

הפרעה טורדנית-כפייתית בילדים ובמתבגרים

Pedro Gomes de Alvarenga, Rosana Savio Mastrorosa & Maria
Conceição do Rosário

מהדורה בעברית

תרגום: חן אבני ומריאלה מושבה

עריכה: פז תורן



Pedro Gomes de Alvarenga
MD

Psychiatrist, Department
and Institute of Psychiatry,
University of São Paulo Medical
School, São Paulo, Brazil.

Conflict of interest: none
disclosed

Rosana Savio Mastrorosa
BA

Clinical Psychologist, Child
and Adolescent Psychiatry
Unit (UPIA), Department of
Psychiatry, Federal University
of São Paulo, São Paulo, Brazil

Conflict of interest: none
disclosed

Maria Conceição do Rosário
MD, PhD

Child and Adolescent
Psychiatrist; Associate
Professor at the Child and
Adolescent Psychiatry unit
(UPIA), Department of
Psychiatry, Federal University
of São Paulo, São Paulo, Brazil

Conflict of interest: speaker for
Novartis, Lilly and Shire

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

© IACAPAP 2012. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. Suggested citation: Alvarenga PG, Mastrorosa RS, Rosário MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (Edition in Hebrew: Toren P (ed), Translation: Avni C & Moshava M) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2018.

הפרעה טורדנית-כפייתית (Obsessive Compulsive Disorder - OCD) היא הפרעה נוירופסיכיאטרית שכיחה המאופיינת על ידי קיומן של מחשבות טורדניות ו/או התנהגויות כפייתיות אשר גוזלות זמן רב וגורמות למצוקה או הפרעה בחייו של המטופל (American Psychiatric Association, 2000). OCD פוגעת בכל קבוצות הגילאים, ללא קשר לגזע, מצב סוציו-אקונומי או דת. יתרה מכך, הוערך כי עלותה של OCD היא כ-8 מיליארד דולרים בשנה בארה"ב (Hollander et al, 1998). למרות שההפרעה נפוצה וגורמת לקשיים תפקודיים ישנם מחקרים המראים כי כ-60% ממטופלי OCD מחכים זמן רב עד שפונים לטיפול או שאינם מקבלים טיפול עקב חוסר במטפלים המאומנים בזיהוי OCD (Dell'Oso et al, 2007).

הפרעה טורדנית-כפייתית של גיל הילדות דומה ל-OCD במבוגרים אך לעיתים קרובות יש לה התבטאות קלינית ייחודית. מחקרים מהעת האחרונה תומכים ברעיון ש-OCD היא הטרוגנית מבחינת קלינית ואטיולוגית ושיתכן כי OCD עם התחלה מוקדמת (early-onset) מייצגת תת-קבוצה ייחודית (Miguel et al, 2005; Leckman et al, 2009). יתרה מכך, ב-50% עד 80% ממקרי OCD התסמינים מופיעים לפני גיל 18, מה שמדגיש את החשיבות של הסתכלות על OCD כמחלה התפתחותית (Kessler et al, 2005). מטרת פרק זה היא להציג את הנושאים הרלוונטיים להערכה וטיפול בילדים ומתבגרים עם OCD.



ז'אן דומיניק אסקירול, פסיכיאטר צרפתי, היה הראשון לתאר ב-1838 הפרעה רפואית הדומה מאוד בתיאורה ל-OCD בן ימינו

רקע היסטורי

תסמינים טורדניים-כפייתיים זהו החל מהמאה ה-17. בעת ההיא, טורדניות וכפייתיות היו מתוארים כהתבטאותה של מלנכוליה דתית והסובלים נחשבו כאחוזי דיבוק על ידי כוחות חיצוניים. רק באמצע המאה ה-19, OCD התקבלה כנושא השייך לתחום המדע. בשנת 1838, פסיכיאטר צרפתי בשם ז'אן דומיניק אסקירול, היה הראשון שתיאר הפרעה הדומה בתסמיניה להפרעת כפייתית טורדנית כפי שאנחנו מכירים אותה כיום וסיווג אותה כ-"מונומאניה" (מעין מחשבת שווא חלקית). עד סוף המאה ה-19, OCD סווגה כנוירואסטיניה. בתחילת המאה ה-20, זיגמונד פרויד ופייר ג'אנט, פסיכולוג צרפתי, הפרידו את ה-OCD מנוירואסטיניה. ב-1903 פייר ג'אנט הציע שמטופלים טורדניים היו בעלי אישיות אבנורמלית (אשר לה קרא "פסיכאסטיניה"), עם מאפיינים כגון חרדה, דאגנות והטלת ספק מוגזמים, ותיאר טיפול מוצלח להתנהגות כפייתית עם טקסים באמצעות טכניקה הדומה לזו שבשימוש היום בטיפול התנהגותי. ג'אנט תיאר מקרה של ילד בן 5 "פסיכאסטיני" עם מחשבות חודרניות וחוזרניות. מקרה זה נחשב לתיאור הקליני הראשון של OCD של גיל הילדות (לסקירה, ראה (Alvarenga et al, 2007).

השפעותיה של הפרעה טורדנית כפייתית

- OCD היא מחלה נוירופסיכיאטרית נפוצה
- גורמת לסבל וקשיים תפקודיים משמעותיים
- עלותה כ-8 מיליארד דולרים בשנה בארה"ב
- ב-50% עד 80% מופיעה לפני גיל 18
- כמעט 60% מהמטופלים יישארו סימפטומטיים.

כיום, גם ה-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association, 2000) וגם ה-International Classification of Diseases (ICD; World Health Organization, 1992) משתמשים באותם קריטריונים לאבחון בילדים, מתבגרים ומבוגרים, למעט הקריטריון הנוגע ל"תובנה" אשר אינו נדרש בילדים. כרגע סיווגים אלה נבדקים מחדש.

אפידמיולוגיה

הפרעה טורדנית-כפייתית היא אחת ההפרעות הנירו-פסיכיאטריות הנפוצות ביותר עם הימצאות של 1% עד 3% לאורך החיים. התסמינים מופיעים לפני גיל ההתבגרות בכשליש עד חצי מהלוקים בהפרעה (Kessler et al, 2005). לדוגמה, מחקר אשר כלל 330 מבוגרים הסובלים מ-OCD מצא שב-49% מהמקרים התסמינים הראשונים הופיעו לפני גיל 11, וב-23% התסמינים הראשונים הופיעו בגילאים 11-18 שנים (de Mathis et al, 2009). הפרעה טורדנית-כפייתית בקרב ילדים ונוער נחשבה כנדירה עד לפרסום מאמר בשנת 1988 אשר הדגים הימצאות שנתית של 0.7% בארצות הברית (Flament et al, 1988). מחקר עכשווי יותר, סקר את בריאותם הנפשית של ילדים בבריטניה והצביע על הימצאות נקודתית של 0.25% בקרב ילדים ונוער בני 5-15 שנים. באופן מפתיע, ברוב המקרים הלוקים בהפרעה לא פנו לטיפול - בדומה לתוצאות של מדגמים אפידמיולוגיים אשר נערכו בקרב מבוגרים (Heyman et al, 2003).

