

## OBSESINIS-KOMPULSINIS SUTRIKIMAS: APIBRĖŽTIS, KLINIKINIAI BRUOŽAI, DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

Vainius Zajankauskas<sup>1</sup>, Algirdas Musneckis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Medicinos fakultetas,

<sup>2</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Psichiatrijos klinika

**Raktažodžiai:** obsesinis-kompulsinis sutrikimas, klinika, diagnostika, gydymas, obsesijos, kompulsijos, psichoterapija.

### Santrauka

Įvadas. Obsesinis-kompulsinis sutrikimas (OKS) yra psichikos sutrikimas, susijęs su specifinių varginančių simptomų rinkiniu, apimančiu pasikartojančias, įkyrias mintis (obsesijas) ir varginančius, daug laiko reikalaujančius ritualus, nuolat kartojamus nereikalingus veiksmus (kompulsijas). Dauguma žmonių turėjo ar turi įkyrių minčių arba neįveikiamų elgesio potraukių. Kai šios tendencijos, pasireiškiančios obsesijų ir kompulsijų forma, tampa pernelyg stiprios ir mažina gyvenimo kokybę, žmogui gali būti diagnozuotas OKS. OKS dažnai pasireiškia bendroje populiacijoje (2,5–3 %) ir yra didelė sveikatos ir ekonominė našta visuomenei. OKS gali būti sunkus ir negalią sukeliantis sutrikimas, kuris pasireiškia įvairiausiais būdais, įskaitant įkyrų atliktų veiksmų kartotinį tikrinimą (pvz., ar durys tikrai yra užrakintos), perdėtą rankų plovimą, ar pan. Šis sutrikimas susijęs su pernelyg dideliu nerimu ir užterštumo baime. OKS patyrė daugelis garsių asmenų, įskaitant Martin Luther, Samuel Johnson ir Hans Christian Andersen. Šioje literatūros apžvalgoje atsižvelgiama į dabartines žinias apie OKS priežastis ir mechanizmus, šio sutrikimo vertinimą, diagnostiką, klinikinį pasireiškimą ir gydymą. Apžvelgti naujausių studijų rekomenduojami gydymo būdai, įskaitant kognityvinę elgesio terapiją ir gydymą serotonino reabsorbiciją slopinančiais (selektyviais) inhibitoriais (SSRI). Aptariamos OKS diagnostikos naujovės bei ateities tyrimų kryptys.

Tikslas – atrinkti ir išanalizuoti ekspertų pateiktas obsesinio-kompulsinio sutrikimo diagnostikos bei gydymo rekomendacijas.

Metodai. Buvo vykdoma mokslinių šaltinių paieška, apžvalga ir analizė. Publikacijų paieška atlikta anglų kalba

tarptautinėje medicinos duomenų bazėje PubMed, pasiūlydama šiuos raktinius žodžius ir jų derinius: obsesinis-kompulsinis sutrikimas, klinika, diagnostika, gydymas, obsesijos, kompulsijos, psichoterapija.

Rezultatai. Taikant teorinės analizės metodus, buvo surasta 120 publikacijų, atitinkančių įtraukimo kriterijus. 72 publikacijos buvo atmestos, nes neatitiko įtraukimo kriterijų.

Išvados. OKS yra psichikos sutrikimas, susijęs su specifinių varginančių simptomų rinkiniu, apimančiu pasikartojančias, įkyrias mintis (obsesijas) ir varginančius, daug laiko reikalaujančius ritualus, nuolat kartojamus nereikalingus veiksmus (kompulsijas).

Diagnozė nustatoma remiantis tiek DSM-5, tiek TLK-11 OKS diagnostikos kriterijais, kurie nurodo, kad OKS būdingas obsesijų ir (arba) kompulsijų buvimas.

SSRI grupės vaistai kartu su elgesio – kognityvine psichoterapija yra pagrindiniai obsesinio-kompulsinio gydymo metodai.

