

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ოკა)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ოკა)“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2008 წლის 5 ნოემბრის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 18 დეკემბრის № 275/ო ბრძანებით.

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ობა)

გაიფლანინი განკუთვნილია

- ⇒ ფსიქიატრებისათვის, პირველადი ჯანდაცვის და სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალისათვის, რომელთაც უშუალო შეხება აქვთ ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობების მქონე სხვადასხვა ასაკის პაციენტებთან;
- ⇒ შეიძლება გამოყენებულ იქნას ოკუპაციური თერაპევტების, ფსიქოთერაპევტებისათვის და სოციალური მუშაკების მიერ;
- ⇒ შეიძლება გამოყენებული იყოს უმადლესი და საშუალო სამედიცინო დაწესებულებების პედაგოგების მიერ უწყვეტი სამედიცინო განათლებისათვის.

1. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, ტერმინოლოგია და კლასიფიკაცია

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ობა) არის ფსიქიკური აშლილობა, რომელსაც ახასიათებს განმეორებითი, რეციდიული, აკვიატებული აზრები – ობსესიები და აკვიატებული მოქმედებები – კომპულსიები.

ტერმინოლოგია

- **ობსესია** (ლათ. Obsessio – ბლოკადა, აღყა, გარშემორტყმა). იგულისხმება ინდივიდის ნების გარეშე მის ცნობიერებაში აღმოცენებული აკვიატებული აზრები, გრძნობები, წარმოდგენები, რომლებიც სტერეოტიპული ფორმით მეორდება გონებაში. თან ახლავს კრიტიკული დამოკიდებულება და მათი ავადმყოფური წარმოშობის განცდა;
- **კომპულსია** (ლათ. Compello – ვაიძულე). იგულისხმება დაუძლეველი აკვიატებული ლტოლვა რაიმე მოქმედებისაკენ, რომელიც აღმოცენდება გონების, ნების, გრძნობის საწინააღმდეგოდ და ინდივიდის მიერ შეიცნობა, როგორც არასწორი, მიუღებელი, რის გამოც მისი რეალიზება არ ხდება. იგი ხშირად წინააღმდეგობაშია ინდივიდის მორალურ-ეთიკურ დაყენებებთან. უფრო ფართო გაგებით - მოძრაობითი სფეროს ნებისმიერი აკვიატება, მათ შორის – აკვიატებული რიტუალები;
- **რიტუალი** – იგულისხმება აკვიატებული ჩვევა, რომლის დანიშნულებაა თითქოსდა მომავალი საფრთხის თავიდან აცილება, შიშის დაძლევა. ხშირად მოწყვეტილია შიშის რეალურ სურათს და ატარებს სიმბოლურ ხასიათს.

სინონიმები: აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზი, ანანკასტური ნევროზი.

ისტორიული მიმოხილვა

კლინიკურ ფსიქიატრიაში ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობების მსგავს ფსიქოპათოლოგიურ ფენომენთა აღწერა სათავეს XVII საუკუნეში იღებს. მათი პირველი აღწერა ეკუთვნის 1617 წელს პლატერს. შემდგომში 1621 წელს ბარტონის მიერ აღწერილი იყო “სიკვდილის აკვიატებული შიში”. ესკიროლმა

1827 წელს აღწერა მსგავსი ფენომენები და უწოდა მათ “აზრთა მერყეობის ნევროზი”. შემდგომში ამ მოვლენის შესწავლა განვითარდა ბალინსკის (1858) მიერ “აკვიატებული წარმოდგენების” აღწერისას და მორელისა და მანიანის შრომებში. 1866 წელს მორელმა აკვიატებულ აზრებს უწოდა “ემოციური ბოდეები”; მანიანი თვლიდა, რომ ამ პათოლოგიის საფუძველს წარმოადგენს ტვინის ანომალური განვითარება, რაც იწვევს “დეგენერაციის ეპიზოდურ გამოვლინება”-ს. 1877 წელს ვესტფალმა ხაზი გაუსვა აკვიატებული აშლილობების თავისებურებას, როდესაც პიროვნების ნების გარეშე, ცნობიერებაში ამოტივტივდება აკვიატებული აზრები და მიუხედავად იმისა, რომ ამ აზრთა უცნაურობა კრიტიკულად ფასდება პიროვნების მიერ, მას არ ძალუძს მათი თავიდან მოცილება. შემდგომში აკვიატებული მდგომარეობები აღწერა ფრანგმა მეცნიერმა პიერ ჟანემ, გამოყო რა ისინი ყველა სხვა ნევროზული აშლილობებისაგან და უწოდა “ფსიქასთენია”. აკვიატებულ აშლილობათა გაერთიანება ერთი დაავადების – ფსიქასთენიის ქვეშ, ჟანეს დიდი ავტორიტეტის გამო, დიდი ხნით გაბატონდა საფრანგეთსა და მსოფლიო ფსიქიატრიაშიც. მომდევნო პერიოდში გერმანულ ფსიქიატრიაში კვლავ მოხდა ამ ფენომენტთა შესწავლა და სიმპტომოკომპლექსმა მიიღო “აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზის” სახელი. ინგლისურ ენაზე აკვიატება ითარგმნებოდა “ობსესიად”, ამიტომ ინგლისურენოვან ფსიქიატრიაში ამ ფენომენტებს უწოდეს “ობსესიური ნევროზი”. ამერიკელმა ფსიქიატრებმა უპირატესობა მიანიჭეს აკვიატების აღმნიშვნელ სინონიმს “კომპულსიას” და ამ სიმპტომოკომპლექსს დაარქვეს “კომპულსიური ნევროზი”. მრავალი წლის განმავლობაში ინგლისელი ფსიქიატრები თვლიდნენ, რომ ამ აშლილობების ძირითადი მახასიათებელი იყო აკვიატებული აზრები – იდეატორული კომპონენტი, მაშინ როდესაც ამერიკული ფსიქიატრია წამყვან პათოლოგიად მიიჩნევდა აკვიატებულ მოქმედებებს – ქცევით აშლილობას. შემდგომში ეს ორი კომპონენტი გაერთიანდა და საბოლოოდ ჩამოყალიბდა, როგორც ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა. თანამედროვე ფსიქიატრიაში დამკვიდრდა აზრი, რომ “ობსესიები”, ისევე როგორც “კომპულსიები” წარმოადგენენ ერთი და იგივე პათოგენეზის და სტრუქტურის მქონე სიმპტომოკომპლექსს, რომელიც გამოვლინდება ერთ შემთხვევაში იდეატორულ, ხოლო მეორე შემთხვევაში - ნებით სფეროში.

2. ეპიდემიოლოგია (I – A) (1, 56)

- ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა დღეისათვის განიხილება როგორც საკმაოდ გავრცელებული დაავადება. ზოგიერთი მონაცემებით პირველადი შემთხვევების მაჩვენებელი საერთო პოპულაციაში განისაზღვრება 1,5%-ით. მოსახლეობს მასშტაბური კვლევებით დადგენილია, რომ ფსიქიკურ აშლილობებს შორის ოკპა სიხშირით მეოთხე ადგილზეა დეპრესიის, ალკოჰოლიზმი/წამალდამოკიდებულების და სოციალური ფობიის შემდეგ და დაახლოებით 2-3%-ს შეადგენს, როდესაც ითვალისწინებენ გამწვავებათა ეპიზოდებს, რომელიც მთელი ცხოვრების მანძილზე აღინიშნება (ანუ ქრონიკული, რეციდიული შემთხვევები). (C-III) (2);
- ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის მქონე პაციენტები შეადგენენ იმ კონტინგენტის 1%-ს, რომელიც მკურნალობს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში. ქალებში დაავადება გვხვდება რამდენადმე უფრო ხშირად (გენდერული თანაფარდობა ქალებსა და მამაკაცებში 1.5:1);

- დაავადების დაწყების საშუალო ასაკია 20 წ., ორი ასაკობრივი პიკით – 12-14 და 20-22 წელი. საკმარისად ხშირია ბავშვებში. (III-C) (3);
- აღსანიშნავია ამ აშლილობის მაღალი კომორბიდობა სხვადასხვა აშლილობებთან, განსაკუთრებით დეპრესიასთან (4,5,6), შფოთვისთან (7,8,9), ალკოჰოლიზმსა და ნარკომანიასთან (10) ან კვებით აშლილობებთან (11);
- სხვადასხვა კვლევებით დადგენილია, რომ ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის მქონე პაციენტთა ინტელექტი, ჩვეულებრივ, საშუალოზე მაღალია. 60-70% შემთხვევებში აშლილობა ვითარდება გარკვეული სტრესის შემდეგ, მაგ.: ორსულობა, სექსუალური პრობლემები, ახლობელი ადამიანის სიკვდილი. შემთხვევათა ნახევარში აღინიშნება მწვავე დასაწყისი;
- ვინაიდან ბევრი პაციენტი ხშირად მაღავს თავის მდგომარეობას და ექიმს დახმარებისათვის მიმართავს დაავადების დაწყებიდან 5-10 წლის შემდეგ, ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფთა საშუალო ასაკი შეადგენს 30 წელს;
- ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ოკპა შედის იმ 10 დაავადების რიცხვში, რომელიც იწვევს ფუნქციონირების მკვეთრ შეზღუდვას და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრების ხარისხზე დასწავლის და შრომის უნარის დაქვეითების, სამუშაო ადგილის შენარჩუნების, უმუშევრობის და, აქედან გამომდინარე დაბალი შემოსავლების გამო (12, 13).
- ოკპა-ის მქონე პირებს მნიშვნელოვანი პრობლემები ექმნებათ სოციალურ სფეროში. იგი ხშირად ხდება სოციალური კავშირების რღვევის მიზეზი, მაგალითად, პარტნიორთან ან მეუღლესთან დაშორება/განქორწინება.
- ოკპა-ს დროს ყველაზე ხშირად გამოვლენილი ობსესიების და კომპულსიების ჩამონათვალი წარმოდგენილია ცხრილის სახით: (III- C) (14)

ობსესიის სახე	პროცენტი
ვირუსით (მაგ. HIV-ით), ბაქტერიებით დასნებოვნების ან ჭუჭყით, წებოვანი ან ქიმიური ნივთიერებებით, ფეკალური მასებით დაბინძურების შიში	35.8%
მატერიალური ზიანის მიყენების შიში (მაგ.: კარის საკეტი საიმედო არ არის)	23.6%
წესრიგის, სიმეტრიულობის დაცვაზე გადაჭარბებული ზრუნვა	10.0%
აკვიატებული აზრები სხეულის ფორმის ან სხვა რაიმე ფიზიკური სიმპტომის შესახებ	7.2%
რელიგიური, ერეტიკული და მკრეხელური შინაარსის აზრები	5.9%
სექსუალური შინაარსის აზრები (მაგ.: თითქოს არის პედოფილი ან ჰომოსექსუალი)	5.5%
აზრები (ან დაუძლეველი სურვილი) უსარგებლო ნივთების კოლექციონერობის ან საკუთრი ქონების განადგურების შესახებ	4.8%

ძალადობრივი ან აგრესიული აზრები (მაგ.: ბავშვის დაჭრის აკვიატებული აზრი)	4.3%
---	------

კომპულსიის სახე	პროცენტი
გადამოწმებები (მაგ.: კარების საკეტის, გაზქურის)	28.8%
რეცხვა, დასუფთავება	26.5%
განმეორებითი მოქმედებები	11.1%
მენტალური კომპულსიები (მაგ.: სპეციალური სიტყვების ან ლოცვების გარკვეული თანმიმდევრობით გამეორება)	10.9%
სიმეტრიულობის დაცვა ნივთების დალაგებისას	5.9%
კოლექციონერობა/დაგროვება	3.5%
აკვიატებული თვლა	2.1%

3. ეტიოპათოგენეზი

მონაცემები ოპა-ს ეტიოლოგიასა და პათოგენეზზე დღეისთვის მეტად მრავალმხრივი და ხშირად ურთიერთსაწინააღმდეგოა (15). ოპა-ს ნეირობიოლოგიური თეორიები ემყარება მრავალ ფაქტს პაციენტებში სხვადასხვა ტიპის ნევროლოგიური დისფუნქციის არსებობის შესახებ (მაგ.: ქალა-ტვინის ტრავმა, სამშობიარო ტრავმა და სხვა). აღწერილია ოპა-ს განსაკუთრებული ვარიანტი ბავშვებში ბეტა-სტაფილოკოკური ინფექციის გადატანის შემდეგ (III-C) (16). ამ შემთხვევაში აკვიატებებისა და რიტუალური ქცევების გარდა კლინიკურ სურათში სახეზეა ემოციური ლაბილობა, შფოთვა და ტიკები.

პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფიით (პეტ) კვლევისას, რიგ შემთხვევაში გამოვლენილია თავის ტვინის ქერქის ორბიტალური ზონის შუბლის წილების, ლიმბური სისტემის და კუდიანი ბირთვის აქტივობა (გლუკოზის ჭარბი მოხმარება), ანუ იმ ზონების დაინტერესება, სადაც ჭარბად არის განთავსებული სეროტონინერგული რეცეპტორები.

უკანასკნელ წლებში დაგროვდა ინფორმაცია ოპა-ს პათოგენეზში დოფამინური სისტემის მონაწილეობის შესახებ. კლინიკური ფაქტები ავლენენ ოპა-ს მაღალ კომორბიდულობას ტურეტის სინდრომთან (40-60%) (17). ცნს-ის მხრივ საქმე გვაქვს პროცესის ლოკალიზაციასთან ბაზალური განგლიების დონეზე, სადაც ხდება შუა ტვინის ნაკერის ზონიდან აღმავალი სეროტონინერგული და შავი ბირთვიდან მომავალი დოფამინური გზების გადაკვეთა. (III-C) (18)

სეროტონინერგული სისტემის ნორმალური ფუნქციონირების დროს ხდება დოფამინერგული სისტემის აქტივობის შეზღუდვა. სეროტონინის გამოყოფის შესუსტება კი იწვევს ამ ორი ნეიროტრანსმიტერული სისტემის დისბალანსს და ბაზალურ განგლიებში დოფამინის აქტივობის მომატებას. ამით შეიძლება

აიხსნას ოკპა-ს ბევრი კლინიკური სიმპტომი, დაკავშირებული სტერეოტიპულ ქცევასთან და მოტორულ დარღვევებთან. ბაზალური განვლიებიდან ეფერენტული გზებით კი ხდება ქერქის შუბლის წილების აგზნება, რაც შეიძლება იყოს იდეატორული აკვიატებების მიზეზი.

ოკპა-ს განვითარებაში განსაკუთრებული როლი ეკუთვნის აგრეთვე მემკვიდრეობით-გენეტიკურ ფაქტორებს. დაავადების სისშირე სარწმუნოდ მაღალია მონოზიგოტურ ტყუპებში, დიზიგოტურთან შედარებით. ოკპა-ს სისშირე 2-ჯერ მეტია ახლო ნათესავეებში (პირველი ხაზი ნათესავეებში ოკპა-ს სიმპტომები 20-30%-ში გვხვდება). ასევე ხშირია ამ პოპულაციაში შფოთვითი და აფექტური აშლილობები და ტურეტის სინდრომი.

ფსიქოდინამიკური ფსიქიატრიის მიმდევრები ოკპა-ს მიზეზად მიიჩნევენ პიროვნების ფიქსაციას გენიტალური განვითარების სტადიაზე და რეგრესს ადრეულ ანალურ სტადიაზე. ამით აიხსნება მიდრეკილება “მაგიური აზროვნების“ ელემენტებისადმი და ამბივალენტობა. ამას, ფსიქოანალიტიკოსთა აზრით, მივყავართ “სუპერ ეგო“-ს მექანიზმების ჩართვამდე. საყურადღებოა, რომ მკურნალობის ფსიქოდინამიკური მეთოდი არ არის ეფექტური ოკპა-ს თერაპიისას.

ბიპვეორული ფსიქოთერაპიის წარმომადგენლები ოკპა-ს წარმოშობის პირველად მიზეზად მიიჩნევენ კონკრეტულ ვითარებაში აღმოცენებულ შფოთვას (მაგ.: დაბინძურების, დასნებოვნების რეალური ვითარება), რომელიც შემდეგში მყარდება პირობითი რეფლექსის სახით. შფოთვის დონის დაქვეითების მიზნით ავადმყოფი მიმართავს რიტუალურ (თავდაცვით) ქცევებს, რომლებიც ასევე მყარდება პირობითი რეფლექსის სახით. მიუხედავად იმისა, რომ ექსპერიმენტული კვლევები არ ადასტურებენ ამ მოსაზრებებს, ქცევითი თერაპია რჩება ოკპა-ს მკურნალობის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ მეთოდად.

ერთ-ერთი უკანასკნელი არის რასმუსენის თეორია (19), რომლის მიხედვით ოკპა-ს განვითარებას საფუძვლად უდევს 3 ძირითადი ფენომენი:

1. რისკის შეფასების უნარის პათოლოგიური შეცვლა;
2. პათოლოგიური ეჭვიანობა;
3. უტყუარობის, სრულყოფილების, სისწორის დამტკიცების ძლიერი მოთხოვნილება.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

ა. სიმპტომების ჩამონათვალი

დაავადების ძირითად გამოვლინებას წარმოადგენს სხვადასხვა სახის აკვიატებები – ობსესიები და კომპულსიები, რომელთაც გააჩნიათ ზოგიერთი საერთო თვისებები:

1. სუბიექტის ცნობიერებაში აზრის ან იმპულსის ჩანერგვა ხდება დაჟინებით და ინტენსიურად;
2. ძირითადი გამოვლინებების თანმხლები შფოთვა და შიში იწვევს სუბიექტის მიერ საპირისპირო ღონისძიებების შემუშავებას, რაც მიმართულია აღმოცენებული აზრის ან იმპულსის წინააღმდეგ;

3. ობსესია და კომპულსია უცხოა ეგო-სთვის, ესე იგი აღიქმება სუბიექტის მიერ როგორც მისი პიროვნებისათვის მიუღებელი;
4. რამდენადაც მძაფრი და გამომწვევი არ უნდა იყოს ობსესიები და კომპულსიები, სუბიექტი მაინც აცნობიერებს მათ აბსურდულობას და ირაციონალიზმს;
5. სუბიექტი იტანჯება ობსესიების და კომპულსიებისაგან, აქვს ძლიერი სურვილი განთავისუფლდეს და წინააღმდეგობას უწევს მათ (წინააღმდეგობის ხარისხი განსხვავებულია).

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობები ვლინდება შემდეგი სიმპტომოკომპლექსების სახით:

- **ობსესიური აზრები** – ავადმყოფის ნებისაგან დამოუკიდებლად აღმოცენებული აზრები, მსჯელობები, წარმოდგენები, რომლებიც ნაძალადევად იჭრება ავადმყოფის ცნობიერებაში. თუმცა ავადმყოფის მიერ აღიქმება როგორც საკუთარი, იგი ცდილობს რაიმე გზით წინ აღუდგეს მათ. ობსესიურმა აზრებმა შესაძლებელია მიიღოს ცალკეული სიტყვების, ფრაზების ან გართიმული სტროფების ფორმა; ჩვეულებრივ ისინი ავადმყოფისათვის არასასიამოვნოა და შესაძლებელია იყოს უწმაწური, უხამსი და შოკის მომგვრელიც კი;
- **ობსესიური წარმოდგენები** – ეს არის ნათლად წარმოსახული სცენები, ხშირად გააჩნია ძალადობის ან ზიზღისმომგვრელი ხასიათი და მოიცავს მაგალითად, სექსუალური გაუკუღმართების შინაარსს;
- **ობსესიური იმპულსები** – ეს არის მოქმედებისადმი სწრაფვა ჩვეულებრივ დამანგრეველი, სახიფათო ან შემარცხენელი. მაგალითად, მოძრავი ავტოტრანსპორტის წინ გზაზე გადარბენა, ბავშვის დასახიჩრება, საზოგადოებაში უცენზურო სიტყვების წამოძახება (კობროლალია);
- **ობსესიური რიტუალები** – ისინი მოიცავს როგორც ფსიქიკურ მოქმედებას (მაგ., განმეორებადი თვლა განსაკუთრებული სისტემის მიხედვით, ან ცალკეული სიტყვების გამეორება), ასევე განმეორებად, თუმცა უაზრო საქციელს (მაგ., ხელების დაბანა დღეში 20-ჯერ და მეტჯერ). ზოგიერთი მათგანი დაკავშირებულია წინამორბედ აკვიატებულ აზრებთან, მაგ., ხელების განმეორებითი დაბანა დაკავშირებულია დაბინძურების აზრებთან. სხვა რიტუალებს (მაგ., რეგულარულად ჩაცმის წინ ტანსაცმლის რთული თანმიმდევრობით დალაგება) ასეთი კავშირი არ გააჩნია. ზოგიერთი ავადმყოფი განიცდის გადაულახავ მისწრაფებას ასეთი მოქმედება გაიმეოროს განსაზღვრული რაოდენობით; თუ ეს არ გამოდის, იგი იძულებულია ყველაფერი დაიწყოს ხელახლა. ავადმყოფები აცნობიერებენ, რომ ეს რიტუალები მოკლებულია ლოგიკას და ჩვეულებრივ ცდილობენ დამალონ ისინი. ზოგიერთს აქვს შიში, რომ ამ სიმპტომებს გააჩნია “შეშლილობის” დაწყების ნიშნები. როგორც ობსესიური აზრები, ასევე რიტუალები ქმნის პრობლემებს ყოველდღიურ ცხოვრებაში;
- **აკვიატებული მსჯელობა (“აზრების ღეჭვა/ცოხნა”)** – ეს არის შინაგანი დებატები, ყოყმანი, რომლის დროსაც დაუსრულებლად ხდება არგუმენტების აწონ-დაწონვა, რაც ყოველდღიურ უმარტივეს მოქმედებებზეც კი ვრცელდება. აკვიატებული ყოყმანი იმაში მდგომარეობს, რომ პაციენტის მიერ შესრულებული მოქმედება (მაგ.:

ღუმელის გამორთვა ან კარების დაკეცვა) აღიქმება, როგორც არასწორი ან დაუსრულებელი; შესაძლებელია ეს სხვა მოქმედებები ეხება სხვა ადამიანებისადმი ზიანის მიყენების შიშს (მაგალითად, ავტომობილის გვერდით მიმავალი ველოსიპედისტის დაზიანება). ზოგჯერ ყოყმანი დაკავშირებულია რელიგიური კანონების და რიტუალების შესაძლო დარღვევასთან – “სინდისის ქენჯნა”;

- **კომპულსიური მოქმედებები** – განმეორებადი სტერეოტიპული ქმედებები, რომლებიც ზოგჯერ დაცვითი რიტუალის ხასიათს იღებს. ამ უკანასკნელის მიზანია ავადმყოფს ან მის ახლობლებს თავიდან ააცილოს რაიმე სახიფათო, მაგრამ ობიექტურად ნაკლებად სავარაუდო, მოვლენა;
- განსაკუთრებული ადგილი მიეკუთვნება აკვიატებულ მოქმედებებს იზოლირებული, მონოსიმპტომური მოძრაობითი დარღვევების სახით. მათ შორის, განსაკუთრებით ბავშვთა ასაკში, ხშირია **ტიკები**. განსხვავებით ორგანულად განპირობებული უნებლიე მოძრაობებისაგან, ამ დროს სრულდება გაცილებით უფრო რთული მოტორული აქტები, რომლებსაც დაკარგული აქვთ თავისი პირვანდელი აზრი. ტიკები ხშირად ტოვებს უტრირებულ ჩვეული ფიზიოლოგიური მოძრაობების შთაბეჭდილებას. ეს არის თავისებური კარიკატურა გარკვეულ მოძრაობებზე, ბუნებრივ ექსტრემზე. განსხვავდება სხვა აკვიატებული მოქმედებებისაგან იმით, რომ არ არსებობს მოუცილებლობის სუბიექტური განცდა, არ აღიქმება როგორც უცხო და ავადმყოფური. ნევროზული აშლილობები, რომელთა დროსაც გვხვდება მსოლოდ აკვიატებული ტიკები ხასიათდება კარგი პროგნოზით. ზოგჯერ ასეთი აშლილობა შეიძლება იყოს მყარიც, შენარჩუნდეს წლების განმავლობაში და გამოვლინებების მხრივ მსოლოდ ნაწილობრივ იცვალოს სახე.

აკვიატებები (ობსესიები) იყოფა **ხატოვან ანუ გრძნობად ობსესიებად**, რომლებსაც თან ახლავს აფექტური კომპონენტი (ხშირად მძიმე), და **აფექტურად ნეიტრალური შინაარსის აკვიატებებად**.

გრძნობად აკვიატებებს მიეკუთვნება აკვიატებული იჭვნეულობა, მოგონებები, წარმოსახვები, ლტოლვა, მოქმედებები, შიშები, ანტიპათიის აკვიატებული გრძნობა, აკვიატებული შიშები ჩვეული ქცევების მიმართ.