להיארעות של OCD יש התפלגות דו-שיאית עם הבדלים בין המינים. השיא הראשון הוא בילדות, עם תסמינים המופיעים לרוב בין גילאי 7 עד 12, בעיקר בזכרים. השיא השני מתרחש בבגרות המוקדמת, בממוצע בגיל 21 ועם רוב קטן של נקבות (Geller et al, 1998).

מאפיינים קליניים

הפרעה טורדנית-כפייתית מאופיינת על ידי קיומן של מחשבות טורדניות ו/או התנהגויות כפייתיות הגוזלות זמן רב (לפחות שעה ביום), גורמות למצוקה סובייקטיבית או הפרעה בחייו של המטופל או של משפחתו. מחשבות טורדניות הן פולשניות, רעיונות לא רצויים, תמונות, פחדים, מחשבות או דאגות שאינן נעימות, אינן נוחות, גורמות למצוקה או לחרדה. התנהגויות כפייתיות הן התנהגויות חוזרניות או פעילויות מחשבתיות שמבוצעות כדי להתעלם, להפחית או להפסיק חרדה או



הדון של אוקספורד, רוברט ברטון, דיווח על מקרה באוסף כתביו "האנטומיה של המלנכוליה" מ-1621 "הוא היה שקט כאילו היה בשעת דרשה דתית, הוא פחד לדבר בקול רם למקרה שיאמר בטעות משהו לא הגון שלא ראוי להאמר".

מצוקה הנגרמת בגלל מחשבות טורדניות. התנהגויות כפייתיות לרוב מבוצעות בהתאם לחוקים שהמטופל חש שעליו לקיים (American Psychiatric Association, 2000). תסמינים טורדניים-כפייתיים משתנים בצורה ניכרת לא רק ממטופל למטופל אלא גם אצל אותו מטופל לאורך זמן. למרות שונות זו, חלק מהתסמינים נפוצים יותר מאחרים כמתואר בטבלה F.3.1.

למרות שישנו הרבה דמיון בין המופע הקליני לאורך החיים, ילדים ומתבגרים עם OCD הם בעלי מספר מאפיינים ייחודיים. למשל, ככל שהמטופל צעיר יותר כך גדול יותר הסיכוי שיסבול מהתנהגות כפייתית ללא מחשבות טורדניות (Rosario-Campos et al, 2001). ילדים גם יתייחסו בסבירות נמוכה יותר אל התסמינים כאגו-דיסטונים, מה שמקטין את הנכונות שלהם להילחם בדחף לבצע התנהגות כפייתית. משכך, ה-DSM-IV אינו דורש מילדים להיות בעלי תובנה על מנת לקבל אבחנה של OCD. ילדים יכולים גם לסבול מהתנהגות כפייתית דמוית-טיקים, אשר עלולה להיות מבולבלת עם טיקים מורכבים, בעיקר אם ההתנהגות הכפייתית מסתכמת בטקסים פשוטים של נגיעה (Rosario-Campos et al, 2005). במקרים אלה, ההתנהגות כפייתית יכולה להקדים או להתלוות לא רק לחשיבה טורדנית אלא גם לסוגים שונים של תופעה חושית.

תופעה חושית (sensory phenomenon) מוגדרת כרגשות, דחפים, תפישות לא נעימות או מטרידות אשר קודמות או מתלוות להתנהגויות חוזרניות כגון התנהגויות כפייתיות או טיקים. מטופלים עם OCD יכולים להרגיש שהם מוכרחים לחזור על התנהגויות כפייתיות עד שיחושו תחושה של הקלה מתחושות לא נעימות אלה. ניתן לחלק את התופעה החושית לגופנית ומחשבתית. לדוגמה תחושות בעור, תפישות שמשהו "בדיוק נכון", תחושה של אי שלמות (Rosario et al, 2008; 2009). אנשים יכולים "להרגיש" תחושה של שמנוניות על הידיים ולשטוף אותן שוב ושוב מסיבה זו. ישנם אנשים שמרגישים "אי נוחות" עם הדרך בה חפצים מסודרים על מדף ועלולים להרגיש דחף לסדר אותם פעמים רבות עד שיראו "בדיוק נכון". הערכות על הימצאותה וחומרתה של תופעה חושית היא משמעותית בגלל שכמה מחקרים דיווחו שמטופלים עם התחלה מוקדמת של OCD והפרעת טיקים נלווית סובלים יותר מתופעה חושית וחלקם מדווחים שתופעה חושית זו גורמת אפילו ליותר מצוקה מההתנהגות הכפייתית.

גיל הופעת התסמינים

עד כה, אין תמימות דעים בנוגע לדרך הטובה ביותר להגדיר את גיל תחילת ההפרעה. חלק מהחוקרים מגדירים אותו כגיל בו הופיעו התסמינים (Rosario-Campos et al, 2001) בעוד אחרים מגדירים זאת כגיל בו התחילו התסמינים להפריע לתפקוד (Tükel et al, 2005). בנוסף, אין הסכמה בנוגע לגיל החתך המיטבי להגדרת תת-הסוג עם התחלה מוקדמת. לתת הסוג עם התחלה מוקדמת הוצעו גילאים 10, 14 או 18 כגיל חתך (Rosario-Campos et al, 2001). מחקר שבדק תחלואה נלווית ב-330 מטופלי OCD שפך אור על שאלה זו. החוקרים דיווחו שהכללת הגיל שבו הופיעו התסמינים כמשתנה רציף לתוך ניתוח הנתונים סיפק את המידע הרב ביותר ושגילאי 10 וגיל 17 מהווים גילאי חתך נאותים לתת הסוג עם התחלה מוקדמת וגם המופיע בגיל מאוחר, בהתאמה (de Mathis et al, 2008).

גיל הופעת התסמינים הוא חשוב כי יש ראיות המעידות שגיל מוקדם של הופעת תסמינים מייצג תת-סוג נפרד של OCD. מחקרים קודמים הראו שמבוגרים שדיווחו על הופעת תסמינים בגיל מוקדם הראו חומרה גבוהה יותר והתמדה של התסמינים ויתכן שיגיבו פחות טוב לטיפול. יתרה מכך, התחלה מוקדמת הייתה מקושרת עם פחות מחשבות טורדניות, יותר התנהגויות כפייתיות דמויות-טיקים, יותר תופעות חושיות, ושכיחות גבוהה יותר של תחלואה נלווית כגון הפרעת טיקים (Rosario-Campos et al, 2001; de Mathis et al, 2009).

גישה ממדית לסימפטומים טורדניים-כפייתיים

למרות שתת-חלוקה של מטופלים לפי גיל הופעת התסמינים הוכח כיעיל לזיהוי תת-קבוצות יותר הומוגניות, גישה רב מימדית הוכחה כבעלת ערך אף גדול יותר. מחקרי ניתוח גורמים צמצמו את התסמינים של הפרעה טורדנית כפייתית למספר מועט של ממדים עקביים בעלי חשיבות קלינית: זיהום/ניקיון, טורדניות/בדיקות, סימטריה/סידור ואגירה (Mataix-Cols et al, 2005).

מימדי התסמינים הללו, שהם דומים בכל קבוצות הגיל (Bloch et al, 2008), ניתנים להבנה כמאפיינים קליניים אשר הם המשכיים עם דאגות "נורמליות" של גיל הילדות (Leckman et al, 2009). מימדים אלה יציבים בזמן ונמצאים במתאם עם משתנים גנטיים, נוירו-הדמייתיים ותגובה לטיפול (Mataix-Cols et al, 2005).

