių faktorių gydymo procese – paciento motyvacija, todėl svarbus tiek paciento, tiek artimųjų švietimas [27]. OKS sutrikimas gali būti gydomas pasitelkus farmakoterapiją, psichoterapiją ar jų derinį. Dažniausiai gydymui yra naudojama kognityvinė elgesio psichoterapija ir farmakoterapija selektyviais serotonino reabsorbcijos inhibitoriais (SSRI) vienu metu [25]. Manoma, kad obsesijoms gydyti didesnės įtakos turi farmakoterapija panaudojant SSRI (fluksetiną, sertralina, fluvoksaminą, citalopramą), tuo tarpu kompulsijų gydymui efektyvesnė yra kognityvinė elgesio psichoterapija [27]. Kognityvinė elgesio psichoterapija yra pirmo pasirinkimo gydymo būdas vaikams, paaugliams ir suaugusiems pirmo pasirinkimo būdas yra farmakoterapija bei psichoterapija [29]. Deja, net ir taikant optimaliausią gydymą, daugeliui pacientų simptomai kartojasi. Vidutinio ar sunkaus OKS remisija pasiekama nedažnai, todėl gydymas reikalingas visą gyvenimą [25]. Gydymą apsunkina ir pacientų nenoras vartoti vaistus, motyvacijos nebuvimas [10]. OKS gydymui 1980 metais pirmiausiai buvo panaudotas kломipraminas, tačiau vaistas sukėlė nemažai nepageidaujamų reakcijų [23]. 1989 metais buvo atrastas fluvoksamino teigiamas efektas, tačiau vėliau atlikti tyrimai su SSRI įrodė didžiausią šių vaistų grupės efektyvumą ir mažiausią sukeliama žalą [24]. SSRI maksimalus veiksmingumas OKS gydyme pasiekiamas naudojant dideles vaisto dozes, teigiamas atsakas dažniausiai gaunamas po 8 - 12 savaičių. Nėra atlikta daug tyrimų, nurodančių, kiek laiko reikia vartoti SSRI – dažniausiai pateikiama rekomendacija – net pasiekus remisiją - tęsti vaistų vartojimą, jei nepasireiškia ryškūs šalutinis poveikis [25]. Jei gydymas SSRI ar kломipraminu nėra efektyvus, kai kurie gydytojai prideda kitą vaistą – natrio valproatą, ličio preparatus, karbazepiną

– siekiant pagerinti pirmojo vaisto efektyvumą. Kiti vaistai, skiriami bandant gydyti OKS, kai SSRI nesukelia pakankamo teigiamo efekto, yra – venlafaksinas, pindolis, monoamino oksidazės inhibitoriai (MAOI), fenelzinas. Yra tyrimų, rodančių pridėto atipinio antipsichotiko (risperidono) efektyvumą gydant kai kuriuos OKS pacientus [10].

Kognityvinė elgesio psichoterapija laikoma pirmo pasirinkimo metodu OKS gydymui. Nors tam tikrais atvejais dinaminė psichoterapija naudinga OKS sergantiems pacientams, nėra pakankamai tyrimų, įrodančių dinaminės ar analitinės psichoterapijos pranašumą prieš kognityvinę elgesio terapiją OKS sergančių pacientų gydyme. Kognityvinė elgesio terapija yra skirstoma į individualią, grupinę ir šeimos [27]. Efektyviausia OKS gydymui kognityvinės psichoterapijos šaka – ekspozicinė psichoterapija. Ekspozicinė psichoterapija išmoko ne vengti nerimą keliančio dirgiklio (OKS atveju – obsesinės mintys yra nerimo šaltinis, kompulsijos – problemos vengimo išraiška), o konstruktyviai spręsti situaciją, rasti alternatyvius, veiksmingus nerimo mažinimo būdus [30]. Kognityvinės psichoterapijos metu pacientas yra skatinamas susidurti su obsesijas provokuojančiais daiktais (siūloma liesti įsivaizduojamai kontaminuotą paviršių) ar vaizdiniais (įsivaizduoti artimojo nelaimę) ir išbūti veiksmų bei minčių sukeltą nerimą, neatliekant kompulsijų [32]. Gydymo kursą išėjusiems pacientams, gydymo efektas išlieka mažiausiai du metus [26]. Kognityvinė psichoterapija yra pirmo pasirinkimo gydymo būdas vaikams, o paaugliams ir suaugusiems pirmo pasirinkimo būdas yra farmakoterapija ir psichoterapija [29].

Labai retais, ypač, sunkiais rezistentiškais farmakoterapijai ir psichoterapijai OKS atvejais, yra naudojamas chirurginis gydymas. Jo metu suardomos neurojungtys tarp OKS išsivystymui svarbių struktūrų – pvz. jungtis tarp orbifrontinės žievės ir priekinio

smegenų vingio žievės. Atliekamos šios chirurginės procedūros: priekinė kapsulotomija, priekinė cingulotomija, subkaudato traktotomija ir limbinė leukotomija. Kita chirurginė intervencija yra gilioji smegenų stimuliacija (GSS) – galvos smegenyse ties pamato branduoliais chirurgiškai implantuojamas elektrostimuliatorius, kuris siunčia elektrinius signalus į tam tikras smegenų sritis ir atstato elektrinį balansą neuronų tinkle, nutraukia patologinius elektrinius signalus. Alternatyva chirurginiams metodams galėtų būti transkranijinė magnetinė stimuliacija. Jos metu naudojami kaukolės išorėje esantys elektromagnetai, generuojantys trumpus magnetinius impulsus – jų pagalba moduluojami elektriniai signalai galvos smegenų neuronų tinkluose [28].