- **აკვიატებული იჭვნეულობა** – ლოგიკის საწინააღმდეგოდ, ნაძალადევად აღმოცენებული დაურწმუნებლობა უკვე შესრულებული ან მიმდინარე ქმედების სისწორეში. იჭვნეულობის შინაარსი განსხვავებულია: აკვიატებული ყოფა-ცხოვრებითი შიშები (დაკეტილია თუ არა კარები, კარგადაა თუ არა დახურული ფანჯარა ან ონკანი, გამორთულია თუ არა ღუმელი, ელექტროხელსაწყოები), იჭვნეულობა დაკავშირებული სამსახურებრივ საქმიანობასთან (სწორადაა თუ არა დაწერილი დოკუმენტი, ხომ არ არის შეცდომით მითითებული საქმიან ქაღალდებზე მისამართი, ხომ არ არის მითითებული არასწორი ციფრები, სწორადაა თუ არა ჩამოყალიბებული და შესრულებული განკარგულება) და სხვ. მიუხედავად შესრულებული ქმედების მრავალჯერადი გადამოწმებისა, ეჭვნეულობა, როგორც წესი, არ ქრება და ფსიქოლოგიურ დისკომფორტს იწვევს;

- **აკვიატებული მოგონებები** – მათ მიეკუთვნება დაჟინებული, გადაულახავი მძიმე მოგონებები რაიმე, სამწუხარო, უსიამოვნო ან ავადმყოფისთვის სამარცხვინო მოვლენაზე, რომელსაც თან ახლავს სირცხვილის გრძობა, მონანიება და რომელიც პაციენტის ცნობიერებაში დომინირებს მიუხედავად იმისა, რომ იგი ცდილობს მათზე არ იფიქროს;
- **აკვიატებული ლტოლვები** – ამა თუ იმ სასტიკი ან უკიდურესად საშიში ქმედების ჩადენის განზრახვა, რასაც თან მოყვება საშინელების, შიშის, შფოთვის განცდა, რომლისგან ვერ ხერხდება განთავისუფლება. ავადმყოფს იპყრობს სურვილი მატარებელს ჩაუვარდეს ან უბიძგოს ჩასაგარდნად ახლობელ ადამიანს. პაციენტს ამ დროს იპყრობს მტანჯველი შიში, რომ ესა თუ ის გადაწყვეტილება სისრულეში იქნება მოყვანილი;
- **კონტრასტული აკვიატებები (“აგრესიული ობსესიები”)** – სალანძღავი, მკრეხელური აზრები, საკუთარი თავისა და გარშემომყოფებისადმი მიმართული ზიანის მიყენების შიში. ამ ჯგუფის ფსიქოპათოლოგიური წარმონაქმნები მიეკუთვნება უპირატესად ხატოვან აკვიატებებს მკაფიოდ გამოხატული აფექტური ფონით, რომელიც მთლიანად მოიცავს ავადმყოფის ცნობიერებას. მათი განმასხვავებელი სხვა აკვიატებებისაგან არის სრული გაუცხოების განცდა, აბსოლუტურად არამოტივირებული შინაარსი, აგრეთვე მჭიდრო კავშირი აკვიატებულ ლტოლვებთან და მოქმედებებთან. ავადმყოფები კონტრასტული აკვიატებებით უჩივიან დაუძლეველ მისწრაფებას, მოსმენილს დაუმატონ რეპლიკები, რომელიც ნათქვამს მისცემს უსიამოვნო ან მუქარის შინაარსს, გაიმეორონ გარშემომყოფების მიერ წარმოთქმული რელიგიური შინაარსის ფრაზები უკვე ირონიული ან სარკასტული ელფერით. საკუთარი შეხედულებებისა და საზოგადოდ მიღებული მორალის საწინააღმდეგოდ ცინიკური შინაარსის სიტყვები ან ფრაზები წამოიძახონ. ისინი შიშობენ, დაკარგონ კონტროლი საკუთარი თავზე და შეასრულონ სახიფათო ან უაზრო მოქმედებები, მიაყენონ ზიანი საკუთარ თავს ან გარშემომყოფებს. ზემოთქმულს ხშირად თან ახლავს მჭრელი საგნების (მჭრელი საგნების – დანა, ჩანგალი, ნაჯახი და ა.შ.) ფობიები. კონტრასტული აკვიატებების ჯგუფს ნაწილობრივ მიეკუთვნება სექსუალური შინაარსის აკვიატებები (გაუკუღმართებულ სექსუალურ აქტებზე ტაბუდადებული წარმოდგენების ტიპის აკვიატებები, რომელთა ობიექტები შესაძლებელია იყვნენ ბავშვები, იმავე სქესის წამომადგენლები, ცხოველები);
- **დაბინძურების აკვიატებული იდეები (მიზოფობია).** ობსესიების ამ ჯგუფს მიეკუთვნება როგორც დაბინძურების (მიწით, მტვრით, შარდით, განავლით და სხვა სიბინძურებებით) შიში. ასევე ორგანიზმში მავნე და მომწამლავი ნივთიერებების (ცემენტი, სასუქი, ტოქსიკური ნარჩენები), მცირე ზომის საგნების (მინის ნამტვრევები, ნემსი, სპეციფიკური მტვერი), მიკროორგანიზმების მოხვედრის შიში. რიგ შემთხვევებში დაბინძურების შიში შესაძლებელია ატარებდეს შეზღუდულ ხასიათს, შენარჩუნებული იყოს მრავალი წლის განმავლობაში პრეკლინიკურ დონეზე და გამოვლინდეს მხოლოდ პირადი ჰიგიენის ზოგიერთ თავისებურებაში (თეთრეულის ხშირი ცვლა, ხელების მრავალჯერადი დაბანა) ან საოჯახო საქმიანობაში (საკვები პროდუქტების საგულდაგულო დამუშავება, იატაკის ყოველდღიური წმენდა, შინაური ცხოველების ზიზღი, მათი აკრძალვა). ასეთი სახის მონოფობიები

არსებით გაველენას არ ახდენს ცხოვრების ხარისხზე და გარშემომყოფებისაგან შეფასებულია როგორც უცნაური ჩვევები (უტრირებული სისუფთავე, გადაჭარბებული ზიზღიანობა). მიზოფობიის კლინიკურად გამოვლინებული ვარიანტები მიეკუთვნება მძიმე აკვიატებების ჯგუფს. ამ შემთხვევებში წინა პლანზე გამოდის თანდათან გართულებული დაცვითი რიტუალები: დაბინძურების წყაროების და “ბინძური” საგნების შეხების თავიდან აცილება, ნივთების ჰიგიენური დამუშავება, სარეცხი საშუალებებისა და პირსახოცების გამოყენების გარკვეული თანმიმდევრობის დაცვა და სხვა. დაცვითი ღონისძიებები ტარდება საცხოვრებელი ბინის გარეთაც: ქუჩაში გასვლა სპეციალური, დამცავი სამოსით, სახლში მიტანილი საგნების განსაკუთრებული დასუფთავება. დაავადების მოგვიანებით სტადიებზე ავადმყოფები საკუთარ ოთახსაც არ ტოვებენ. მიზოფობიას მიეკუთვნება აგრეთვე რაიმე დაავადებით დასნებოვნების შიშიც, რომელიც არ მიეკუთვნება იპოქონდრიული ფობიების კატეგორიას. წინა პლანზეა გარედან საფრთხის შიში: ორგანიზმში დაავადების გამომწვევი ბაქტერიების მოხვედრის შიში;

- **აკვიატებული ანტიპათიის გრძნობა** – ანტიპათია, რომელიც ვლინდება აკვიატებულ აზრებსა და წარმოსახვებში, ხშირად გარკვეული ახლობელი ან საპატივცემულო ადამიანების, აგრეთვე რელიგიური პირების – წმინდანების, ეკლესიის მსახურების მიმართ;
- **აკვიატებული შიშებს (ფობიებს)** მიეკუთვნება სამაღლის, ღია ან დახურული სივრცის, ხალხმრავლობის, უცაბედი სიკვდილის, ამა თუ იმ განუკურნებელი დაავადების მიმართ შიში. ერთსა და იმავე პიროვნებას შეიძლება განუვითარდეს სრულიად განსხვავებული ფობიები, რომლებიც ზოგჯერ იღებენ ყოვლისმომცველ ხასიათს (პანფობია) და ბოლოს, შესაძლებელია გაჩნდეს შიშის აღმოცენების შიშიც (ფობოფობია), აგრეთვე მანია ფობია ანუ „გაგიჟების“ შიში;
- **სპეციფიკური (იზოლირებული) ფობიები** – აკვიატებული შიშები, შემოფარგლული განსაზღვრული სიტუაციით – სიმაღლის, ჭექა-ქუხილის, შინაური ცხოველების, სტომატოლოგთან მკურნალობის და ა.შ. ვინაიდან ამ სიტუაციასთან შეხებას თან ახლავს ინტენსიური შფოთვა, ავადმყოფი ცდილობს გაექცეს ამ სიტუაციას.
- **იპოქონდრიული ფობიები (ნოზოფობია)** – რაიმე მძიმე დაავადების აკვიატებული შიში. ყველაზე ხშირია კანცერო-, ინსულტო-, კარდიო-, სიფილო-, შიდსოფობია და სხვა. ასეთი ავადმყოფები შფოთვის პიკზე მიმართავენ შესაბამისი პროფილის ექიმებს, ითხოვენ გამოკვლევების და მკურნალობის ჩატარებას. როგორც წესი ამის შედეგად ყალიბდება იპოქონდრიული ნევროზი, რასაც თან ახლავს ხშირი ვიზიტები ექიმებთან და სამკურნალო საშუალებათა გაუმართლებელი არასაჭირო მიღება.

აკვიატებული შიშების შედეგად ხშირად ყალიბდება **რიტუალები** – მოქმედებები, რომლებიც იძენენ „მაგიური“ შელოცვის მნიშვნელობას. მიუხედავად პაციენტის კრიტიკული დამოკიდებულებისა ობსესიების მიმართ, ისინი ხორციელდება ამა თუ იმ შესაძლებელი უბედურებისაგან დაცვის მიზნით. რაიმე მნიშვნელოვანი საქმის დაწყებამდე ავადმყოფმა აუცილებლად უნდა განახორციელოს გარკვეული მოქმედება, რათა გამორიცხოს

წარუმატებლობა ამ საქმეში. რიტუალები შეიძლება გამოვლინდეს მაგალითად: თითების დაკაკუნებით, რაიმე მელოდიის წამღერებით, გარკვეული სიტყვების წარმოთქმით, ან სხეულის გარკვეული მოძრაობით. რიტუალები, კომბინირებული სხვა აკვიატებებთან წარმოადგენს საკმაოდ სტაბილურ სისტემას, რომელიც აღინიშნება ხოლმე წლების განმავლობაში.

აფექტურად ნეიტრალური შინაარსის აკვიატებები – აკვიატებული ბრძნობა, აკვიატებული თვლა (არითმომანია), ტერმინთა, ფორმულირებების და სხვათა აკვიატებული გახსენება. ისინი ნაკლებად შემაწუხებელია, მაგრამ ხელს უშლის ავადმყოფის ინტელექტუალურ საქმიანობას.

ბ. ოკა-ს მიმდინარეობა, ბართულებები, პრობნოზი

ოკა-ს ახასიათებს ქრონიკული მიმდინარეობა. დაავადების ეპიზოდური გამოვლინების და სრული გამოჯანმრთელების შემთხვევები შედარებით იშვიათია. აღსანიშნავია, რომ პაციენტთა ერთ ნაწილში, განსაკუთრებით რომელიმე ტიპის აკვიატების აღმოცენების და ხანგრძლივად შენარჩუნებისას (ხელების აკვიატებული ბანა, აკვიატებული ანგარიში და სხვ.), შესაძლებელია მდგომარეობის სტაბილიზაცია. ამ შემთხვევებში შესამჩნევია ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის თანდათანობით (ჩვეულებრივ, ცხოვრების მეორე ნახევარში) შერბილება და სოციალური რეადაპტაცია. მაგალითად, პაციენტები, რომლებსაც აღენიშნებოდათ ტრანსპორტის ზოგიერთ სახეებში მგზავრობის ან საჯარო გამოსვლის შიში, თავს აღარ გრძნობენ ნაკლოვან პიროვნებად და ცხოვრობენ ისე, როგორც ჯანმრთელები. ოკა-ს მსუბუქი ფორმების დროს დაავადება უმეტესად კეთილსაიმედოდ მიმდინარეობს (ამბულატორულ დონეზე). ამ შემთხვევაში სიმპტომატიკის უკუგანვითარება ხდება მანიფესტაციიდან 1-5 წლის მანძილზე.