לדוגמה, מספר מחקרים הראו כי מטופלי OCD עם התחלה מוקדמת הראו רמת חומרה גבוהה יותר במימדים הבאים: מחשבות טורדניות אגרסיביות עם התנהגויות כפייתיות הקשורות אליהן, מחשבות טורדניות מיניות ודתיות עם התנהגויות כפייתיות הקשורות אליהן ומחשבות טורדניות והתנהגויות כפייתיות של סימטריה, סדר ואירגון (Rosario-Campos et al, 2005; Leckman et al, 2009).

תחלואה נלווית

בדומה למבוגרים הלוקים ב-OCD, 60% עד 80% מהילדים והמתבגרים הסובלים מההפרעה סובלים מלפחות הפרעה פסיכיאטרית אחת נוספת. בין הנפוצות ביותר הן הפרעות טיקים, הפרעות קשב וריכוז עם היפראקטיביות (ADHD), הפרעות חרדה, הפרעות מצב רוח והפרעות אכילה (Geller, 2006).

הקשר בין OCD לבין הפרעות טיקים הוא הבולט ביותר. ילדים עם OCD מדווחים כבעלי שיעורי טיקים הנעים בין 20% ל-59%, בהשוואה ל-9% ו-6% במתבגרים ומבוגרים בהתאמה. בדומה לכך, 48% מהמטופלים המבוגרים הלוקים ב-OCD עם התחלה מוקדמת סובלים מטיקים או תסמונת טורט, בהשוואה ל-10% מאלו עם הופעה מאוחרת של הפרעה (Rosario-Campos et al, 2001). ההשלכות של קשר זה הובילו לתיאור תת-קבוצה המכונה "OCD קשור-טיקים" (Tic related OCD), המתאפיינת על ידי שיעור גבוה יותר של OCD תת-קליני וטיקים בקרובי משפחה מדרגה ראשונה של מטופלי OCD, שכיחות גבוהה יותר אצל זכרים, גיל התחלה מוקדם יותר והבדלים בתגובה לטיפול (Rosario et al, 2008).

יתרה מכך, ישנה קבוצה של הפרעות שנראה כי מייצגת רצף קליני (כלומר, מחשבות חוזרניות, חרדה והתנהגויות חוזרניות) ושחולקת מנגנונים גנטיים ופתו-פיזיולוגיים עם OCD. הפרעות אלה נקראות הפרעות של הרצף הטורדני-כפייתי וכוללות את OCD, הפרעת גוף דיסמורפית, הפרעות טיקים, טריכוטילומניה, והפרעות של שליטה על דחפים (Bienvenu et al, 2012).

מהלך קליני ותוצאים

המהלך הקליני של ההפרעה הוא הטרוגני. התסמינים יכולים להופיע בצורה פתאומית או מזדחלת, והתכנים משתנים משמעותית ממטופל למטופל. נפוץ שהתסמינים ישתנו עם הזמן, למרות שלעיתים קרובות הם שומרים על עקביות בתוכן (Miguel et al, 2005).

בדומה למתרחש אצל מבוגרים, יתכן כי זמן רב יחלוף עד קבלת האבחנה ותחילת הטיפול. מחקרים הראו כי בארה"ב חולפות בממוצע שנתיים וחצי ממועד הופעת התסמינים ועד קבלת האבחנה (Geller et al, 2006) והזמן אף ארוך יותר בגרמניה (Walitza et al, 2011). אחת הסיבות לעיכוב זה היא חשאינות. לעיתים קרובות מטופלים מרגישים בושה או אשמה על התסמינים וההתנהגויות שלהם ומסתירים אותם עד שהם גורמים לפגיעה תפקודית בחיי היומיום שלהם. מקרים קלים עד בינוניים יכולים להיות מאובחנים רק דרך סימנים עקיפים כמו התארכות משך הזמן הנדרש למילוי משימה בבית הספר, התבודדות, או עור סדוק בצורה חמורה כתוצאה מהתנהגות כפייתית של שטיפת ידיים (Rosario et al, 2008). במקרים אחרים, תסמינים יכולים להדמות להתנהגויות רגילות של הילדות. למעשה, חלק מההתנהגויות החוזרניות יכולות להיחשב נורמליות בשלבים התפתחותיים מסוימים. ילדים קטנים משתתפים בצורה תדירה בפעילויות טקסיות, חוזרניות ופעילויות דמויות כפייתיות שנראות כחלק מטווח ההתנהגות הנורמלי שלהם. לעיתים קרובות יש להם שגרה נוקשית סביב שעת ההשכבה לשינה, בזמן ארוחות ובבית הספר. היבטים שונים של התנהגויות טקסיות ודמויות כפייתיות של ילדים קושרו עם פחדי ילדות ופוביות. לפיכך, ניתן לראות ב-OCD כמצב פתולוגי אשר נמצא על הרצף של התנהגות נורמלית בשלבי התפתחות שונים (Evans et al, 2002).

מחקר אורך בן תשע שנים העריך 145 ילדים ומתבגרים הלוקים ב-OCD וגילה כי האבחנות הנפוצות ביותר בעת מעקב היו הפרעת חרדה כללית (25%), הפרעות דיכאון (16%) והפרעות טיקים (16%). כשני שלישי העריכו כי השתפרו מאוד מבחינת OCD. כמעט חצי (49%) מהמשתתפים דיווחו שהם זקוקים לטיפול נוסף. המנבא המשמעותי ביותר להמשכות ההפרעה בעת מעקב במדגם זה היה משך המחלה. חומרה בעת תחילת המעקב לא ניבאה את המשכיותה. הפגיעה בתפקוד ובאיכות החיים הייתה קלה עד בינונית (Micali et al, 2010). ממצאים אלה מרמזים ש-OCD עם התחלה מוקדמת היא הפרעה כרונית עם הפוגות והשנויות ויש לכך השלכות ארוכות טווח על הטיפול. מחקרים אחרים הראו כי בחלק מהילדים ההפרעה הופכת תת-קלינית עם הזמן (Stewart et al, 2004) ושילדים יש תוצאים טובים מאוד כאשר הם מקבלים טיפול מוקדם (AACAP, 2012).