Literatūros sąrašas

1. NIMH » Obsessive-Compulsive Disorder: When Unwanted Thoughts or Irresistible Actions Take Over. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/obsessive-compulsive-disorder-when-unwanted-thoughts-take-over/index.shtml>
2. Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179(4), 324-329. doi:10.1192/bjp.179.4.324
3. Veale D, Roberts A. Obsessive-compulsive disorder. Vol. 348, *BMJ (Online)*. BMJ Publishing Group; 2014.
4. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. Vol. 374, *The Lancet*. 2009. p. 491–9.
5. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, Comorbidity,

- impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1978–85.
6. Veale D, Roberts A. Obsessive-compulsive disorder. Vol. 348, *BMJ*. BMJ Publishing Group; 2014.
 7. Brock H, Hany M. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). 2019 Dec 30;
 8. TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: obsesinis kompulsinis sutrikimas. Kaunas: Medicina; 1997. p. 1-26, 88-115.
 9. Fenske JN, Schwenk TL. Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2009 Aug 01;80(3):239-45
 10. Sadock B, Sadock V and Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, 11th edition. 2015.
 11. Taylor S, Jang KL. Biopsychosocial etiology of obsessions and compulsions: An integrated behavioral-genetic and cognitive-behavioral analysis. *J Abnorm Psychol*. 2011;120(1):174–86.
 12. SJ, Kim CH. The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions. Vol. 47, *Yonsei Medical Journal*. Yonsei University College of Medicine; 2006. p. 443–54.
 13. Murray CL, Lopez AD. The Global Burden of Disease. Harvard University Press; Cambridge: 1996
 14. Stein DJ. Advances in the neurobiology of obsessive-compulsive disorder. Implications for conceptualizing putative obsessive-compulsive and spectrum disorders. *Psychiatr.Clin.North Am*. 2000;23:545–562.
 15. Hoehn-Saric RGB. Psychobiology of obsessive-compulsive disorder: anatomical and physiological considerations. *International Review of Psychiatry*. 1997;9:15–29[
 16. Clomipramine Collaborative Study Group. The Clomipramine Collaborative Study Group Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch.Gen.Psychiatry*. 1991;48:730–738.
 17. Chacon P, Bernardes E, Faggian L, Batistuzzo M, Moriyama T, Miguel EC, Polanczyk GV. Obsessive-compulsive symptoms in children with first degree relatives diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Braz J Psychiatry*. 2018 Oct-Dec;40(4):388-393
 18. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KA, Coffey BJ. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr. Clin. North Am*. 2014 Sep;37(3):257-67
 19. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013 Jun;12(2):92–8.
 20. Smith AH, Wetterneck CT, Hart JM, Short MB, Thr. T, Björgvinsson T, et al. Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. 2012
 21. Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. Vol. 333, *British Medical Journal*. BMJ Publishing Group; 2006. p. 424–9.
 22. Schruers K, Baldi S, van den Heuvel T, Goossens L, Luyten L, Leentjens AFG, et al. The effects of deep-brain non-stimulation in severe obsessive-compulsive disorder: an individual patient data meta-analysis. Vol. 9, *Translational Psychiatry*. Nature Publishing Group; 2019.
 23. Insel TR, Murphy DL, Cohen RM, Alterman I, Kilts C, Linnoila M. Obsessive-Compulsive Disorder: A Double-blind Trial of Clomipramine

- and Clorgyline. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(6):605–12.
24. Soomro GM, et al. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD) *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD001765
25. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. Vol. 37, *Psychiatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2014. p. 375–91.
26. Krzyszkowiak W, Kuleta-Krzyszkowiak M, Krzanowska E. Treatment of obsessive-compulsive disorders (OCD) and obsessive-compulsive-related disorders (OCRD). 2019; 53(4):825–43.
27. Koran LM, Gregory Hanna CL, Hollander E, Nestadt G, Blair Simpson H. PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder WORK GROUP ON OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER 2010. Available from: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm.
28. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet* 2009; 374(9688): 491–499.
29. O’Kearney R. Benefits of cognitive-behavioural therapy for children and youth with obsessive-compulsive disorder: re-examination of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2007 Mar 26; 41(3):199–212. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17464701>
30. Valt C, Huber D, Erhardt I, Stürmer B. Internal and external signal processing in patients with panic disorder: An event-related potential (ERP) study. *PLoS One*. 2018 Nov 1;13(11).
31. Carey G, Gottesman II: Twin and family studies of anxiety, phobic and obsessive disorders, in *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. Edited by Klein DF, Rabkin J. New York, Raven Press, 1981, pp 117– 136 [G]
32. Franklin ME, Harrison JP, Benavides KL. Obsessive-Compulsive and Tic-Related Disorders. Vol. 21, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. NIH Public Access; 2012. p. 555–71.
33. Starcevic V, Berle D, Brakoulias V, Sammut P, Moses K, Milicevic D, et al. Obsessive-compulsive personality disorder co-occurring with obsessive-compulsive disorder: Conceptual and clinical implications. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2013 Jan 11; 47(1):65–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22689335>
34. Deeb W, Malaty IA, Mathews CA. Tourette disorder and other tic disorders. In: *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier B.V.; 2019. p. 123–53.
35. Rasmussen AR, Nordgaard J, Parnas J. Schizophrenia-spectrum psychopathology in obsessive-compulsive disorder: an empirical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019 May 25;1–10.