უფრო მძიმე და რთული ფორმები (მიზოფობია, კონტრასტული წარმოდგენები, მრავალრიცხოვანი რიტუალები) პირიქით - იჩენენ სიმყარეს, რეზისტენტობას მკურნალობისადმი, ან ამ დროს აღინიშნება ტენდენცია რეციდიული მიმდინარეობისაკენ, რაც კლინიკური სურათისა და, ზოგადად, დაავადების თანდათანობით გართულებაზე მიუთითებს.

შემთხვევათა 80%-ში პაციენტებს ობსესიები და კომპულსიები აღენიშნებათ ერთდროულად. უფრო იშვიათია ოკა მხოლოდ ობსესიური სიმპტომებით და კიდევ უფრო იშვიათი – მხოლოდ კომპულსიური გამოვლინებებით.

ობსესიური აზრები და კომპულსიური რიტუალები გარკვეულ სიტუაციებში ძლიერდება; მაგალითად, გარემომყოფებისადმი ზიანის მიყენების ობსესიური აზრები ძლიერდება სამზარეულოში ან სხვა ადგილას, სადაც ინახება დანები. ვინაიდან ავადმყოფები ხშირად გაურბიან ასეთ სიტუაციებს, შესაძლებელია აღინიშნოს ერთგვარი მსგავსება შფოთვით-ფობიკური აშლილობის დროს გამოვლენილ განრიდების ქცევასთან. შფოთვა წარმოადგენს ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის მნიშვნელოვან კომპონენტს. ზოგიერთი რიტუალი ამცირებს შფოთვას, ზოგიერთი პირიქით, აძლიერებს. ობსესიები ხშირად ვითარდება დეპრესიის ფარგლებში. ზოგიერთი ავადმყოფისთვის ეს განიხილება როგორც ფსიქოლოგიურად გასაგები რეაქცია ობსესიურ-კომპულსიურ სიმპტომებზე, თუმცა სხვა შემთხვევებში ვითარდება, როგორც დამოუკიდებელი დეპრესიის განმეორებადი ეპიზოდები.

სხვადასხვა ავტორების მონაცემებით ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის მქონე პაციენტების 1/3-ს უვითარდება დეპრესიული მდგომარეობა (ხშირად მძიმე დეპრესია) და შესაბამისად მაღალია სუიციდური რისკი.

პროგნოზი უფრო ცუდია იმ პაციენტებში, რომლებიც ნაკლებ წინააღმდეგობას იჩენენ კომპულსიების მიმართ (შედარებით იმათთან, ვინც აქტიურად ეწინააღმდეგება კომპულსიებს), აგრეთვე იმ პაციენტებში, რომელთაც დაავადება დაეწყო ბავშვობის ასაკში.

5. ოპა-ს დიაგნოზი

ა. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10 გადასინჯვის მიხედვით: (20)

ობსესიები და კომპულსიები აღინიშნება არანაკლებ 2 კვირის განმავლობაში, უმრავლეს დღეებში.

ამ სიმპტომთა ძირითადი მახასიათებლებია:

ა.	ინდივიდის მიერ ისინი აღიქმება, როგორც საკუთარი.
ბ.	უნდა არსებობდეს თუნდაც ერთი აზრი ან მოქმედება, რომელსაც ინდივიდი შინაგანად ეწინააღმდეგება ან ებრძვის, მაშინაც კი, როდესაც არსებობს სხვა აზრები და იმპულსები, რომელთა მიმართ მსგავსი წინააღმდეგობა აღარ არსებობს.
გ.	აზრი აკვიატებული მოქმედების შესრულების შესახებ თავისთავად უსიამოვნოა. ამ დროს დაძაბულობის ან შფოთვის ერთგვარი შემცირებაც კი არ აღიქმება სასიამოვნოდ.
დ.	აზრები, წარმოდგენები და იმპულსები უნდა იყოს უსიამოვნო, განმეორებადი და იწვევდეს დისტრესსა და აქტიურობის დარღვევას.

ICD-10-ის მიხედვით ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის (F.42.) ვარიანტებია:

1. უპირატესად აკვიატებული აზრები და ფიქრები (F.42.0);
2. უპირატესად კომპულსიური ქმედებები (F42.1)
3. შერეული ობსესიური აზრები და ქმედებები (F42.2)
4. სხვა ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობები (F42.8)
5. დაუზუსტებელი ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობები (F42.9)

ბ. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM-IV-TR-ის მიხედვით (300.3) (21)

A. ობსესიების ან კომპულსიების არსებობა.

ობსესიები განისაზღვრება (1), (2), (3), (4):

1. განმეორებადი, მყარი იდეები, ფიქრები, იმპულსები და წარმოდგენები, რომელიც თავიდან იღებს აკვიატებულ ხასიათს, არის შეუსაბამო და ინვაზიური და იწვევს შფოთვასა და დისკომფორტს;
2. ფიქრები, იმპულსები და წარმოდგენები არ არის უბრალოდ შფოთვარეაღურად არსებული ცხოვრებისეული პრობლემების გამო;
3. სუბიექტი ცდილობს ყურადღება არ მიაქციოს ან დათრგუნოს ასეთი აზრები, იმპულსები ან წარმოდგენები, ან გაანეიტრალოს ისინი სხვა აზრებითა და ქმედებებით;

4. სუბიექტი აცნობიერებს ფაქტს, რომ ობსესიები მისი ფსიქიკის ნაყოფია და არა გარედან თავს მოხვეული (განსხვავებით ნაძალადევი, „გარედან ჩადებული“ აზრები).

კომპულსიები განისაზღვრება როგორც (1), (2):

1. მყარი, განმეორებადი ქცევა (ხელების ბანა, ხშირი გადამოწმება) ან მენტალური აქტივობა (მაგ: ლოცვა, თვლა, სიტყვების მრავალჯერადი განმეორება), რასაც პიროვნება აღიქვამს, როგორც ობსესიის საპასუხო ქმედებას, ანდა რაიმე განსაზღვრული წესის მიმართ დაქვემდებარებას, რომელიც აუცილებლად უნდა შესრულდეს;
2. ქმედების ან მენტალური აქტიურობის მიზანი, შეაჩეროს ან შეამციროს დისკომფორტი, ან თავიდან აიცილოს რაიმე სახიფათო მოვლენა, სიტუაცია, თუმცა აღნიშნული აქტიურობა ან ვერ წყვიტავს პრობლემას, ანდა აშკარად გადაჭარბებულია.

- B. აშლილობის მიმდინარეობის გარკვეულ ეტაპზე პიროვნება აცნობიერებს, რომ ობსესიები და კომპულსიები გადაჭარბებული ან მიუღებელია.

(შენიშვნა: აღნიშნული არ ეხება ბავშვებს);

- C. ობსესიები და კომპულსიები იწვევს ძლიერ სულიერ ტანჯვას და დიდხანს გრძელდება (დღეში არანაკლებ ერთი საათისა) და მნიშვნელოვნად უშლის ხელს პაციენტს ყოველდღიურ ცხოვრებაში, პროფესიულ საქმიანობასა და სოციალურ ფუნქციონირებაში;

- D. თუ სხვა ფსიქიკური აშლილობის პირველი დერძის სიმპტომები გამოიხატება ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობების სახით, ეს არაა ოპა-ს დიაგნოზის დასმის საფუძველი (მაგ.: საჭმელზე მუდმივი ფიქრი კვებითი აშლილობის დროს, თმების ამოგლეჯა ტრიქოტილომანიის დროს, გარეგნობაზე წუხილი დისმორფოფობიული აშლილობების დროს, წამლებზე განუწყვეტელი ფიქრი წამალთდამოკიდებულების დროს, მძიმე დაავადების შიში იპოქონდრიის დროს, სექსუალური ფანტაზიები და წარმოსახვები პარაფილიის დროს, ბრალეულობის განცდა დეპრესიული აშლილობის დროს);

- E. აღნიშნული აშლილობა უშუალოდ არ უკავშირდება წამალთდამოკიდებულებით გამოწვეულ ფსიქოლოგიურ ეფექტებს ან ზოგად სამედიცინო მდგომარეობებს.

დიფერენციალური დიაგნოზი

ოპა-ს დროს დიფერენციალური დიაგნოზი ტარდება შემდეგ აშლილობებთან:

1. დიდი დეპრესია;
2. გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა;
3. პანიკური აშლილობა;
4. ჰიპოქონდრია;
5. ტურეტის სინდრომი;
6. შიზოფრენია.

6. ბამოკვლევის სქემა

ა. კლინიკური ინტერვიუ;

ბ. სიმპტომების სიმწვავე ფასდება იელი-ბრაუნის ობსესიურ-კომპულსიური სკალით (22).

მსუბუქი ოპა (იელი-ბრაუნის ობსესიურ-კომპულსიური სკალით 8-15) იწვევს დისტრესს, მაგრამ არა დისფუნქციას და პაციენტები დღის განმავლობაში სხვათა დახმარებას არ საჭიროებენ. საშუალო სიმძიმის ოპა (სკალით 16-31) იწვევს როგორც დისტრესს, ისე ფუნქციურ შეზღუდულობას. უკიდურესად მძიმე და მწვავე ოპა (სკალით 32 ან მეტი) იწვევს სერიოზულ ფუნქციურ დარღვევას, რაც საჭიროებს სხვათა მხრიდან მუდმივ დახმარებას.

იელ-ბრაუნის სკალა ობსესიურ-კომპულსიური ავლილობისათვის

სახელი, გვარი: _____ თარიღი: _____ ექიმი: _____

შენიშვნა: ქულები უნდა ასახავდეს პაციენტზე ობსესიურ-კომპულსიური სიმპტომების ერთობლივ ზემოქმედებას. ყოველი პუნქტისათვის შეაფასეთ საშუალო შემთხვევა წინა კვირის განმავლობაში, მათ შორის ინტერვიუს პერიოდში. შემოხაზეთ ყველაზე მისაღები პასუხი.

1.	სიმპტომი	სიმწვავის ხარისხი				
	ობსესიებზე დახარჯული დრო	0 სთ/დღ	0-1 სთ/დღ	1-3 სთ/დღ	3-8 სთ/დღ	>8 სთ/დღ
	ქულა	0	1	2	3	4
2.	ობსესიებით გამოწვეული დაბრკოლებები	არა	მსუბუქი	გარკვეული, მაგრამ დაძლევადი	მძიმე	მწუბრიდან გამომდინარე
	ქულა	0	1	2	3	4
3.	დისტრესი ობსესიების გამო	არა	მცირეოდენი	საშუალო, მაგრამ დაძლევადი	მძიმე	თითქმის მუდმივად, შრომის უნარის დაკარგვამდე
	ქულა	0	1	2	3	4
4.	ობსესიებისადმი მდგრადობა	სრული	მცირეოდენი	ზომიერად	სშირად წინ ვერ აღუდგება	სრულად ნებდება
	ქულა	0	1	2	3	4
5.	ობსესიების კონტროლი	სრული	უპირატესად აკონტროლება	ზომიერად	მცირედი	ვერ აკონტროლებს
	ქულა	0	1	2	3	4

ქულათა ჯამი (ობსესიები) _____

სიმპტომი		სიმწვავის ხარისხი				
6.	კომპულსიებზე დახარჯული დრო	0 სთ/დღ	0-1 სთ/დღ	1-3 სთ/დღ	3-8 სთ/დღ	>8 სთ/დღ
	ქულა	0	1	2	3	4
7.	კომპულსიებით გამოწვეული დაბრკოლებები	არა	მსუბუქი	გარკვეული, მაგრამ დაძლევადი	მძიმე	მწუბრიდან გამომდინარე
	ქულა	0	1	2	3	4
8.	დისტრესი კომპულსიების გამო	არა	მცირეოდენი	საშუალო, მაგრამ დაძლევადი	მძიმე	თითქმის მუდმივად, შრომის უნარის დაკარგვამდე
	ქულა	0	1	2	3	4
9.	კომპულსიებისადმი მდგრადობა	სრული	მცირეოდენი	ზომიერად	ხშირად წინ ვერ აღუდგება	სრულად ნებდება
	ქულა	0	1	2	3	4
10.	კომპულსიების კონტროლი	სრული	უპირატესად აკონტროლებს	ზომიერად	მცირედი	ვერ აკონტროლებს
	ქულა	0	1	2	3	4

ქულათა ჯამი (კომპულსიები) _____

საერთო ჯამი

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობების სიმწვავის ხარისხი:

- 0-7 კლინიკურად გამოხატული არ არის;
- 8-15 მსუბუქი;
- 16-23 ზომიერად გამოხატული;
- 24-31 მძიმე;
- 32-40 უკიდურესად მძიმე.