| טבלה F.3.1 מחשבות טורדניות והתנהגותיות כפייתיות שכיחות | |
|---|--|
| התנהגות כפייתית או טקסים | מחשבות טורדניות |
| <p>בדיקות או הימנעויות עקב מחשבות טורדניות על פגיעה, אלימות, תוקפנות או אסון טבע:</p> <ul style="list-style-type: none"> • בדיקה חוזרת ונשנית של דלתות, מנעולים, תנורים, חלונות • בדיקה אם הם פגעו בעצמם או באחרים • וידוא ששום דבר רע לא קרה • בדיקה או נקיטת אמצעים אחרים כדי למנוע או להימנע מנזק להם או לאחרים • צורך לחזור על פעילויות שגרתיות כדי למנוע השלכות רעות | <p>פגיעה, אלימות, תוקפנות או אסון טבע:</p> <ul style="list-style-type: none"> • מחשבות חוזרות, מעוררות חרדה או תמונות מנטליות שהם עשויים לפגוע בעצמם או באנשים אחרים (למשל, כאשר באים במגע עם חפצים חדים או נמצאים ליד חלון) • פחד לציית לדחפים תוקפניים • פחד לא לבצע טקסים מסוימים (בדרך כלל בדיקה או הימנעות) וכתוצאה מכך משהו רע עלול לקרות לאנשים יקרים והאחריות הנובעת מכך. |
| <p>בדיקות או הימנעויות עקב מחשבות טורדניות מיניות, דתיות או מוסריות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • הקפדה על כך שהם לא עשו שום דבר רע בעל אופי מיני / דתי • הימנעות מפעולות מסוימות, אנשים, מקומות או חפצים כדי למנוע מחשבות טורדניות או דחפים כפייתיים בעלי אופי מיני או דתי • צורך לחזור על פעילות מסוימות כדי למנוע השלכות רעות • צורך לייצר מחשבות "טובות" כדי לקזז או לעקוף מחשבות "רעות" • ספירה, חזרה על ביטויים או תפילות בלחש | <p>מיניות ודת:</p> <ul style="list-style-type: none"> • מחשבות מיניות, תמונות או דחפים "אסורים" או "לא ראויים" • חשש קיצוני לחטוא או לעשות משהו לא מוסרי, להגיד או לעשות משהו לא מקובל מבחינה דתית |
| <p>חזרה, סדר, ארגון</p> <ul style="list-style-type: none"> • סידור חפצים פעמים רבות עד שהם מיושרים באופן סימטרי או מתאים • ספירה של חפצים כמו אריחי תקרה או רצפה, ספרים בכוננית, מסמרים בקיר, או אפילו גרגרי חול בחוף הים • יישור נייר ועט על שולחן העבודה או ספרים בכוננית • נגיעה או עשיית פעולה בצד ימין, ולאחריו כפייתיות לגעת או לעשות את אותו הדבר בצד שמאל | <p>דאגות או עיסוק יתר או צורך בסימטריה, סדר וארגון:</p> <ul style="list-style-type: none"> • צורך שדברים יהיו סימטריים או מאוזנים • צורך שדברים יהיו מושלמים, מדויקים או "בדיוק נכונים" ("just-right") |
| <p>בדיקות, הימנעויות או חזרות מוגזמות או טקסיות של:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ניקיון או רחיצה של חלקי גוף או חפצים • מקלחות, אמבטיות, ושגרות אחרות במקלחת אשר צריכות להתבצע בסדר מסוים • שימוש מופרז בנייר טואלט • כפייתיות לבצע את כל התהליך מחדש אם הרצף של רחיצה או ניקיון נקטע • הימנעות מנגיעה בחפצים, חיות או בני אדם משום שהם עשויים להיות מלוכלכים או מזוהמים | <p>זיהום; מחשבות טורדניות סביב לחלות במחלה או להיפצע כתוצאה מ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • לכלוך או חיידקים • הפרשות גוף או נוזלים (כגון קיא, שתן, צואה או רוק) • מזהמים סביבתיים (כמו אסבסט, קרינה, או פסולת רעילה) • חרקים או בעלי חיים • חומרים דביקים או שאריות • פריטים של משק בית או חפצים דוממים אחרים |
| <p>אספנות ואגרנות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • מילוי חדרים בעיתונים ישנים, פתקיות, קופסאות שימורים, מגבות נייר, עטיפות או בקבוקים ריקים • איסוף חפצים או אשפה מהרחוב או מפחי אשפה. | <p>אספנות ואגרנות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • פחד להיפטר מחפצים לא חשובים מתוך אמונה שבעתיד יהיה בהם צורך • חוסר יכולת להחליט לזרוק דברים |

הערכה קלינית

בהתחשב במעטה החשאיות סביב תסמיני ה-OCD, חשוב שבני המשפחה ישימו לב לסימנים מוקדמים של הפיכת התנהגויות טקסיות לבעייתיות. טבלה F.3.2 מכילה מספר שאלות שיכולות לעזור בביצוע זיהוי ראשוני של OCD.



[לחצ'י כאן](#) על מנת לצפות
בתיאור כללי של טיפול
קוגניטיבי התנהגותי (CBT).

(06:07)

| טבלה F.3.2 שאלות סקר היכולות לעזור בזיהוי של תסמינים טורדניים כפייתיים | |
|--|---|
| האם ילדך אי פעם הראה: | |
| • | דאגות מלהדבק במחלה לאחר מגע במשהו או דאגות מוגזמת מלכלוך, אשר הובילו לשיטופות ידיים חוזרניות ומרובות? |
| • | עיסוק יתר בסידור או ארגון דברים עד כדי כך שהדבר הפריע עם שגרת חייו או לימודיו? |
| • | צורך שדברים יראו, ירגישו או ישמעו "בדיוק נכון"? |
| • | דאגות יתר, פחדים או חששות עם ממחשבות אגרסיביות, מיניות או דתיות? |
| • | צורך מופרז לאסוף או לאגור חפצים? |

כאשר עולה חשד שמדובר ב-OCD, יש צורך בהערכה קלינית מקיפה – כולל ראיונות עומק עם ההורים, וכאשר ניתן גם עם המורים, על מנת להעריך את המחשבות הטורדניות, ההתנהגויות הכפייתיות והתופעה החושית. בילדים צעירים, תסמינים של הפרעה יכולים להופיע בצורה עדינה ומרומזת במהלך משחק או ציור. חיוני להבדיל בין תסמינים של הפרעה טורדנית-כפייתית לבין התנהגות טקסית רגילה של גיל הילדות והאופיינית לשלבים התפתחותיים, כמו למשל טקסים של זמני ארוחות ושינה. בהיבט הזה, מידע מפורט על מידת המצוקה, הפגיעה התפקודית ומשך הזמן הנגזל על ידי ביצוע הטקסים אמור לספק מספיק נתונים על מנת להחליט האם יש צורך בטיפול. יתרה מכך, זה גם חשוב להעריך את התובנה והתפישה של המשפחה בנוגע לתסמינים, כמו גם את הדרך בה בני המשפחה מתמודדים עם המטופל.

סולמות הערכה הם שימושיים לאיסוף נתונים בנוגע לתסמינים טורדניים-כפייתיים, טיקים, ומאפיינים רלוונטיים אחרים של האבחנה. סולמות הערכה גם משמשים להעריך את חומרת המחלה במצבה הבסיסי ולהעריך את מידת השיפור בצורה יותר אובייקטיבית במהלך מעקב טיפולי. חלק מכלים אלה מצוינים בטבלה F.3.3 והם זמינים לציבור וניתן לבקשם מהמחברים.