### Įvadas

Manoma, kad apie 2 proc. bendros žmonių populiacijos, nepaisant lyčių skirtumo (vienodai serga tiek vyrai, tiek moterys) patiria varginantį obsesinį-kompulsinį sutrikimą (OKS) [11]. Dar daugiau žmonių patiria obsesinius kompulsinius simptomus, kurie yra ne tokie stiprūs ir neatitinka OKS kriterijų. Amžius, kuriame prasideda OKS, yra bimodalinis. Pirmasis pikas pasireiškia vėlyvoje vaikystėje arba ankstyvoje paauglystėje, o antrasis – ankstyvoje jaunystėje (20–29 m.) [12]. Sergančių OKS gyvenimui priskiriama daugiau neįgalumo, nedarbingumo metų, nei sergančiųjų išsėtine skleroze ir Parkinsono liga, kartu sudėjus [13]. Nepaisant ligos daromos ekonominės žalos ir padarinių sveikatai, ji dažnai neatpažįstama arba klaidingai diagnozuojama tiek pirminėje, tiek psichiatrinėje aplinkoje, nes OKS simptomai sunkiai pastebimi, o daugelis sergančiųjų dėl stigma-

tizuojančių nuostatų nesikreipia į gydytojus, kenčia ligos simptomus, manydami, jog išsigydys patys arba pasveiks savaime [14]. Nustatyta, jog vidutinis laikas nuo OKS pasireiškimo iki farmakologinio gydymo pradžios yra beveik aštuoneri metai [15]. Mažiau nei 40 proc. pacientų, patekusių pas gydytojus, gauna specifinį OKS gydymą ir tik maža jų dalis (mažiau nei 10 proc.) – įrodymais pagrįstą tinkamą gydymą [13]. Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad daugiau nei 50 proc. pacientų, sergančių OKS, turi bent vieną gretutinį psichikos sutrikimą, dažniausiai tai nerimo sutrikimas arba sunki depresija. Nesaikingas alkoholio vartojimas kur kas dažnesnis sergančiųjų OKS, nei bendrojoje populiacijoje. Daugybė įrodymų patvirtina kombinuotą OKS gydymą selektyviais serotonino reabsorbcijos inhibitoriais (SSRI) ir kognityvine elgesio terapija. Daugumos pacientų simptomai pagerėjo, taikant šias intervencijas atskirai arba kartu [16]. Dažniausiai klinikinėje praktikoje OKS gydomas SSRI kartu su kognityvine elgesio terapija [13].

**Tyrimo tikslas** – atrinkti ir išanalizuoti ekspertų pateiktas OKS diagnostikos ir gydymo rekomendacijas, apžvelgti šio sutrikimo apibrėžtį bei klinikinį pasireiškimą.

#### **Tyrimo medžiaga ir metodai**

Buvo vykdoma mokslinių šaltinių paieška, apžvalga bei analizė. Publikacijų paieška buvo atliekama tarptautinėje medicinos duomenų bazėje PubMed, pasitelkiant šiuos raktinius žodžius ir jų derinius: obsesinis-kompulsinis sutrikimas, klinika, diagnostika, gydymas, obsesijos, kompulsijos, psichoterapija. Į literatūros apžvalgą įtraukti 2010-2022 m. paskelbti straipsniai. Įtraukimo kriterijai: publikacija anglų kalba, ne senesnė nei 12 metų, prieinamas visas tekstas, aprašomas diagnozuotas OKS, sergantieji vyresni nei 18 metų.

#### **Tyrimo rezultatai**

Taikant teorinės analizės metodus, buvo surastos 557 publikacijos, atitinkančios įtraukimo kriterijus. 237 publikacijos buvo atmestos, nes neatitiko įtraukimo kriterijų (straipsniai ne anglų kalba buvo senesni nei 12 metų).