7. ობს-ს მკურნალობის სქემა (23, 24)

მკურნალობა ნახვენებია პაციენტთა უმრავლესობისათვის, რომლის მდგომარეობა კვალიფიცირებულია ICD-10-ის ან DSM-IV-ის კრიტერიუმების შესაბამისად – **ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ობს).**

აკვიატებულ მდგომარეობათა თანამედროვე თერაპია აუცილებლად გულისხმობს კომპლექსურ მიდგომას (ფსიქოთერაპია და ფარმაკოთერაპია). ამასთან, მთავარ ამოცანას წარმოადგენს შფოთვის რედუქცია, შინაგანი კონფლიქტის გადაჭრა და სტრესიდან გამოსვლის ეფექტური გზების მოძებნა.

მკურნალობის გეგმის შედგენისას გათვალისწინებული უნდა იყოს:

1. პაციენტის უფლება თანხმობა განაცხადოს მკურნალობაზე;
2. დაავადების სიმწვავე;
3. თანმხლები დაავადებები, გართულებები, ნარკომანია, ან სუიციდის (I-A) (25) რისკი;
4. ადრე ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობა;
5. ზოგ ქვეყანაში, შეიძლება გათვალისწინებული იქნეს მკურნალობის ხარჯებიც.

მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებისას გათვალისწინებული უნდა იქნას შემდეგი ფაქტორები:

- პაციენტის სურვილი ითანამშრომლოს ექიმთან (გვერდითი მოვლენების სიმცირე, დღიური დოზის მიღების რეჟიმი);
- პაციენტის ასაკი (ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების (ტცა) მიღებისას ასაკოვან პირებში მაღალია სედაცია, ორთოსტატიული ჰიპოტონია, შარდის შეკავების ალბათობა, ან ცნობიერების აბნევა და მხედველობის გაორება);
- პაციენტის ცხოვრების სტილი - რამდენად მობილურია და აქტიური იგი დღის განმავლობაში;
- თანმხლები სომატური დაავადება - მაგ., ტცა-ს მაღალი დოზები იწვევს არითმიას ან ორთოსტატიკულ ჰიპერტენზიას გულის დაავადების შემთხვევაში;
- თანმხლები ფსიქიკური აშლილობა (მაგ.: ოპა + დეპრესია);
- ადრე მიღებული მედიკამენტების ეფექტურობა.

ა. ოპა-ს მკურნალობაში გამოყენებული პრეპარატების და ფსიქოთერაპიული ტექნიკის ზოგადი დახასიათება

- ფსიქოტროპულ საშუალებებს შორის ყველაზე ეფექტური აღმოჩნდა ანტიდეპრესანტების ჯგუფი. მეკლევართა უმრავლესობა თვლის, რომ ოპა-ს დროს განსაკუთრებით ეფექტურია კლომიპრამინი (I-A) (26, 27, 28).

კლომიპრამინის ეფექტურობის დამადასტურებელი მონაცემები და მიღების ფორმები წარმოდგენილია ცხრილის სახით

კვლევების მონაცემები	<ul style="list-style-type: none"> • პლაცებო-კონტროლით ჩატარებული კვლევების მონაცემებით, კლომიპრამინის პერორალურად და პარენტერალურად გამოყენების ზოგადი ეფექტურობა მერყეობს 40-80%-ის ფარგლებში (29); • პლაცებო ეფექტი, დეპრესიისაგან განსხვავებით, ოპა-ს დროს მხოლოდ 5%-ს შეადგენს (30); • ყურადსაღებია კლომიპრამინის სხვა ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან შედარებითი კვლევები: მაგ.: ამიტრიპტილინთან, იმიპრამინთან, დოქსეპინთან, რომელშიც საკმაოდ მტკიცებებია იდეატორული აკვიტებების (ობსესიების), რიტუალების (კომპულსიების) და ფობიკური სიმპტომატიკის რედუცირების თვალსაზრისით კლომიპრამინის სასარგებლოდ (28) (I-A). • პირდაპირი ორმაგი ბრმა მეთოდით ჩატარებული შედარებითი კვლევები, კლომიპრამინისა და სუმსი-ის ჯგუფის პრეპარატებს შორის, ასევე სხვა კვლევების მეტაანალიზი ავლენს მნიშვნელოვან განსხვავებას ამ პრეპარატების კლინიკურ ეფექტურობას შორის კლომიპრამინის სასარგებლოდ.
სიმპტომზე მოქმედება	<ul style="list-style-type: none"> • იზოლირებული აკვიტების სინდრომის ნოზოლოგიური კუთვნილება გავლენას არ ახდენს კლომიპრამინის ეფექტურობაზე;

	<ul style="list-style-type: none"> • იგი ერთნაირად ახდენს აკვიატებათა რედუქციას (მათ შორის, რიტუალურისაც) როგორც დეპრესიის, ისე შიზოფრენიის დროს; • უკეთესი შედეგი მიიღწევა იზოლირებულ აკვიატების ან მონორიტუალებისას (მაგ.: ხელების ხშირი დაბანა); • (52) კლომიპრამინის ეფექტურობა საგრძნობლად დაბალია გენერალიზებული ოპა-ს დროს (მაგ.: მრავლობითი დაცვითი რიტუალების შესრულებისას) ისეთი იდეატორული აკვიატებების დომინირებით, რომლებიც ზედირებულოვან წარმოდგენებს უახლოვდება, ხოლო შიზოფრენიით დაავადებულებებში - ინტერპრეტაციულ ბოღვითი აზრების არსებობისას.
პრეპარატის მიღება	<ul style="list-style-type: none"> • ოპა-ს მკურნალობის დროს კლომიპრამინის საწყისი დოზაა 25-50 მგ/დღ, რომლის მატება ხდება დღიურად 25-50 მგ-ით. თერაპიული ეფექტი დგება 225-300 მგ/დღ დოზაზე; • ხანგრძლივად მიმდინარე კლინიკურად კარგად გამოხატული ობსესიურ-კომპულსიური სინდრომის მკურნალობა შეიძლება დავიწყოთ ინტრავენური წვეთოვანი გადასხმებით 25-50 მგ/დღ, თანდათან (5-10 დღეში) დოზის მატებით დღიურ 200-250 მგ-მდე (57). თერაპიის კურსი 2 კვირაა; • ხშირად კლომიპრამინის ინტრავენური ინფუზია (100 – 125 მგ) კომბინირებულია პრეპარატის პერორალურ მიღებასთან (100-200 მგ/დღ); • ინფუზიის პირველ დღეებში განსაკუთრებულ ყურადღებას ვაქცევთ არტერიულ წნევას; • ორთოსტატიული კოლაფსის თავიდან ასაცილებლად პაციენტი უნდა იწვეს ინფუზიის დამთავრებიდან 1 საათის განმავლობაში; • ეფექტის მიღწევის შემდეგ (რომელიც ჩვეულებრივად დგება თერაპიის პირველ ორ კვირაში) გადავდივართ პრეპარატის პერორალურ მიღებაზე, რომელიც უნდა გაგრძელდეს 4-6 კვირა, ხოლო მძიმე, სოციალური დეზადაპტაციის გამომწვევი აკვიატებებისას – პრეპარატის მიღება ხდება უფრო მეტი ხნის განმავლობაში.
პრეპარატის მოხსნა	<ul style="list-style-type: none"> • თერაპიის შეწყვეტის შემთხვევაში, დოზა თანდათან უნდა შევამციროთ; • კლომიპრამინის უეცარი შეწყვეტა, როგორც წესი, ამწვაებს ობსესიურ-კომპულსიურ სიმპტომებს და შესაძლოა განვითარდეს "აღკვეთის" სინდრომი.
გვერდითი მოვლენები	<ul style="list-style-type: none"> • კლომიპრამინს ავადმყოფები კარგად იტანენ; • ძირითად გვერდით მოვლენებს მიეკუთვნება ანტიქოლინერგული ეფექტი (აკომოდაციის დარღვევები, ყაბზობა, შარდის შეკავება, პირის სიმშრალე, აბნევა). ორთოსტატიური ჰიპოთენზია, იშვიათად – კარდიოტოქსიკური მოვლენები (საჭიროა ეკგ-მონიტორინგი) და კრუნჩხვითი აქტივობის ზღურბლის დაქვეითება.

- სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები (SSRI - სუმსი) პირველი არჩევის პრეპარატებია ეკონომიურად განვითარებულ ქვეყნებში ობსესიურ-კომპულსიული აშლილობის მკურნალობის დროს ან იმ შემთხვევაში, როცა დეპრესია და ოპა თანაარსებობს. (24)
- სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორების (SSRI - სუმსი) ეფექტურობის დამადასტურებელი მონაცემები და მიღების ფორმები წარმოდგენილია ცხრილის სახით:

სუმსი-ს პროფილი	<ul style="list-style-type: none"> • სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები (SSRI) თავისი ეფექტურობით უტოლდება ტცა-ის მოქმედებას
სიმპტომზე მოქმედება	<ul style="list-style-type: none"> • მათ არ ახასიათებთ სედაცია, ამიტომ ძილის დარღვევებისა და გამოხატული შფოთვისას, მაინც უპირატესობა ტცა-ებს ენიჭებათ; • სუსტი ანტიქოლინერგული მოქმედების გამო, ფართოდ გამოიყენება გერიატრიულ პრაქტიკასა და კარდიოლოგიური პროფილის პაციენტებში.
პრეპარატის მიღება	<ul style="list-style-type: none"> • პრეპარატების მიღება ერთჯერადაა შესაძლებელი ; • სუმსი-ის ეფექტი საკმაოდ მალე ვლინდება (თერაპიის II-IV კვირა) და თანდათან ძლიერდება მე-8 – მე-12 კვირისათვის. (III-C) (31); • პირველადი გაუმჯობესება მჭიდრო კორელაციაშია ანტიდეპრესანტების ზოგადად დამახასიათებელ ეფექტურობასთან; • პრეპარატის თერაპიული დოზები ახლოსაა მაქსიმალურთან და საშუალოზე მაღალია, რაც დეპრესიის მკურნალობისათვის და შეადგენს: ფლუოქსამინი – 150-300 მგ/დღ; ფლუოქსეტინი – 40-80 მგ/დღ; სერტრალინი – 150-250 მგ/დღ; პაროქსეტინი – 40-60 მგ/დღ; ციტალოპრამი – 40-60 მგ/დღ (III-C) (32, 33); • ზოგიერთი ამ პრეპარატის შემთხვევაში აღინიშნა პირდაპირი კორელაცია დოზასა და ეფექტურობას შორის (Wheadon D.A. და სხვ. 1995, - (III-C) (34); • დასაშვებია SSRI-ის კომბინირება მსუბუქ ანქსიოლიზურ საშუალებებთან (53; II-B); • მიღების პირველ კვირაში მატულობს სუიციდის და თვითდაზიანების რისკი, რაც საჭიროებს ყურადღების გამახვილებას მაღალი რისკის ჯგუფებზე – 30 წლამდე ასაკის პაციენტები, თნამხლები დეპრესიის შემთხვევები, ანამნეზში სუიციდური ქმედების მქონე პირები (24, 31) (III-C); • სეროტონინერგული ანტიდეპრესანტების თერაპიის ხანგრძლივობა საშუალოდ შეადგენს დაახლოებით 3 თვეს, ზოგ კვლევებში – 2 წელზე მეტ ხანს. შემთხვევათა უმრავლესობაში წამლის მოხსნის შემდეგ ერთი წლის მანძილზე ობსესიურ-კომპულსიური სიმპტომატიკა კვლავ გამოვლინდა, თუმცა რიგ პაციენტებში აღინიშნა შედარებით მყარი რემისია (35), განსაკუთრებით მყარია რემისია ადეკვატური, განმამტკიცებელი ფსიქოთერაპიის ფონზე.

	<p>(ექსპერტთა მოსაზრება)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ზოგადად, სუმსის ჯგუფის პრეპარატები ბევრად სჯობს კლომიპრამინს განმამტკიცებელი თერაპიისათვის, რადგან მას პაციენტები გაცილებით უკეთ იტანენ. დღეისათვის საყოველთაოდ მიღებულია სეროტონინერგული ანტიდეპრესანტების მინიმუმ ერთწლიანი გამოყენება. (24, 31; III-C)
პრეპარატის მოხსნა	<ul style="list-style-type: none"> • ეფექტური პროფილაქტიკური თერაპიის შეწყვეტის შემთხვევაში დოზას ნელა ვამცირებთ – დოზის 20-30%-ით ყოველ 2-3 თვეში.
გვერდითი მოვლენები	<ul style="list-style-type: none"> • მკურნალობის პირველ კვირაში სუმსი-ის მიღებას შეიძლება თან ახლდეს მცირე გვერდითი მოვლენები, როგორცაა: გულისრევის შეგრძნება, თავისტკივილი, ნევროტულობა, ინსომნია და დიარეა - რაც გარდამავალია და ძალზე მსუბუქი. (24, 31, 46; III-C); • მოუსვენრობა, გამღიზიანებლობა, შფოთვისითი სიმპტომების გაძლიერება და უძილობა მკურნალობის პირველ დღეებში ან კვირებში შეიძლება გახდეს მკურნალობაზე უარის თქმის მიზეზი. საწყისი დოზის დაკლება შეიძლება შეამციროს ზემოაღნიშნული სიმპტომები (24, 31, 53; II-B), (46, ექსპერტთა მოსაზრება); • ხანგრძლივი მკურნალობისას შეიძლება გამოვლინდეს სქესობრივი სფეროს დისფუნქცია ან ალკეეთის სინდრომი, ანქსიოლიზური ეფექტი შეიძლება დადგეს 2-4 კვირის პერიოდში ან უფრო გვიან; • უძილობა და გვერდითი მოვლენები შემცირდება, თუ პრეპარატს დავნიშნავთ დილით და შუადღეს.