| טבלה F.3.3 סולמות מדידה המשמשים באבחון מטופלי OCD | | | | | |
|--|---|--|--|--|-----------------------------|
| CY-BOCS | DYBOCS | YGTSS | USP-SPS | FAS | |
| Scahill et al (1997) | Rosario-Campos et al (2006) | Leckman et al (1989) | Rosario et al (2008) | Calvocoressi et al (1999) | כותבים (שנה) |
| הערכת קיומם וחומרתם של מחשבות טורדניות והתנהגויות כפייתיות | הערכת קיומם וחומרתם של מימדי תסמיני OCD | הערכת קיומם וחומרתם של טיקים | הערכת קיומה וחומרתה של תופעה חושית | הערכת רמת אקומודציה במשפחה | מטרות |
| 15 דקות (לא כולל הזמן הנדרש למעבר על רשימת התסמינים) | 10 דקות לכל מימד או 15 דקות להערכת חומרה (לא כולל הזמן הנדרש למעבר על רשימת התסמינים) | 20 דקות (לא כולל הזמן הנדרש למעבר על רשימת התסמינים) | 20 דקות (לא כולל הזמן הנדרש למעבר על רשימת התסמינים) | 20 דקות (לא כולל הזמן הנדרש למעבר על רשימת התסמינים) | זמן העברת השאלון |
| לא | לא | לא | לא | לא | דיווח עצמי |
| כן | כן | כן | כן | כן | מתוקף ומהימן |
| כן | כן | כן | כן | כן | יעיל קלינית |
| כן | כן | כן | כן | כן | שימושי למחקר |
| כן | כן | כן | כן | כן | זמין בעוד שפוחט פרט לאנגלית |
| CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; DYBOCS: Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; USP-SPS: University of São Paulo Sensory Phenomena Scale; YGTSS: Yale Global Tic Severity Scale; FAS: Family Accommodation Scale. | | | | | |

גורמים אטיולוגיים

גורמים אשר מגדילים את הסיכוי ל-OCD מסוכמים בטבלה F.3.4.

גורמים גנטיים

בניגוד לאמונה הרווחת במשך שנים רבות אשר גרסה כי OCD היא הפרעה שבעיקר נגרמת מגורמים סביבתיים - מחקרי תאומים, משפחה, הפרדה ותאחיזה הראו ש-OCD היא הפרעה שרצה במשפחות ושהיא בעיקרה מוסברת על ידי גורמים גנטיים עם תורשתיות הנעה בין 45% ל-65% (van Grootheest et al, 2005). מחקרים גנטיים-משפחתיים הראו שככל שהפרעה מתפרצת בגיל צעיר יותר, כך גדל הסיכון לקיומם של תסמינים טורדניים-כפייתיים, OCD, טיקים או טורט בקרב קרובי משפחה מדרגה ראשונה (Rosario-Campos et al, 2005). לעומת זאת, מחקרי תאומים הראו ששיעורי ההתאמה (concordance) עבור תאומים מונוזיגוטיים גבוהים משמעותית מאשר עבור תאומים דיזיגוטיים. בהתחשב בכך שהחדירות אינה 100%, מחקרים גנטיים הראו אפוא שגם גורמים לא-גנטיים חשובים באטיולוגיה של OCD.

מחקרי תאחיזה זיהו איזורים בגנום שככל הנראה מכילים איזורי פגיעות ל-OCD על הזרוע הארוכה של הכרומוזומים 1,3,6,15 והזרוע הקצרה של 7,9,10. מחקרים רבים חיפשו גנים מועמדים (Candidate genes) ולרוב התמקדו בגנים סרוטונרגיים, גלוטמטרגיים ודופמינרגיים אך טרם נמצאו ממצאים חותכים. מבין כל הפולימורפיזמים שנחקרו, ישנם מספר ממצאים רלוונטיים אשר מצביעים על קשר בין ביטוייהם של גנים גלוטמטרגיים להתנהגויות חוזרניות אצל בני אדם ומכרסמים (Miguel et al, 20005; AACAP, 2012).

גורמים לא גנטיים

בנבדקים עם נטייה גנטית, גורמים סביבתיים כגון דחק רגשי ופגיעת ראש טראומטית, יכולים להוות טריגר להתפתחות OCD. עליה עודפת במשקל במהלך ההיריון, משכב לידה ממושך, לידת פג וצהבת של היילוד נמצאים באסוציאציה עם ביטוי OCD בהמשך החיים (Vasconcelos et al, 2007).

זיהום ב- *Group A β-hemolytic streptococcus (GABHS)*

הקשר בין זיהום ב-GABHS לבין קדחת שגרונת (Rheumatic fever). מחלה מערכתית אוטואימונית המופעלת על ידי זיהום ב-GABHS (והקשר בין GABHS לבין הופעה או החרפה של OCD או טיקים קיבלה תשומת לב מחקרית רבה במהלך שני העשורים האחרונים. משוער כי זיהום על ידי GABHS של מארח פגיע גורם לייצור נוגדנים עצמיים אשר פוגעים במרכיבים תאיים של גרעיני הבסיס (Mercadante et al, 2005). השערה זו, אשר מתייחסת רק לחלק קטן מהילדים אשר מפתחים OCD, נתמכת על ידי ממצאים נירוו-הדמייתיים וחיסוניים. OCD והפרעות נירופסיכיאטריות אחרות שכיחות מהצפוי בקרובי משפחה מדרגה ראשונה של מטופלים עם קדחת שגרונת (Hounie et al, 2007).

גורמים משפחתיים

גורם לא-גנטי חשוב נוסף הוא המשפחה. ילדים צעירים נוטים יותר לערב את קרוביהם בטקסיהם וכך מובילים לרמות גבוהות יותר של שיתוף פעולה משפחתי עם ההפרעה. בעוד שחלק מהמשפחות ינסו לעצור את הילדים מלבצע את הטקסים, אחרים מרצים אותם ואף מחזקים את התסמינים (Amir et al, 2000; McKay et al, 2006).

אקומודציה של התנהגויות כפייתיות על ידי המשפחה

- הורים (וקרובי משפחה אחרים) יכולים להקל או להשתתף בתסמינים הכפייתיים של ילדיהם.
- אקומודציה משפחתית מחזקת את התסמינים ומובילה להשלכות רעות יותר.
- אקומודציה כוללת בין היתר מתן תשובות של ההורים לשאלות חוזרות של הילד; לא להפריע או לא להגביל טקסים הנמשכים זמן רב כגון רחיצה; סיוע לילדים בטקסים של סדר או אגרנות.

מצעים נירוביולוגיים

קיימת השערה שישנה דיסרגולציה במעגלים פרונטו-קורטיקו-סטריאטו-תלמים במטופלי OCD. מחקרים נירו-הדמייתיים פונקציונליים הראו שהקורטקס האורביטופרונטלי, הסינגולייט הקדמי והסטריאטום מופעלים ביתר במטופלי OCD ושהפעלה זו פוחתת לאחר טיפול (Friedlander et al, 2006; Rotge et al, 2008).

מבחנים נירו-פסיכולוגיים מצאו ליקויים בגמישות מנטלית, במיומנויות מוטוריות, יכולות מרחביות, וצורות מסוימות של תפקודים ניהוליים באנשים עם תסמינים אובססיביים-כפייתיים ו-OCD (Mataix-Cols et al, 2008). חלק מהליקויים הללו נמצאו גם בקרב קרובי משפחה מדרגה ראשונה של מטופלים עם OCD (Chamberlain et al, 2005). נראה כי שינויים נירופסיכולוגיים מסוימים שנצפו בילדות, כגון ליקויים ביכולות מרחביות, עשויים להיות אינדיקציה מוקדמת לסיכון להתפתחות OCD בבגרות (Grisham et al, 2009).