**Obsesinis-kompulsinis sutrikimas: apibrėžtis ir klinikiniai bruožai.** OKS yra itin aktualus ir svarbus psichikos sutrikimas dėl didelio paplitimo ir su juo susijusios negalios, nedarbingumo masto. Šiam sutrikimui būdingas obsesijų ir (arba) kompulsijų buvimas. Obsesijos yra nuolat pasikartojančios įkyrios neramos mintys, vaizdai, elgsena ar potraukiai, dažniausiai siejami su stipriu nerimu [1]. Kompulsijos yra pasikartojantis, įkyrus, žmogų varginantis, laiko kainuojantis elgesys arba obsesijų sukelti veiksmai, kuriuos asmuo turi atlikti reaguodamas į obsesijas, kad atsikratytų nerimo. Sunku nustatyti ar detalai apibūdinti obsesijas vaikams, tačiau dauguma suaugusiųjų gali atpažinti ir obsesijas,

ir kompulsijas [2]. Kognityvinės elgesio terapijos teorijos jau seniai pabrėžė, kad obsesijos (atsirandančios dėl nerimo) dažnai dar labiau didina nerimą ar diskomforto jausmą, o kompulsijos yra atsakas į obsesijas. Kai kurių tyrėjų nuomone, kompulsyvus elgesys yra pirminis OKS pasireiškimas, o obsesijos atsiranda kaip vėlesnis tokio elgesio rezultatas, nors šiai teorijai pagrįsti reikia tolesnių, platesnių tyrimų [3].

Sergančiųjų OKS obsesijos ir kompulsijos dažniausiai apima susirūpinimą dėl nešvarumo, kontaminacijos jausmo, lydimu nuolatinio, pasikartojančio, nereikalingo rankų ar kitų kūno dalių plovimo ar valymo. Dažnai obsesijos apima susirūpinimą, nuolatinį žalos sau ar kitiems grėsmės jausmą, provokuojantį kompulsijas – įkyrų, pernelyg dažną, daug laiko atimantį kartotinį veiksmų tikrinimą (pvz. nuolatinis tikrinimas ar užrakintos durys, ar užsuktas vandens čiaupas, ar užrakintas automobilis), bandant sumažinti nerimą [4]. Dažnai pacientai skundžiasi nuolatinėmis įkyriomis, agresyviomis mintimis kartu su psichikos būklės ar nerimo išprovokuotais ritualais, kompulsijomis, tokiomis kaip perdėtas daiktų skaičiavimas, nuolatinis noras, kad viskas būtų sudėta eilės tvarka (pvz. pieštukus stalčiuje nori laikyti tik sudėtus pagal dydį ir tik tam tikra tvarka, antraip – prasižada pakartotinės obsesijos bei nerimas). Labai būdingas OKS simptomas – nesugebėjimas išmesti daiktų (kaupimo sutrikimas). Daiktų neišmeta manydami, jog savo veiksmais pridarys žalos ir bus apkaltinti, kai kažkas tų daiktų pasiges. Šie simptomų deriniai yra tyrinėjami, pastebimi visame pasaulyje, o tai rodo, jog OKS yra homogeninis sutrikimas [6]. OKS gali pasireikšti ir įvairiais rečiau paplitusiais simptomais, įskaitant skrupulingumą, įkyrų pavydą net nepažįstamiems žmonėms, ar muzikines obsesijas. Tam tikros obsesijas sukeliančios veiklos vengimas yra dar vienas esminis OKS bruožas, – asmuo gali riboti įvairią veiklą, kad išvengtų įkyrių minčių, kurios provokuos įkyrius veiksmus – kompulsijas [7]. Dauguma pacientų, sergančių OKS, puikiai žino, kad jų kompulsiniai simptomai yra labai varginantys, reikalaujantys daug pastangų ir laiko, todėl dažniausiai sąmoningai ir noriai gydosi, kad galėtų geriau kontroliuoti savo mintis (obsesijas) ir veiksmus (kompulsijas) [2].

**Diagnostika ir gydymas.** Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo 5 leidime DSM-5 (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) ir Tarptautinės ligų klasifikacijos 11 versijoje (TLK-11) OKS diagnostikos kriterijai nurodo, kad OKS būdingas obsesijų ir (arba) kompulsijų buvimas. OKS diagnostikos kriterijai turi ir klinikinės reikšmės diagnostinius kriterijus bei jų skirstymą [4].

**DSM-5 OKS kriterijai, nustatantys Obsesijų, kompulsijų arba abiejų išvardintų požymių buvimą** [5].

*Obsesijos* apibrėžiamos kaip pasikartojančios bei nuolati-

nės mintys, potraukiai ar impulsai, kurie tam tikru sutrikimo metu patiriami kaip įkyrūs ir nepageidaujami, daugeliui žmonių sukeltantys didelį nerimą, kančią bei trukdantys kasdienį gyvenimą. Asmuo bando ignoruoti ar slopinti tokias mintis, potraukius ar vaizdinius arba neutralizuoti jas kokia nors kita mintimi ar veiksmu (t. y. atlikdamas kompulsiją) [8].