- ზოგიერთ პაციენტისათვის ეფექტური შეიძლება აღმოჩნდეს პრეპარატი ტრაზოდონი, (58; **III-C**). დღიური დოზით 300-600 მგ. რომელიც ავლენს გამოხატულ ანქსიოლიზურ ეფექტს;
- არსებობს წინასწარი მონაცემები ოპა-ს დროს ახალი ანტიდეპრესანტის ვენლაფაქსინის ეფექტურობის თაობაზე, რომელიც მცირე დოზით (150 მგ/დღ) ავლენს სეროტონინპოზიტიურ ეფექტს, ხოლო დიდ დოზებში (225მგ/დღ) ორმაგ – სეროტონინერგულ და ნორადრენერგულ მოქმედებას (54);
- ქცევითი თერაპია მედიკამენტური თერაპიის ექვივალენტურ ხანგრძლივ ეფექტს იძლევა (**I-A**) (36, 37, 38);
- მედიკამენტური თერაპიისაგან განსხვავებით, რომლის მოხსნაც სიმპტომებს ამწვავებს, ფსიქოთერაპიის შედეგი სახეზეა მრავალი თვის და წლის განმავლობაში. ფსიქოთერაპიას უკეთ ემორჩილება კომპულსიები, ობსესიებთან შედარებით. ქცევითი ფსიქოთერაპიის ზოგადი ეფექტურობა 50-60%-ს აღწევს. შფოთვის გაძლიერების შიშით ზოგჯერ პაციენტი უარს აცხადებს ჩაიტაროს თერაპია. (24, 31; **II-B**);
- მკურნალობაში უპირატესობა ენიჭება კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ (ქცევით) თერაპიას (**I-A**) (39,40), აგრეთვე ფსიქოგანათლებას (5, 15). აუცილებელია სხვადასხვა სოციორეაბილიტაციური ღონისძიებების გატარებაც;
- მძიმე, არაკუპირებადი აკვიატებებისას იყენებენ არამედიკამენტურ მეთოდებს – ეკთ-ს (ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია), ტრანსკრანიალური

მაგნიტურ სტიმულაციას (ტმს), სტერეოტაქსიური წინა კაფსულოტომიას ან ცინგულოტომიას (41, 42).

ამრიგად, ოკა-ს თერაპიაში პათოგენეზური მიდგომა დღეისათვის, გულისხმობს სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (კლომიპრამინი, სუმსი) გამოყენების გზით სეროტონინერგული ნეიროგადაცემის გაძლიერებას. ზოგჯერ ეფექტურია დოფამინ-ბლოკერის გამოყენება – ასეთია ანტიფსიქოზური პრეპარატები: პიმოზიდი, ჰალოპერიდოლი, რისპერიდოლი და ა.შ.

მიმე, რეზისტენტულ შემთხვევათა 30-50%-ში ეფექტური აღმოჩნდა ქირურგიული ჩარევა – სტერეოტაქსიური ცინგულოტომია, თუმცა სერიოზული გართულებების, მათ შორის, კრუნჩხვითი სინდრომის განვითარების გამო, მისი გამოყენება მნიშვნელოვნად შეზღუდულია.

რეკომენდაცია 1. ინიციალური მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევა

- ოკა-ს დროს რეკომენდებულია მკურნალობის დაწყება ან მხოლოდ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიით (კბთ) (III-C) (43, 43) ან კომბინაციით - კბთ და მედიკამენტი (კბთ+SRI).
 - *მითითება:* SRI - სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები. მათ შორისაა 5 პრეპარატი: კლომიპრამინი, ფლუოქსეტინი, ფლუვოქსამინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი. SSRI (სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი) არის ყველა მათგანი, გარდა კლომიპრამინისა.
- მედიკამენტის არჩევა დაკავშირებულია ოკა-ს სიმწვავესა და პაციენტის ასაკზე. მსუბუქი ოკა-ს დროს, მხოლოდ კბთ არის პირველი რიგის არჩევანი. სიმწვავეს მომატებასთან ერთად, უკვე დაწყებულ კბთ-ს ემატება პრეპარატი ან პაციენტს ეძლევა მხოლოდ მედიკამენტი. ახალგაზრდა პაციენტებში, ექსპერტები რეკომენდაციას აძლევენ მხოლოდ კბთ-ს.

რეკომენდაცია 2. სპეციფიკური კოგნიტიურ-ქცევითი ტექნიკის შერჩევა

- სპეციფიკური კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ეფექტურობა დადასტურებულია ოკა-ს მკურნალობისათვის. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია აერთიანებს ქცევით თერაპიას და კოგნიტიურ თერაპიას.
- კოგნიტიურ-ქცევითი თერაპიის შედეგი, მედიკამენტური თერაპიისაგან განსხვავებით, მოგვიანებით დგება.
- ქცევითი ანუ ბიჰევიორული თერაპია ოკა-ს დროს აერთიანებს, ერთი მხრივ, პაციენტისათვის საშიშ სიტუაციასთან შეხებას (ექსპოზიციას), ხოლო მეორე მხრივ - პასუხის ან რიტუალის პრევენციას (55).
 - *მაგალითად,* ექსპოზიციისას პაციენტი, რომელსაც ბაქტერიებით დასნებოვნების შიში აქვს, იმდენ ხანს რჩება კონტაქტში "ბაქტერიებთან", სანამ მისი შფოთვა არ შემცირდება. განმეორებით ექსპოზიციას, როგორც წესი, თან სდევს შფოთვის უფრო დაბალი დონე, ხოლო მრავალჯერადი განმეორებისას - პაციენტს აღარ ეშინია სპეციფიკურ გამღიზიანებლებთან შეხება.
- ამ ტექნიკის საშუალებით პაციენტი ასევე ახერხებს გათავისუფლდეს რიტუალების ან განრიდების ქცევისაგან, რასაც პასუხის ან რიტუალის პრევენცია ჰქვია.

- მაგალითად, დაბინძურების შიშის მქონე პაციენტი არამარტო უნდა შეესოს ჭუჭყიან საგანს, არამედ თავი უნდა შეიკავოს ხელის დაბანის რიტუალიდან შფოთვის შემცირებამდე.

- **კოგნიტიური თერაპია**, რომელიც ერთვის ქცევით ანუ ექსპოზიციურ/პრევენციულ თერაპიას, მიმართულია ისეთი პრობლემების გადასაჭრელად, როგორცაა საფრთხის არაადეკვატური შეფასება ან პიროვნული პასუხისმგებლობის გაძლიერებული განცდა.
- **კოგნიტიური თერაპია** გაცილებით ეფექტური აღმოჩნდა პათოლოგიური იჭენეულობის, აგრესიული ობსესიების და სხვა აკვიატებული აზრების შემთხვევაში, ვიდრე ლტოლვისმაგვარი სიმპტომებისას, როგორცაა, მაგალითად, შეხებითი რიტუალების განხორციელება. ჩვევის შეცვლა, რომელიც უპირატესად ხორციელდება ურთიერთსაწინააღმდეგო აზრების სერიული დაპირისპირებით და განსაკუთრებით მიზანშეწონილია ტიკისმაგვარი კომპულსიების დროს.

კბთ-ს შერჩევა	ობსესიები	კომპულსიები
პირველი რიგის არჩევანი	ექსპოზიცია და პასუხის პრევენცია	ექსპოზიცია და პასუხის პრევენცია
	ექსპოზიცია და პასუხის პრევენცია კოგნიტიურ თერაპიასთან კომბინაციაში	ექსპოზიცია და პასუხის პრევენცია კოგნიტიურ თერაპიასთან კომბინაციაში

რეკომენდაცია 2ა. კბთ-ის ჩატარების ინტენსივობა და ხანგრძლივობა (24, 61)

- მეურნეობის დასაწყისში ინდივიდუალური კბთ ტარდება კვირაში ერთხელ;
- მიზანშეწონილია პაციენტისათვის საშინაო დავალების მიცემა;
- ჯგუფური კბთ მეორე რიგის არჩევანია;
- პაციენტისათვის საკმარისია 13-20 სესია;
- მწვავე შემთხვევებში ინტენსიური კბთ შესაძლებელია ჩატარდეს ყოველდღიურად 3 კვირის განმავლობაში.

	პირველი რიგის არჩევანი	მეორე რიგის არჩევანი
ინტენსივობა	<ul style="list-style-type: none"> • კვირაში ერთხელ + საშინაო დავალება; • ინტენსიური კბთ (ყოველდღიურად 3 კვირის განმავლობაში). 	<ul style="list-style-type: none"> • ორ კვირაში ერთხელ; • დღის სტაციონარი; • სტაციონარი.
ფორმა	<ul style="list-style-type: none"> • ინდივიდუალური 	<ul style="list-style-type: none"> • ჯგუფური; • ინდივიდუალური + ოჯახური თერაპია.
სესიების რაოდენობა	<ul style="list-style-type: none"> • 13-20 სესია; • 7-12 სესია. 	<ul style="list-style-type: none"> • 20-50 სესია; • 3-6 სესია.

რეკომენდაცია 3. სპეციფიკური მედიკამენტის შერჩევის სტრატეგია

- მედიკამენტების სხვადასხვა კლასებს შორის, სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SRI) ყველაზე ეფექტურად არის მიჩნეული (ოპა-ს სამკურნალოდ. რეკომენდებულია ხუთივე დასახელების SRI: კლომიპრამინი, ფლუოქსეტინი, ფლუვოქსამინი, პაროქსეტინი, სერტრალინი. სხვა წამლები, მათ შორის ვენლაფაქსინი, მაო-ს ინჰიბიტორები და კლონაზეპამი, მიჩნეულია მესამე რიგის პრეპარატებად და შეიძლება გამართლებული იყოს, როცა SRI თავისთავად ეფექტური არ არის (33, 45, 46, 47) (III-C);
- SRI ჯგუფის პრეპარატები უფრო ეფექტურია პათოლოგიური იჭენეულობა და აგრესიული ობსესიებისას, ფსიქიკური (გონებრივი) რიტუალებისას, ვიდრე გარდამავალი და ტიკისმაგვარი სიმპტომებისას;
- თუ პაციენტი არ რეაგირებს SRI-ის ჯგუფის პრეპარატების საშუალო დოზაზე, რეკომენდებულია დოზის თანდათანობით მატება მკურნალობის დაწყებიდან 4-8 კვირის განმავლობაში მაქსიმალურ თერაპიულ დოზამდე;
- რეკომენდებულია სხვა SRI-ზე გადასვლა, თუ პასუხი არ არის, მაქსიმალური დოზის მიღებიდან 4-6 კვირის შემდეგ;
- თუ პაციენტი ნაწილობრივ პასუხობს საშუალო დოზით მკურნალობას, რეკომენდებულია დოზის მატება მაქსიმუმამდე – მკურნალობის დაწყებიდან 5-9 კვირის განმავლობაში. როცა დოზა მაქსიმუმამდე იზრდება, მიზანშეწონილია დოზის მატების პერიოდი პაციენტისათვის იყოს 2-4 კვირა, რათა საკმარისი დრო გვქონდეს პრეპარატის დოზაზე ადეკვატური პასუხის მისაღებად;
- იმ პაციენტებში, რომლებიც ნაწილობრივ რეაგირებენ პრეპარატზე და მცირე გვერდითი მოვლენები აღენიშნებათ, პრეპარატის დოზები არ უნდა ავწიოთ მაღალ დონემდე, სანამ მკურნალობის დაწყებიდან სულ ცოტა 12 კვირა არ გაივლის;
- ექსპერტები თვლიან, რომ 8-13 კვირა საკმარისია ადეკვატური მედიკამენტის შესარჩევად, სანამ შეცვლით ან ჩაანაცვლებთ სხვა პრეპარატით.