נראה שהמערכת הסרוטונרגית מעורבת בפתופיזיולוגיה של OCD - ניסויים רבים הראו ירידה בתסמינים עם שימוש בתרופות סרוטונרגיות (Bloch et al, 2006). שינויים סרוטונרגיים היקפיים נצפים לעיתים קרובות אצל מתבגרים ומבוגרים עם OCD (Delorme et al, 2005). מעבר למערכות המונואמיניות, ישנם חוקרים הטוענים כי יתכן וגם לאוקסיטוצין יש תפקיד (Leckman & Herman, 2002).

טבלה F.3.4 גורמים אשר מגדילים את הסיכוי ל-OCD

| גנטי | • בני משפחה עם סימפטומים טורדניים כפייתיים, OCD או טיקים גנים מועמדים שנראים מבטיחים: SLC1A1 ו-SAPAP |
|--------|--|
| משפחתי | • היסטוריה משפחתית של OCD או הפרעות בספקטרום של OCD (למשל, הפרעות טיקים, טריכוטילומניה, הפרעה של דימוי הגוף) • אקומודציה משפחתית גבוהה לתסמינים אובססיביים-כפייתיים |
| אישי | • נוכחות של תסמינים טורדניים כפייתיים או OCD תת קליני. • חריגות נירו-פסיכולוגיות (לקות קוגניטיבית כללית, חוסר גמישות מנטלית, פגיעה בתחום התפיסה החזותית והמרחבית, מיומנויות מוטוריות לקויות) • הפרעות פסיכיאטריות נלוות (למשל, תסמונת טורט) |
| סביבתי | • גורמים טרום לידתיים, במהלך הלידה ולאחריה, למשל עלייה מופרזת במשקל במהלך ההיריון; משכב לידה ממושך; לידה מוקדמת; צהבת, דחק נפשי, פגיעה מוחית טראומטית, חשיפה לחומרים (אלכוהול, קוקאין, ממריצים והורמונים) בתחילת ההיריון • זיהומים סטרפטוקוקליים וקדחת שגרונת (rheumatic fever) |

טיפול



לפני תחילת הטיפול חשוב לקחת בחשבון מספר נושאים חשובים כמו זיהוי מדויק ונכון של התסמינים הכי בעייתיים, משך הזמן שהמטופל סובל מהתסמינים, השפעת המחלה על חיי המטופל והקשיים בעבודה אל מול המשפחה (טבלה F.3.5). הערכה מקיפה, הכוללת את המטופל, בני משפחתו וצוות בית הספר חשובה מאד. נושא חשוב נוסף הינו הערכה מדויקת של תחלואות נלוות אשר מופיעות לעיתים תכופות עם הפרעה טורדנית-כפייתית. אי זיהוי או היעדר הערכה מדויקת של תחלואות נלוות עלולות להקשות על הטיפול (Rosario et al, 2008).

בדומה לטיפולים המומלצים למבוגרים, הטיפול ב-OCD בילדים ומתבגרים מתבסס על טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT), טיפול תרופתי ופסיכואדיקציה. גם מעכבי קליטה חוזרת ברנניים של סרוטונין (SSRI) וגם CBT נחקרו בשיטתיות והודגם אמפירית כי הם יעילים בטיפול בילדים ומתבגרים הלוקים ב-OCD.

טיפול שאינו תרופתי

טיפול קוגניטיבי התנהגותי הוא הטיפול הפסיכולוגי היחיד שנמצא יעיל בטיפול ב-OCD של גיל הילדות (Rosario et al, 2008). מומלץ כי טיפול ב-OCD של ילדים ומתבגרים יהיה הטיפול הראשוני למקרים קלים עד בינוניים. טיפול תרופתי מומלץ כתוסף לטיפול קוגניטיבי התנהגותי במקרים קשים יותר או כאשר טיפול קוגניטיבי התנהגותי אינו זמין (Abramowitz et al, 2005; O'Connor et al, 2006; Walsh & McDougale, 2011).

התיאוריה של CBT ל-OCD משלבת תיאוריה התנהגותית עם תשתית קוגניטיבית והודגמה יעילות משמעותית לטיפול זה, בעיקר כאשר משולב עם חשיפה, מניעת תגובה והבנייה קוגניטיבית. מטא-אנליזה הדגימה כי גודל האפקט הממוצע של CBT מגיע עד 1.45 (רווח בר-סמך 0.68-2.22) למרות הטרוגניות המדגם (Watson & Rees, 2008). הבנייה מחדש קוגניטיבית מסייעת למטופלים להבין את ההשפעה של מחשבות ואמונות על ההתנהגות (טקסים והימנעות), את יחסי הגומלין הפונקציונליים בין מחשבות טורדניות לבין טקסים ואסטרטגיות המביאות להקלה על ידי ניטרול שלהם. המודל ההתנהגותי משתמש בשיטות של חשיפה ומניעת תגובה בהתבסס על הקשר בין מחשבות טורדניות להתנהגות כפייתית, במטרה להפחית קשר זה והמצוקה הנגרמת על ידם. הטיפול חושף את המטופלים לחפצים, אנשים או מצבים מהם הם מפחדים, ומונע מהם לבצע את ההתנהגות הכפייתית, במטרה להפחית

פרויד האמין ש-OCD מהווה תגובה לא אדפטיבית של המטופל בתגובה לקונפליקטים בין דחפים לא-מודעים של האיד שאינם מקובלים חברתית, מיניים או תוקפניים, לבין דרישות המצפון והמציאות אשר גורמים לרגרסיה ולדאגות בנוגע לשליטה ולמצבי חשיבה האופייניים לשלב האנאלי-סדיסטי של ההתפתחות הפסיכוסקסואלית: אמביוולנטיות היוצרת ספקנות, חשיבה מאגית והתנהגות כפייתית הנובעת מאמונות תפלות.

הנחיות לטיפול ב-OCD
NICE: Obsessive compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD) (CG31) (November 2005)

AACAP: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder (January 2012)

בהדרגה את עוצמות החרדה (Abramowitz et al, 2005). שיטות קוגניטיביות והתנהגותיות משלימות זו את זו, וכוחן טמון בשילוב נכון שלהן (Barret et al, 2008;) (Williams et al, 2010).

מדריכי CBT וספרים לעזרה עצמית הזמינים למטפלים ולמשפחות המעוניינים בטכניקות אלה (AACAP, 2012):

- OCD: The Program that Helps Kids and Teens Say “No Way” and Parents Say “Way to Go” by John March
- Obsessive Compulsive Disorders: A Complete Guide to Getting Well and Staying Well by Fred Penzell
- Freeing Your Child from Obsessive Compulsive Disorder by Tamar Chansky
- What to do When your Child has Obsessive Compulsive Disorder: Strategies and Solutions, by Aureen Pinto Wagner