*Kompulsijos* apibrėžiamos kaip pasikartojantis elgesys (pvz., nereikalingas rankų plovimas, ar nuolatinis jų tikrinimas) arba kiti veiksmai (pvz., perdėtai melstis, skaičiuoti ar tyliai kartoti žodžius), kuriuos asmuo jaučiasi priverstas atlikti reaguodamas į obsesijas arba elgdamasis pagal savo susikurtas taisykles, kurių, paciento nuomone, reikia griežtai laikytis. Toks elgesys, veiksmai skirti išvengti nerimo, kančių arba juos sumažinti, užkirsti kelią numanomam, įsivaizduojamam, baugiam įvykiui ar situacijai. Vis dėlto šis elgesys (kompulsijos) nėra realiai susijęs su tuo, ką jis turėtų neutralizuoti ar kam užkirsti kelią, todėl yra aiškiai perteklinis.

Obsesijos ar kompulsijos trunka nemažai laiko (pvz., > 1 val. per dieną) arba sukelia kliniškai reikšmingus sutrikimus socialinėje, profesinėje ar kitose svarbiose veiklos srityse.

Obsesiniai-kompulsiniai simptomai nėra siejami su psichoaktyviosios medžiagos (pvz., narkotikų ar vaistų) poveikiu ar gretutinėmis ligomis.

OKS simptomai neatitinka kitų ligų simptomų (pvz., per didelis, nuolatinis nerimas, kaip sergant generalizuotu nerimo sutrikimu; susirūpinimas išvaizda, kaip dėl kūno dismorfinio sutrikimo; sunkumai išmesti daiktus ar nuo jų atsiskirti, kaip esant kaupimo sutrikimui; plaukų traukimo simptomai, kaip sergant trichotilomanija (įkyrus noras rautis plaukus); pakitę valgymo įpročiai (valgoma nesaikingai arba per mažai), kaip esant valgymo sutrikimui; priklausomybė psichotropinėms medžiagoms ar azartiniais lošimams, kaip esant šių priklausomybių; obsesyvios mintys, jog žmogus kažkuo serga, pavyzdžiui, sergant nerimo sutrikimu, hipochondrinio, Miunhauzeno sutrikimais; perdėtas seksualinis potraukis ar fantazijos, pvz., kaip esant parafilinių sutrikimų; neadekvatus, impulsyvus elgesys, kaip esant impulsų kontrolės ir elgesio sutrikimui; kaltės jausmas, slogi nuotaika, blankios emocijos, suicidinės mintys, kaip esant stipriam depresiniam sutrikimui [5].

Obsesijos ir kompulsijos paprastai būna vyraujantis simptomas, o bet kurie kiti simptomai gali kisti, varijuoti. Tyrimai, kuriuose vertinamas simptomų pasireiškimas skirtingų lyčių asmenims, nenurodė reikšmingų rezultatų [9].

OKS reikia diferencijuoti nuo normalios sveikatos būklės ir daugelio kitų psichikos sutrikimų. Paprastai atliekamas bendras psichiatrinis vertinimas, išsamiai apklausiant pacientą. Įkyrios mintys ir pasikartojantis elgesys yra dažni bendrojoje populiacijoje (pvz., mintys kenkti sau ar kitiems ir dar kartą patikrinti užraktus), tačiau OKS diagnozė nu-

statoma tik tuo atveju, jei šios mintys ir elgesys užima daug laiko (pvz., > nei 1 val. per dieną), sukelia didelį diskomfortą kasdienybėje ar trukdo normaliam funkcionavimui (darbingumui, mokslinei veiklai, socialinėje aplinkoje). Pasikartojančių obsesijų ir kompulsijų pasitaiko esant įvairių psichikos sutrikimų (tokių kaip kūno dismorfinis sutrikimas, kaupimo sutrikimas) ar valgymo sutrikimams (pvz., nervinė anoreksija). Visų šių diferencijuojamų patologijų obsesijos, kompulsijos bei kiti sutrikimai yra kitokio pobūdžio, nei sergant OKS [2,10].