	მედიკამენტი**	დოზის საზღვრ ები (მგ)	საშუა- ლო დღიური დოზა (მგ)	პასუხი არ არის SRI-ის საშუალო დოზაზე	ნაწილობრივი პასუხია საშუალო SRI-ის დოზაზე
პირველი რივი	ფლუოქსამინი ფლუოქსეტინი კლომიპრამინი სერტრალინი პაროქსეტინი	100–300 20–80 100–300 75–225 20–60	200 50 200 150 50	დოზის გრადუალუ- რი მატება მაქსიმუმამ- დე მკურნალო- ბის დაწყებიდან 4-8 კვირის განმავლობა ში	მოუმატეთ დოზა მაქსიმუმამდე – მკურნალობის დაწყებიდან 5-9 კვირის განმავლობაში

* დოზა დამრგვალებულია სტანდარტულ "ტაბლეტის დოზამდე". დოზირება ინდივიდუალურია და შეიძლება იყოს მეტი ან ნაკლები, რაც დამოკიდებულია ინდივიდუალურ, დოზასთან დაკავშირებულ პასუხის მრუდზე. მედიკამენტები ჩამოთვლილია ექსპერტების მიერ მინიჭებული ქულების რანჟირების თანახმად.

რეკომენდაცია 4. მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდა

- როცა პირველად დანიშნული მკურნალობა ეფექტური არ არის აუცილებელია დანიშნულების გადასინჯვა;
- როცა პაციენტის მდგომარეობა, რომელსაც მხოლოდ კბთ უტარდება, უცვლელია, მიზანშეწონილია (SRI) ჯგუფის მედიკამენტის დამატება და პირიქით, როცა მხოლოდ მედიკამენტური მკურნალობა უშედეგოა, რეკომენდებულია კბთ-ს დამატება ან ახალ მედიკამენტზე გადასვლა;
- თუ პაციენტი არ პასუხობს კომბინირებულ თერაპიას, აუცილებელია სხვა SRI-ჯგუფის პრეპარატზე გადასვლა და კბთ-ს გაგრძელება;
- თუ პაციენტი ნაწილობრივ პასუხობს კომბინირებულ თერაპიას, რეკომენდებულია ახალ SRI-ზე გადასვლა, კბთ-ის ინტენსიფიკაცია (დამატებითი სესიების ხარჯზე) ან ახალი ფორმატი (აკვიატებული აზრების შეჩერების ტექნიკის ჩართვა ან ოჯახური თერაპიის დამატება) და მკურნალობის სქემაში დამატებითი პრეპარატის ჩართვა.

რეკომენდაცია 5: სტრატეგია, გამოყენებული მკურნალობისადმი რეზისტენტულ პაციენტებში

- მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად რეკომენდირებულია ოკა-ს შეფასების სკალის გამოყენება;
- სანამ პაციენტი მკურნალობისადმი რეზისტენტულად ჩაითვლება, უნდა დარწმუნდეთ, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული, პაციენტი ემორჩილება მკურნალობას, პრეპარატის დოზა სწორადაა შერჩეული და საკმარისი დროა გასული მკურნალობის დაწყებიდან;
- მკურნალობის ეფექტურობაზე გავლენა შეიძლება მოახდინოს ისეთმა პრეპარატებმაც, როგორცაა ნივთიერებათა ცვლის მასტიმულირებელი ან ინჰიბიტორი;

- მეურნალობის შედეგზე შეიძლება გავლენა იქონიოს ფსიქოსოციალურმა ფაქტორებმა;
- როცა პირველად არჩეული თერაპია უშედეგოა, ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს, როდის შეცვალოს მედიკამენტი;
- მრავალ პაციენტთან, რომელთაც მეურნალობისადმი რეზისტენტობა აღენიშნებათ, დადებითი შედეგი მოაქვს ანტიდეპრესანტის კლასის შეცვლას (მაგ: გადართვა სუმსი-დან ტცა-ზე ან პირიქით).

	პასუხი არ არის კბთ) + 3 SRI გამოყენებისას*	ნაწილობრივი პასუხია კბთ) + 3 SRI გამოყენებისას*
პირველი რიგი	ჩანაცვლე** სხვა მედიკამენტით	ჩანაცვლე** სხვა მედიკამენტით
მეორე რიგი	შეარჩიეთ კბთ)–ის ახალი ფორმატი ან ტექნიკა ან გაზარდეთ შეხვედრათა ინტენსივობა გადართეთ სხვა პრეპარატზე, მაგ.: (SRI) გადართეთ სხვა პრეპარატზე მაგ.: (IMAO)	შეარჩიეთ კბთ)–ის ახალი ფორმატი ან ტექნიკა ან გაზარდეთ შეხვედრათა ინტენსივობა გადართეთ სხვა პრეპარატზე, მაგ.: (SRI) გადართეთ სხვა პრეპარატზე მაგ.: (IMAO)
იშვიათად საჭიროა, მაგრამ ზოგჯერ აუცილებელია	კლომიპრამინი (ინტრავენურად) ეკთ – თუ დეპრესიულია ნეიროქირურგია (ინტერნალური კაფსულოტომია)	კლომიპრამინი (ინტრავენურად)

* ერთ-ერთ პრეპარატად გამოყენებულია კლომიპრამინი

** ჩანაცვლებით სტრატეგიაში შეიძლება გამოყენებული იქნას: კლომიპრამინი, კლონაზეპამი, კონვენციული ნეიროლეპტიკები, ბუსპირონის ჰიდროქლორიდი, რისპერიდონი, ოლანზაპინი. მეორე SSRI შეიძლება დაემატოს პირველს.

რეკომენდაცია 6: მკურნალობა შემანარჩუნებელ ფაზაში

	ვიზიტის განრიგი პირველ 3-6 თვეში მწვავე ფაზის შემდეგ	როდის შევამციროთ დოზები?	როგორ შევამციროთ დოზა?	გახანგრძლივებული პროფილაქტიკური მკურნალობა
რეკომენდებულია	ყოველთვიური ვიზიტი	1,5 - 2 წლის შემდგომ	გრადუალური*, ყოველთვიური შეფასებით	2-4 მწვავე რელაფსის შემდეგ 3-4- საშუალოდან- მსუბუქ რელაფსამდე
ასევე მისაღებია	ყოველკვირეული ვიზიტები		გრადუალური*, ყოველთვიური კბთ-ს ინოკულაციური (იმუნიზაციური) სესიებით ვიზიტი მედიკამენტის საკითხზე	

* გრადუალურში იგულისხმება მედიკამენტის დოზის შემცირება 25%-ით და 2 თვიანი შუალედებით (გასათვალისწინებელია პაციენტის მდგომარეობა). თერაპიის შეწყვეტაზე გადაწყვეტილების მიღწევის შემთხვევაში, დოზა თანდათან უნდა დავაკლოთ, რადგან პრეპარატის უცარი შეწყვეტა, როგორც წესი ამწვავეს ობსესიურ-კომპულსიურ განცდებს და შესაძლოა განვითარდეს "აღკვეთის" სინდრომი.

რეკომენდაცია 7: წამლის გვერდითი მოვლენების შემცირება

პრობლემური გვერდითი მოვლენები	წამლები, რომლებიც ნაკლებად იწვევენ	წამლები, რომლებიც უფრო მეტად იწვევენ
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია	SSRIs	კლომიპრამინი
სედაცია	SSRI	კლომიპრამინი
ინსომნია	კლომიპრამინი	SSRI
ანტიქოლინერგული ეფექტი	SSRI	კლომიპრამინი
წონის მატება	SSRI	კლომიპრამინი
სექსუალური აშლილობა	SSRI	კლომიპრამინი
აკათიზია	კლომიპრამინი	SSRI
ღებინება/დიარეა	კლომიპრამინი	SSRI

რეკომენდაცია 8: ოპას-მკურნალობა თანმხლები უსიძიკური დაავადებებისას

- ოპას-ახსიათებს მაღალი კომორბიდობა შემდეგ აშლილობებთან: დეპრესია, შფოთვა, ალკოჰოლიზმი/წამალდამოკიდებულება, კვებითი აშლილობები, დისმორფული აშლილობა (24, 31);
- თუ აკვიატება აღმოცენებულია შიზოფრენიის ჩარჩოებში ან კომორბიდულია ტურეტის სინდრომთან და სხვა მოტორულ დარღვევებთან, შესაძლებელია ნეიროლეფსიური პრეპარატების (რისპერიდონი, პიმოზიდი ან ჰალოპერიდოლი) დანიშვნა ინდივიდუალურად შერჩეული დოზებით, ინდივიდუალური ამტანობის გათვალისწინებით (59). საჭიროა სიფრთხილე, ვინაიდან ექსტრაპირამიდულმა გვერდითმა მოვლენებმა შესაძლოა გააძლიეროს აკვიატებები. ამიტომ, ბოლო დროს უპირატესობა ენიჭება ატიპურ ნეიროლეფსიურ პრეპარატებს, მაგალითად, რისპერიდონს დოზით 2-6 მგ/დღ;
- ანქსიოლიზური პრეპარატების (ტრანკვილიზატორები) მოქმედების სპექტრში ანტიობსესიური ეფექტი არ არის, მაგრამ მათი დანიშვნა ანტიდეპრესანტებთან ერთად რეზისტენტული პაციენტების კურაციისას მიზანშეწონილია, ვინაიდან ამცირებს აკვიატებათა შფოთვით

კომპონენტს და განსაკუთრებით ეფექტურია სხვა შფოთვითი აშლილობის თანაარსებობისას. ამ მიზნით რეკომენდებულია ალპრაზოლამის გამოყენება დოზით 2-4 მგ/დღ ან კლონაზეპამი დოზით 1-4 მგ/დღ. ეს ის პრეპარატებია, რომელთა გამოყენება ეფექტურია პანიკური შეტევებისას და ამავე დროს აქვთ გარკვეული თიმოანალეფსიური მოქმედება (60);

- შესაძლებელია ბუსპირონის ჰიდროქლორიდის გამოყენებაც დოზით 20-40 მგ/დღ. ის 5HT_{1A}-სეროტონინური რეცეპტორის აგონისტია და ავლენს თვისებას, გააძლიეროს ფლუოქსეტინის მოქმედება რეზისტენტულ პაციენტებში (63). პაციენტები პრეპარატს კარგად იტანენ, მაგრამ არ შეიძლება მისი დაინიშნა მათთვის ინჰიბიტორებთან (არტერიული წნევის მატების გამო) ან ჰალოპერიდოლთან კომბინაციაში – სისხლის პლაზმაში მისი კონცენტრაციის მატების გამო;
- ეფექტური შეიძლება აღმოჩნდეს ტრაზოდონი (62). პრეპარატი, დოზით 300-600 მგ/დღ, დამოუკიდებლად ავლენს გამოხატულ ანქსიოლიზურ ეფექტს.

თანმსვლელები დაავადება	პირველი რიგი	მეორე რიგი
პანიკური აშლილობა, სოციალური ფობია	კბთ + SSRI კბთ მსოლოდ	კბთ + კლომიპრამინი კბთ + SRI + რომელიმე ბენზოდიაზეპინი კბთ + MAOI +/- რომელიმე ბენზოდიაზეპინი
დეპრესია	კბთ + SRI	კბთ მსოლოდ კბთ + MAOI კბთ + SRI + რომელიმე ბენზოდიაზეპინი
ბიპოლარული აშლილობა (რემისია, სტაბილიზატორების ფონზე)	კბთ + გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი კბთ + გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი + SRI	SRI + გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორი
შიზოფრენია	SRI + ნეიროლეპტიკი	კბთ + SRI + ნეიროლეფსიური
ტურეტის სინდრომი	კბთ + SRI + კონვენციური ნეიროლეპტიკი	კბთ + SRI + რისპერიდონი ან a-2 აგონისტები კბთ + SRI კბთ მსოლოდ
ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი	კბთ + SSRI + რომელიმე ფსიქოსტიმულატორი	კბთ + კლომიპრამინი + რომელიმე ფსიქოსტიმულატორი კბთ + SRI კბთ მსოლოდ
ქცევითი დარღვევები	SRI + კბთ + ოჯახური თერაპია	კბთ + ოჯახური თერაპია კლომიპრამინი + კბთ

	SSRI + კბთ	SSRI კლომიპრამინი კბთ მსოლოდ
--	------------	------------------------------------

რეკომენდაცია 9: ოკა-ს მკურნალობა ორსულობისას ან თანხლები დაავადებისას

	ორსულობა	გულის დაავადება	თირკმლის პათოლოგია
პირველი რიგი	კბთ მსოლოდ	კბთ მსოლოდ კბთ + SSRI	კბთ მსოლოდ კბთ + SSRI
მეორე რიგი	კბთ + SRI	SSRI	SSRI

8. ბაილლინის ბალანსიზაციისა და ბანახლების ვადა – 2 წელი

9. ბაილლინის მიღების ხერხი/წყარო

გზამკვლევის შემუშავების მეთოდოლოგია (49)

- ოკა-ს შესახებ არსებობს სამეცნიერო მტკიცებულების საფუძველზე შექმნილ რეკომენდაციათა საკმარისი რაოდენობა. მოცემული გზამკვლევის შემქმნის პროცესში სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით მოდიებული და შეფასებული იქნა უკვე არსებული პრაქტიკული გზამკვლევები, რამდენიმე ფუნდამენტური ნაშრომი და ექსპერტთა ჯგუფის კონსენსუსის შედეგად მოწოდებული რეკომენდაციები. ბაზისურად გამოყენებული იქნა შემდეგი ნაშრომები:
 - WFSBP - World Federation of Societies of Biological Psychiatry (2002) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders - Bandelow B., Zohar J., Hollander E., Kasper Z, Möller HJ - World J Biol Psychiatry (2002) 3, 171 - 199
 - March, J.S., Frances, A., Carpenter, D., et al. (1997) The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 58 (Suppl 4), 13–72.
 - NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. www.nice.org.uk/CG031
- მოხდა არსებული რეკომენდაციების თარგმნა, მასალის შეჯერება და ადაპტირებული ვარიანტის შემუშავება, რომელიც, ერთი მხრივ, პასუხობს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო, მეორე მხრივ, ითვალისწინებს საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებათა როგორც ადამიანურ, ისე ტექნიკურ რესურსებს;

- რეკომენდაციათა მოძიება სორციელდებოდა კლინიკური რეკომენდაციების საერთაშორისო რეესტრებში, ელექტრონული მონაცემების ბაზებში ინტერნეტის გამოყენებით.