[לחצ'י כאן](#) לצפייה בתיאור של תוכנית ה- UCLA OCD program (03:50)

| טבלה F.3.5 סוגיות שיש לברר במהלך ההערכה ולפני תחילת הטיפול | |
|---|---|
| גיל הופעת התסמינים | <ul style="list-style-type: none"> • הגיל שבו המטופל או בני משפחתו הבחינו לראשונה בתסמינים |
| מידת הסבל, הפגיעה התפקודית ומשך הזמן הנגזל כדי לבצע את הטקסים | <ul style="list-style-type: none"> • חשוב להבחין בין OCD לבין התנהגויות טורדניות או כפייתיות חולפות שהן חלק מהתפתחות נורמלית. • סולמות הערכה עשויים לסייע במשימה זו |
| תובנה | <ul style="list-style-type: none"> • היעדר תובנה נפוץ בילדים |
| הימצאות תופעה חושית | <ul style="list-style-type: none"> • דחפים מנטליים או פיזיים המתרחשים לעיתים קרובות במקום מחשבות טורדניות. |
| גישת בני המשפחה כלפי המחלה | <ul style="list-style-type: none"> • ביקורת מוגזמת או רמות גבוהות של אקומודציה משפחתית שלתסמינים מקושרים עם תוצאה פחות טובה |
| האם קיימת תחלואה נלווית? | <ul style="list-style-type: none"> • יש להעריך את קיומה של תחלואה נלווית (למשל, הפרעות חרדה, הפרעות מצב רוח, טיקים, הפרעת קשב וריכוז, שימוש באלכוהול או שימוש בחומרים ממכרים אחרים). |
| היסטוריה משפחתית של מחלות פסיכיאטריות | <ul style="list-style-type: none"> • האם בני המשפחה לוקים ב-OCD או הפרעות פסיכיאטריות אחרות? |

היבטים פרקטיים בטיפול קוגניטיבי התנהגותי

מרבית המדריכים ל-CBT ממליצים על 12 עד 25 מפגשים. המדריכים בדרך כלל ממליצים שהמפגש הראשון או שני המפגשים הראשונים יוקדשו לאיסוף מידע מדויק על התסמינים של המטופל, על הדרך בה המטופל ובני משפחתו מתמודדים איתם, על הסביבה המשפחתית, על התפקוד בבית הספר ועל נושאים אחרים בעלי חשיבות לתפקודו של המטופל. יש לספק פסיכואדיוקציה רבה ככל הניתן, ועליה לכלול מידע על כל היבטי המחלה כולל תסמינים קליניים אפשריים, השפעה של תחלואה נלווית, סוגי טיפול אפשריים, משך המחלה ומשך הטיפול, הסיכונים של אקומודציה על ידי המשפחה והדרך המיטבית להתמודד עם בן משפחה הלוקה ב-OCD. בדרך כלל, במפגש באורך 50 דקות כוללים סקירה של המטרות הטיפוליות, סקירה של השבוע הקודם, אספקת מידע חדש, תרגול בעזרת המטפל, שיעורי בית לשבוע העוקב וניטור. (Steketee, 1999).

הצלחת הטיפול תלויה במידת ההבנה של המחלה, של בסיס ההתערבויות הטיפוליות ושל התהליך הקוגניטיבי המעורב בשימור המחלה. מחקרים קליניים הדגימו כי לטיפול CBT תוצאות טובות יותר כאשר האנשים הקרובים ביותר למטופל (הורים, בני משפחה ומורים) מעורבים בטיפול (Piacentini & Langley, 2004; Freeman et al, 2008). בני משפחה יכולים להגיב לתסמינים של המטופל על ידי הקלת ההמנעות, סיוע בהתנהגות טקסית, או השתתפות בטקסים באופן בלתי מכוון (Calvocoressi et al, 1999; Barret et al, 2004; Freeman et al, 2008). מה שקרוי בפי רבים אקומודציה (accommodation) (Calvocoressi et al, 1999). רמות גבוהות של אקומודציה נקשרו עם המשכות התסמינים ותוצאים שליליים (Calvocoressi et al, 1999; Amir et al, 2000). לפיכך, יש לכלול את ההורים בטיפול (Freeman et al, 2008). למעשה, הורים לעיתים הופכים למטפלי משנה וממשיכים את הטיפול בבית.

טיפול תרופתי

טיפול הבחירה היעיל ביותר ל-OCD בינוני או חמור הוא שילוב של CBT עם תרופות (AACAP, 2012). מחקר על OCD באוכלוסיית ילדים ונוער – (The Pediatric OCD Treatment Study – POTS), מחקר בן חמש שנים, שהתבצע בשלושה אתרים, אשר השווה בין פלסבו, סרטליין, CBT ו-CBT משולב עם סרטליין, סיכם כי הטיפול המשולב (CBT + סרטליין) היה יעיל יותר מ-CBT או סרטליין בלבד. גדלי האפקט של הטיפול המשולב, CBT בלבד וסרטליין בלבד היו 1.4, 0.97 ו-0.67, בהתאמה (Pediatric OCD Treatment Study, 2004). שיעורי ההפוגה עם SSRI בלבד היו פחות משליש (Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Franklin et al, 2011).

מעכבי קליטה חוזרת בררניים של סרוטונין (SSRI) הם הקו הראשון לטיפול ב-OCD בקרב ילדים, מתבגרים ומבוגרים (AACAP, 2012). קלומיפרמין, תרופת טריציקלית סרוטונורגית, הייתה התרופה הראשונה שהוכחה כיעילה בטיפול OCD. למרות יעילותה (גודל האפקט: 0.85, רווח בר סמך 0.32-1.39) (Watson & Rees, 2008), תופעות לוואי - גסטרואינטסטינליות, אוטונומיות, כבדיות ובעיקר בעיות הולכה קרדיאליות - הגבילו את השימוש הקליני בקלומיפרמין, במיוחד אצל ילדים ומתבגרים. לדוגמה, מתן מרשם של קלומיפרמין דורשת הערכה אלקטרוקרדיוגרפית בתחילת הטיפול ובמהלך המעקב (Mancuso et al, 2010; AACAP, 2012).

ניסויים קליניים מתוכננים היטב הדגימו את היעילות והבטיחות של פלואוקסטין, סרטליין ופלווקסאמין – תרופות ממשפחת ה-SSRI (לבד או בשילוב עם CBT) בילדים ובמתבגרים עם OCD. תרופות אחרות כגון פרוקסיטין, ציטלופרם ואסציטלופרם הראו יעילות בילדים ובמתבגרים עם OCD, למרות שה-FDA טרם אישר שימוש בילדים ובמתבגרים (Rosario et al, 2008; AACAP, 2012). מטא-אנליזה של כל המחקרים עם שליטה אקראית (randomized controlled trials) שפורסמו הדגימו גודל אפקט של 0.45 (רווח בר סמך של 95% היה 0.37-0.55) והראתה הבדל מובהק סטטיסטית בין טיפול תרופתי לפלסבו (Geller et al, 2003).