OKS gali būti gydomas taikant farmakoterapiją, specializuotą psichoterapiją, anatomiškai tikslingus taikinius, veikiančius gydymo būdus arba jų derinius. Pirmos eilės gydymas apima kognityvinę-elgesio terapiją ir farmakoterapiją su selektyviais serotonino reabsorbcijos inhibitoriais (SSRI), tačiau net ir taikant optimalų gydymą, daugelis pacientų ir toliau jaučia reikšmingus simptomus. Vidutinio sunkumo ar sunkaus OKS remisija yra nedažna, todėl dažnai būtinas ilgalaikis gydymas. Dabartinis klinikinis poreikis – naujų, veiksmingesnių gydymo priemonių kūrimas [17]. SSRI yra pagrindinis OKS gydymo farmakologinis pagrindas. Devintojo dešimtmečio pradžioje buvo įrodyta, kad triciklis antidepresantas klomipraminas buvo itin naudingas, tačiau jo šalutinis poveikis riboja naudojimą kaip pirmos eilės pasirinkimo medikamentą. W. Goodman ir jo kolegos 1989 m. pirmą kartą nustatė, kad fluvoksaminas naudingas asmenims, sergantiems OKS. Nuo tada daugiau nei 20 patikimų tyrimų patvirtino SSRI monoterapijos veiksmingumą, gydant OKS [18].

Dėl įrodyto veiksmingumo ir paprastai nestipraus gerbinio šalutinio poveikio santykio, SSRI yra pirmos eilės farmakologinis pasirinkimas, gydant OKS [17].

Gydant OKS, SSRI grupės vaistai veiksmingesni, kai vartojami didelėmis dozėmis, viršijančiomis įprastą tiekėjų nustatytą dozių diapazoną (įprastai gaunamas sunkaus depresinio sutrikimo tyrimuose). Pavyzdžiui, dažnai reikia iki 80 mg fluoksetino, 40 mg escitalopramo, 300 mg fluvoksamino ir 100 mg paroksetino, kartais ir didesnių dozių, kurių naudą aiškiai parodė daugelio tyrimų metaanalizės [19]. Tai prieštarauja tų pačių preparatų naudojimui gydant sunkią depresiją, kai buvo įrodyta, kad didesnės dozės sukelia sunkesnę šalutinį poveikį, nesant didesnės naudos. OKS simptomai paprastai trunka ilgiau, nei depresinė simptomatika iki teigiamo klinikinio atsako į SSRI monoterapiją gydymą: tyrimai nustatė, jog šis laiko tarpas yra nuo 8 iki 12 savaičių. Šio skirtumo tarp OKS ir depresijos klinikinio atsako į gydymą SSRI priežastys lieka neaiškios [17]. Nors psichiatrai plačiai pripažįsta šią OKS gydymo metodiką – didesnę SSRI dozę ir ilgesnį gydymą jais, kiekvieno paciento atvejis yra skirtingas ir atsakas į gydymą bei jo trukmė gali varijuoti [19]. Laikas iki klinikinio atsako ne visiems pacien-

tams vienodas, nes kiekvieną vaistas paveikia per skirtingą laiko tarpą (8-12 savaitių). Kai kurių pacientų subjektyvus pagerėjimas pasireiškia daug greičiau. Neseniai atlikta meta-analizė, nagrinėjanti simptomų pagerėjimo trajektoriją, o ne galutinį atsako dažnį rodo, kad gydymo naudą galima išvelgti pirmosiomis gydymo savaitėmis, nors daugeliu atvejų gali prireikti dar kelių savaitių, kol jis taps kliniškai (ir statistiškai) reikšmingas. Nors teiginys, kad OKS atsakas į gydymą SSRI grupės vaistais bus lėtesnis, nei sergantiems depresija, yra teisingas, negalima teigti, kad jis toks bus visiems be išimties [20]. Antipsichozinių vaistų vartojimas neturėtų būti svarstomas tol, kol nebuvo bandoma atlikti dviejų tinkamos dozės ir trukmės SSRI gydymo kursų, nes SSRI šalutinis poveikis yra gerybinis ir tikėtina, kad bus atsakas į tęsiamą gydymą arba vaisto pakeitimą. Jeigu reikšmingi simptomai išlieka po dviejų gydymo kursų SSRI, reikėtų įterpti mažą antipsichozinio vaisto dozę augmentacijai [17].