ქვეყანა და რესურსის დასახელება	ინტერნეტ-მისამართი
აშშ	
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm
American Medical Association	http://www.ama-assn.org
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	http://www.phppo.cdc.gov
Health Services Technology Assessment Text (HSTAT) and National Library of Medicine (NLM)	http://hstat.nlm.nih.gov
Evidence-Based Medicine [EBM] toolbox, Centre for Evidence-Based Medicine	http://www.cebm.net
US National Guideline Clearinghouse (NGC)	http://www.guideline.gov
დიდი ბრიტანეთი	
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk
Health evidence bulletins Wales	http://heb.w.cf.ac.uk/archive/archivemental/index.html
National electronic Library for Health (NeLH)	http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder
German Guideline Information Service (GERGIS)	http://www.leitlinien.de/english/english/view;
მტკიცებითი მედიცინის სპეციალისტთა რეგიონთაშორისი საზოგადოება	http://www.osdm.org

კლინიკური რეკომენდაციების და მტკიცებულებების მოძიების დამატებითი წყაროები და მეთოდები

- კოხრეინის ბიბლიოთეკა - The Cochrane Library 2006, Issue 4
- ამერიკის სამედიცინო ბიბლიოთეკის მიერ შექმნილი ელექტრონულ ბიბლიოგრაფიულ მონაცემთა ბაზა - MEDLINE

10. ალტერნატიული ბაიოლოგია არ არსებობს

11. გამომყენებული ლიტერატურა

1. Hettema, J.M., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2001) A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568–1578. (I – A)
2. Robins, L.N., Holzer, J.E., Weissman, M.M. (1984) Lifetime prevalence of psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949–958. (III-C)
3. Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., et al (1994) The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl), 5–10. (III-C)
4. Abramowitz, J.S. (2004) Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1133–1141. (II-B)
5. Abramowitz, J.S., Schwartz, S.A., Moore, K.M. et al. (2003) Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 461–478. (I-A)
6. Apter, A., Horesh, N., Gothelf, D., et al. (2003) Depression and suicidal behavior in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 75, 181–189. (III-C)
7. Biederman, J., Petty, C., Faraone, S.V., et al. (2004) Moderating effects of major depression on patterns of comorbidity in patients with panic disorder. *Psychiatry Research*, 126, 143–149.
8. LaSalle, V.H., Cromer, K.R., Nelson, K.N., et al. (2004) Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 19, 163–173.
9. Nestadt, G., Addington, A., Samuels, J., et al. (2004) The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity: reply. *Biological Psychiatry*, 55, 960–961.
10. Abram, K.M., Teplin, L.A., McClelland, G.M., et al. (2003) Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *American Journal of Psychiatry*, 60, 1097–1108 (II-B)
11. Jordan, J., Joyce, P.R., Carter, F.A., et al. (2003) Anxiety and psychoactive substance use disorder comorbidity in anorexia nervosa or depression. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 211–219.
12. Koran, L.M. (2000) Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 509–517.
13. Bobes, J., Gonzalez, M.P., Bascaran, M.T., et al. (2001) Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16,239–245.
14. Foa, E.B., Kozak, M.J., Goodman, W.K., et al. (1995) DSM-IV field trial: Obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 990–996. (III-C)
15. Stein, D.J. (2002) Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 360, 397–405. (II –B)
16. Dale R.C., Heyman, I. (2002) Post-streptococcal autoimmune psychiatric and movement disorders in children. *British Journal of Psychiatry*, 181, 188–190. (III –C)
17. Pitman, R.K., Green, R.C., Jenike, M.A., et al. (1987) Clinical comparison of Tourette’s disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1166–1171.
18. Saxena, S., Brody, A.L., Schwartz, J.M., et al. (1998) Neuroimaging and frontalsubcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173 (Suppl 35), 26–37. (III-C)
19. Rasmussen S.A. (1992) *Psychiat Clin North Am*, 15:743-58

20. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (10th edn), Vol.1. Geneva: World Health Organization (1993)
21. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Copyright 2000). American Psychiatric Association.
22. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). www.brainphysics.com
23. Oakley-Browne M, Doughty C. Psychological and pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder [Protocol]. Cochrane Database of Systematic Reviews. Cochrane Library. 1998 Issue 2
24. WFSBP - World Federation of Societies of Biological Psychiatry (2002) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders - Bandelow B., Zohar J., Hollander E., Kasper Z, Möller HJ - World J Biol Psychiatry (2002) 3, 171 - 199
25. Khan, A., Leventhal, R.M., Khan, S., et al. (2002) Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders*, 68, 183–190. (I-A)
26. Oakley Browne MA. (1996) Antidepressant drugs relieve symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Evidence Based Medicine* 1996; 1(2): 82 (I–A - review of four meta-analyses)
27. Piccinelli M, Stefano P, Bellantuono, C, Wilkson G. (1995) Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder: a meta-analytic review. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166: 424-443 (Type I evidence - systematic review with some flaws)
28. Fineberg NA., Gale TM. (2005) Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder, *Int J Neuropsychopharmacol*, vol. 8, n°1, pp. 107-29 (I-A)
29. Montgomery, S.A. (1993) Obsessive compulsive disorder is not an anxiety disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 8 (Suppl 1), 57–62.
30. Katz, R.J., DeVeaugh-Geiss, J., & Landau, P. (1990) Clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 28, 401–414.
31. NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence (2005) Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. www.nice.org.uk/CG031
32. Hollander, E., Koran, L.M., Goodman, W.K., et al. (2003) A double-blind, placebocontrolled study of the efficacy and safety of controlled-release fluvoxamine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 640–647. (III-C)
33. Zohar J, Amital D, Miodownik C, Kotler M, Bleich A, Lane RM, Austin C (2002) Double-blind placebo-controlled pilot study of sertraline in military veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol* 22: 190-195.
34. Montgomery SA, Kasper S, Stein DJ, Bang Hedegaard K, Lemming OM (2001) Citalopram 20 mg, 40 mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 16: 75-86.
35. Montgomery, S.A., McIntyre, A., Osterheider, M., et al. (1993) A double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in patients with DSM-III-R obsessive-compulsive disorder. *Europ Neuropsychophar*, 3, 143–152.
36. Cox BJ, Swinson RP, Morrison B, Lee PS. Clomipramine, fluoxetine, and behaviour therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Journal of Behavioural Therapy and Psychiatry* 1993; 24: 149-153 (Type I evidence - meta analysis)
37. Van Balkom AJ, van Oppen P, Vermeulen AW et al. A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review* 1994; 14: 359-381 (I - A - meta analysis with some flaws)

38. O'Sullivan G, Noshirvani H, Marks I, Monteiro W, Lelliott P. Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1991; 52: 150-155 (I-A - meta analysis)
39. Kobak, K.A., Greist, J.H., Jefferson, J.W., et al. (1998) Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology*, 136, 205–216. (I-A)
40. Roth A, Fonagy P. What works for whom?: a critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press, 1996 pp. 155-6 (Type I evidence - systematic review)
41. Spangler, W.J., Cosgrove, G.R., Ballantine, H.T., Jr., et al. (1996) Magnetic resonance image-guided stereotactic cingulotomy for intractable psychiatric disease. *Neurosurgery*, 38, 1071–1076.
42. Freeman, C., Crossley, D., & Eccleston, D. (2000) *Neurosurgery for Mental Disorder: Report from the Neurosurgery Working Group of the Royal College of Psychiatrists*. London: Royal College of Psychiatrists, CR89.
43. Whittal, M.L., Thordarson, D.S., McLean, P.D. (2005) Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559–1576. (III-C)
44. O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C (2006) Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4 (I-A)
45. Jenike, M.A., Baer, L., Minichiello, W.E., et al. (1997) Placebo-controlled trial of fluoxetine and phenelzine for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1261–1264.
46. March, J.S., Frances, A., Carpenter, D., et al. (1997) The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl 4), 13–72. (V – GPP)
47. Stewart, S.E., Geller, D.A., Jenike, M., et al. (2004) Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 4–13. (I – A)
48. Koran, L.M., Ringold, A.L., & Elliott, M.A. (2000) Olanzapine augmentation for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 514–517.
49. Eccles, M., & Mason, J. (2001) How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technology Assessment*, 5, 1–69.
50. U.S. Preventive Services Task Force Ratings: Strength of Recommendations and Quality of Evidence. *Guide to Clinical Preventive Services, Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003*. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/ratings.htm>
51. Levels of Evidence - Detailed description of several models from the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
52. Ongur, D. & Goff, D.C. (2005) Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. *Schizophrenia Research*, 75, 349–362. (II-B)
53. Stein D.J. Evidence-based treatment of anxiety disorders (2006) *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* Volume 10, Supplement 1 / March 2006 (I-A)
54. Pollack MH, Worthington JJ, 3rd, Otto MW, Maki KM, Smoller JW, Manfro GG, Rudolph R, Rosenbaum JF (1996) Venlafaxine for panic disorder: results from a double-blind, placebo-controlled study. *Psychopharmacol Bull* 32: 667-670. (III-C)
55. Lindsay M, Crino R, Andrews G: Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1997; 171:135–139 (III-C)

56. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:1094–1099 (I-A)
57. Koran LM, Sallee FR, Pallanti S (1997) Rapid benefit of intravenous pulse loading of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 154: 396-401. (III-C)
58. Pigott TA, L'Heureux F, Hill JL, Bihari K, Bernstein SE, Murphy DL (1992) A double-blind study of adjuvant buspirone hydrochloride in clomipramine-treated patients with obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol 12: 11-18. (III-C)
59. McDougle CJ, Epperson CN, Pelton GH, Wasylink S, Price LH (2000) A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 57: 794-801. (III-C)
60. Hewlett WA, Vinogradov S, Agras WS (1992) Clomipramine, clonazepam, and clonidine treatment of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol 12: 420-430. (III-C)
61. Abramowitz JS, Foa EB, Franklin ME: Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: effects of intensive versus twice-weekly sessions. J Consult Clin Psychol 2003; 71:394–398 (III-C)
62. Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H (1993) Antidepressants for the treatment of generalised anxiety disorder. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. Arch Gen Psychiatry 50: 884-895 (III-C)
63. Grady, T.A., Pigott, T.A., L'Heureux, F., et al. (1993) Double-blind study of adjuvant buspirone for fluoxetine-treated patients with obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 819–821.

12. ავტორთა ჯგუფი:

საქართველოს უსიკიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია

- ⇒ ჯგუფის ხელმძღვანელი – მანანა ბოკუჩავა – მდ, ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის კონსულტანტი;
- ⇒ მარინე ნემსიწვერიძე – ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის განყოფილების გამგე

ექსპერტები:

- ⇒ თემურ სილაგაძე – თსსუ ნეირომედიცინის დეპარტამენტის ფსიქიატრიის მიმართულების ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი;
- ⇒ ნინო ოკრიბელაშვილი – თსუ-ს ფსიქიატრიისა და სამედიცინო ფსიქოლოგიის კათედრის ასოცირებული პროფესორი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.