Neįrodyta, kad monoterapija su kitais vaistais, išskyrus SSRI grupių, būtų naudinga gydyti OKS. Kai SSRI monoterapija nepadeda, dažnai taikomas farmakologinis papildymas, augmentacija kitais vaistais. Yra aiškių įrodymų, kad prie gerai veikiančių SSRI pridėjus mažų dozių neuroleptikų, antipsichotikų. Nors taikant geriausias įrodymais pagrįstus gydymo būdus iki 30 proc. pacientų nerodo pakankamo klinikinio efekto, gydytojai praktikoje dažnai turi atsižvelgti į šias mažiau nusistovėjusias gydymo strategijas [21].

SSRI farmakoterapija ir kognityvinė-elgesio psichoterapija laikomos pirmos eilės OKS gydymo priemonėmis. Nustatyta, kad jų derinys veiksmingesnis, nei gydymas jais atskirai, tačiau kruopštūs tyrimai rodo, kad taip gali būti ne visada [22].

### Išvados

1. OKS yra psichikos sutrikimas, susijęs su specifinių varginančių simptomų rinkiniu, apimančiu pasikartojančias įkyrias mintis (obsesijas) ir daug laiko reikalaujančius ritualus, nuolat kartojamus nereikalingus veiksmus (kompulsijas).

2. Diagnozė nustatoma remiantis tiek DSM-5, tiek TLK-11 OKS diagnostikos kriterijais, kurie pabrėžia, kad OKS būdingas obsesijų ir (arba) kompulsijų buvimas.

3. SSRI grupės vaistai kartu su elgesio – kognityvine psichoterapija yra pagrindiniai obsesinio-kompulsinio gydymo metodai.

4. Taikant įprastinius farmakoterapijos ir (arba) psichoterapijos metodus, daugeliu atvejų jaučiamas teigiamas klinikinis efektas, tačiau dažnai ir toliau pasireiškia reikšmingi simptomai, mažinantys produktyvumą ir gyvenimo kokybę. Maždaug ketvirtadalis pacientų jokio teigiamo klinikinio poveikio neparo.

### Literatūra

1. Del Casale A, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, Rapinesi C, Sani G, Girardi P, Kotzalidis GD, Pompili M. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol* 2019;17(8):710-736.  
<https://doi.org/10.2174/1570159X16666180813155017>
2. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, van den Heuvel OA, Simpson HB. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5(1):52.  
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
3. Robbins TW, Vaghi MM, Banca P. Obsessive-compulsive disorder: puzzles and prospects. *Neuron* 2019;102:27-47.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.01.046>
4. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE, Matsunaga H, Reddy YCJ, Simpson HB, Thomsen PH, van den Heuvel OA, Veale D, Woods DW, Reed GM. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord* 2016;190:663-674.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.061>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Press 2013.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. Taylor S, McKay D, Miguel EC, De Mathis MA, Andrade C, Ahuja N, Sookman D, Kwon JS, Huh MJ, Riemann BC, Cottraux J, O'Connor K, Hale LR, Abramowitz JS, Fontenelle LF, Storch EA. Musical obsessions: a comprehensive review of neglected clinical phenomena. *J Anxiety Disord* 2014;28:580-589.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.003>
7. Greenberg D, Huppert JD. Scrupulosity: a unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12:282-289.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-010-0127-5>
8. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, Miguel EC, Rauch SL, Goodman WK, Phillips KA, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety* 2010;27: 507-527.  
<https://doi.org/10.1002/da.20669>
9. Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC, Torres AR. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2013;209:186-195.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.006>
10. Rapp AM, Bergman RL, Piacentini J, McGuire JF. Evidence-based assessment of obsessive-compulsive disorder. *J Cent Nerv Syst Dis* 2016;8:13-29.  
<https://doi.org/10.4137/JCNSD.S38359>
11. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010;15(1):53-63.  
<https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>



12. Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJ, Smit JH, Schruers K, van der Wee NJ, Eikelenboom M, De Luca V, van Oppen P. Age of onset in obsessive-compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychol Med* 2014;44(1):185-194. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000470>
13. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-compulsive disorder: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA* 2017;317(13):1358-1367. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.2200>
14. Glazier K, Calixte RM, Rothschild R, Pinto A. High rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. *Ann Clin Psychiatry* 2013;25(3):201-209.
15. Dell'Osso B, Camuri G, Benatti B, Buoli M, Altamura AC. Differences in latency to first pharmacological treatment (duration of untreated illness) in anxiety disorders: a study on patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Early Interv Psychiatry* 2013;7(4):374-380. <https://doi.org/10.1111/eip.12016>
16. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, Welton NJ, Baxter H, Kessler D, Churchill R, Lewis G. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3(8):730-739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)
17. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2014;37(3):375-91. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>
18. Soomro GM. Obsessive compulsive disorder. *Clin Evid (Online)* 2012;2012.
19. Bloch MH, McGuire J, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF, Pittenger C. Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2010;15(8):850-855. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.50>
20. Issari Y, Jakubovski E, Bartley CA, Pittenger C, Bloch MH. Early onset of response with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2016;77(5):e605-11. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09758>
21. Dold M, Aigner M, Lanzenberger R, Kasper S. Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 2013;16(3):557-574. <https://doi.org/10.1017/S1461145712000740>
22. Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, et al. Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70(11):1190-1199. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1932>

## **OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: DEFINITION, CLINICAL FEATURES, DIAGNOSTICS AND TREATMENT**

**V. Zajankauskas, A. Musneckis**

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder, clinical features, diagnosis, treatment, obsessions, compulsions, psychotherapy.

### Summary

**Introduction.** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a mental disorder associated with a set of specific distressing symptoms that include repetitive, intrusive thoughts (obsessions) and distressing, time-consuming rituals, repetitive, unnecessary actions (compulsions). Most people have had or have obsessive thoughts or overwhelming behavioral urges. When these tendencies, in the form of obsessions and compulsions, become too strong and interfere with quality of life, a person may be diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD), which is extremely common in the general population (2.5-3%) and is one of the main health-economic burdens on society. OCD can be a severe and disabling disorder that manifests itself in a variety of ways, including obsessive re-checking of actions (such as constantly checking whether the door is really locked), excessive hand washing, and is associated with excessive anxiety and fear of contamination. It seriously affected many famous individuals, including Martin Luther, Samuel Johnson and Hans Christian Andersen. This literature review considers the current knowledge of the causes and mechanisms of OCD, as well as the assessment, diagnosis, clinical presentation and treatment of this disorder. The review will review treatments recommended by recent studies, including cognitive behavioral therapy, serotonin reuptake inhibitors/selective inhibitors. Finally, innovations in the field of OCD diagnostics and future research directions will be discussed.

**Aim.** To select and analyse expert recommendations for diagnostics and treatment of obsessive-compulsive disorder.

**Material and methods.** Scientific sources were searched, reviewed and analyzed. Publications were searched in English language in the international medical database PubMed. The search was performed using the following keywords and their combinations: "obsessive-compulsive disorder", "clinical features", "diagnostics", "treatment", "obsessions", "compulsions", "psychotherapy".

**Results.** Using theoretical analysis methods, 120 publications meeting the inclusion criteria were found. A further 72 publications were rejected because they did not meet the inclusion criteria.

**Conclusions.** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a mental disorder associated with a set of specific distressing symptoms that include repetitive, intrusive thoughts (obsessions) and distressing, time-consuming rituals, repetitive, unnecessary actions (compulsions).

Diagnosis is based on both DSM-5 and ICD-11 diagnostic criteria for OCD, which emphasize that OCD must be characterized by the presence of obsessions and/or compulsions

SSRI drugs together with behavioral-cognitive psychotherapy are the main methods of obsessive-compulsive treatment.

Correspondence to: vainius.zajankauskas@stud.lsmu.lt