מומלץ להתחיל עם מינון נמוך כדי להפחית את הסיכון לתופעות לוואי. ניסיון טיפולי מספק הינו שימוש בתרופה למשך 10 עד 16 שבועות במינונים מתאימים (טבלה F.3.6). משך הטיפול המיטבי עבור ילדים עם OCD אינו ידוע. רוב המומחים ממליצים כי יש להמשיך את הטיפול לפחות 12 חודשים לאחר הפסקת התסמינים או מיתונם, ולהפסיקו בצורה הדרגתית מאוד (Rosario et al, 2008, Mancuso et al, 2010).

| טבלה F.3.6 תרופות היעילות לטיפול בהפרעה טורדנית-כפייתית בילדים ונוער (מתוך Rosario et al, 2008). | | | | |
|---|---|-------------------|----------------------------|-----------------------------|
| תרופות | אישור FDA לשימוש בילדים הלוקים ב-OCD | גיל מינימלי (FDA) | מינון התחלתי (מ"ג ליום) | מינון מקסימלי (מ"ג ליום) |
| Clomipramine קלומיפרמין | כן | 5 | 12.5 עד 25 | 300 |
| Fluoxetine פלואוקסטין | כן | 8 | 2.5 עד 10 | 80 |
| Sertraline סטרטליין | כן | 6 | 12.5 עד 25 | 200 |
| Fluvoxamine פלובוקסאמין | כן | 8 | 12.5 עד 50 | 300 |
| Paroxetine פרוקסטין | כן | 8 | 2.5 עד 10 | 60 |
| Citalopram ציטלופרם | לא | לא זמין | 2.5 עד 10 | 60 |
| Escitalopram אסציטלופרם | לא | לא זמין | 2.5 עד 10 | 30 |

מטופלים שאינם מגיבים לטיפול

למרות היעילות של תרופות ממשפחת ה-SSRI, כמחצית מהמטופלים אינם מגיבים לטיפול או שיש להם תסמינים שאריתיים משמעותיים, למרות משך טיפול מספק וטיפול במינון המומלץ המרבי או הגבוה ביותר שנסבל. לטיפול במטופלים אלה מוצעות מספר אסטרטגיות והן מתוארות להלן. למרבה הצער, אין מחקרים שיטתיים המשווים החלפה של תרופות אל מול הוספת תרופה כאוגמנטציה (AACAP, 2012).

- האסטרטגיה הראשונה היא להחליף לתרופה אחרת מקבוצת SSRI.
- במבוגרים עם תגובה חלקית ל-SSRI, משתמשים לאוגמנטציה באנטיפסיכוטים (Bloch et al, 2006) וקלומיפרמין (Figuroa et al, 1998). יש צורך ביותר מחקר על התרופות האלו בילדים. אנטיפסיכוטיים מומלצים כאשר ישנה תחלואה נלווית של הפרעת טיקים או היעדר תובנה למחלה (Bloch et al, 2006). מחקרים קליניים הדגימו שהלופרידול (Mancuso et al, 2010), ריספרידון (Thomsen, 2004) וקווטיאפין (Cohen et al, 2003) יכולים להיות יעילים. יש להימנע מאולנזפין בילדים בגלל בטיחות מוגבלת והסיכון לתסמונת מטבולית (Rosario et al, 2008). חששות לגבי אוגמנטציה בניורולפטיקה כוללות סכנה של תופעות לוואי כגון ישנוניות, דיספוריה, עליה במשקל ותופעות לוואי אקסטרופירמידאליות. קיימים מחקרים קליניים חדשים בנושא אוגמנטציה באמצעות ממריצים, גאבאפנטין, סומטריפטן, פינדולול, אינוזיטול,

אופיאטים, היפרקום פרפורטום (פרע מחורר), *N-acetyl cysteine*, ממנטין ורילוזול, אבל יש צורך ביותר ראיות לפני שיהיה ניתן להמליץ על טיפול בהם בשגרה (AACAP, 2012).

אסטרטגיה נוספת היא בירור האם ישנה תחלואה נלווית (כגון הפרעת קשב וריכוז, טיקים, דיכאון או הפרעת התנהגות). תחלואה נלווית קשורה לתסמינים חמורים יותר, רמות מתח גבוהות יותר אצל ההורים ותגובה פחות טובה לטיפול (Grados et al, 2008; Storch et al, 2008). כאשר ישנה תחלואה נלווית על המטפלים לשקול טיפול במקביל (AACAP, 2012).

שילוב של תרופות עם CBT תמיד צריך להילקח בחשבון. פרנקלין ושות' (2011) חקרו האם CBT צריך לעבור אוגמנטציה על ידי טיפול בנוגדי דיכאון כטיפול בילדים שהגיבו חלקית לטיפול. המחקר כלל 124 משתתפים עם OCD בגילאי 7 עד 17 שנים שחולקו באקראי לתרופות בלבד (SSRI), תרופות בתוספת CBT קונבנציונאלי (מלבד טיפול תרופתי בוצעו טיפולים בפרוטוקול CBT ידי פסיכולוג למשך 14 מפגשים-שעתיים במשך 12 שבועות שכללו פסיכואדיוקציה, אימון קוגניטיבי, היררכיות של מצבים מפחידים מהפחות ליותר מעוררי חרדה כדי להנחות טיפולי חשיפה, חשיפה ומניעת תגובה) או טיפול תרופתי בתוספת הדרכה ב-CBT (מטפל בתרופות סיפק הדרכות על פרוצדורות של CBT שניתנו בהתאם פרוטוקול של 7 מפגשים במשך 12 שבועות עם משך ממוצע של 45 דקות; ההוראות כללו פסיכואדוקציה, הערכה פשוטה של היררכיית חומרת תסמינים, חשיפה ומניעת תגובה ומתן שיעורי בית). שתי שיחות טלפון קצרות נערכו כדי לספק הנחיה לגבי יישום CBT בבית. לאחר 12 שבועות של טיפול 68.6% בקבוצת הטיפול התרופתי יחד עם CBT קונבנציונאלי נחשבו כמגיבים לטיפול לעומת עם 34.0% בקבוצת הטיפול התרופתי בתוספת הדרכה ב-CBT ו-30.0% בקבוצת הטיפול התרופתי בלבד. כלומר, 14 טיפולי CBT שבוצעו על ידי על ידי מומחה מיומן כתוספת לטיפול תרופתי הכפילו את התגובה לטיפול בעוד טיפול פחות אינטנסיבי על ידי אדם שאינו מומחה לא הוסיף לתגובה לטיפול תרופתי (Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Franklin et al, 2011).



[לחצו כאן](#) כדי לשמוע את ד"ר אלי ר' ליבוביץ' (PhD) מדבר על "יצירת חשיפות יעילות" בטיפול בהפרעות חרדה בילדות (14:21)

ג', בן 9 הובא על ידי אמו כי המורה שלו הייתה מודאגת שהוא משקיע יותר מדי זמן בפתירת תרגילים בשל דאגתו כי הם צריכים להיות מושלמים. כמו כן, ג' נוהג לצאת מהכיתה לעיתים קרובות כדי לרחוץ את ידיו. אמו הבחינה באותן ההתנהגויות גם בבית.

ג' נולד לאחר לידה ממושכת והייתה לו צהבת ילודים בינונית. אביו של ג' אובחן עם תסמונת טורט בילדותו, אך הוא א-תסמיני מזה שנים רבות.

במהלך ראיון ההערכה ג' אמר שהוא מרגיש "גירוד" בידי, אשר מאלץ אותו לשטוף אותן שוב ושוב. הוא גם אמר שלוקח לו זמן רב להכין את שיעורי הבית שלו כי הוא צריך לכתוב אותם שוב ושוב עד ירגיש כי כתב היד שלו יצא בדיוק כמו שצריך. ג' לא התלונן על תסמיניו ולא נמנע משטיפות ידיים, למרות שהוא השקיע בכך כשעתיים ביום. הוא לא תיאר מחשבות טורדניות. כשנשאל מדוע הוא היה צריך לרחוץ את ידיו או לכתוב דברים מחדש, הסביר שהוא פשוט היה צריך לעשות את זה. לג' אין טיקים, בעבר או כיום.

ציוני שאלון CYBOCS היו 17 (0 עבור טורדניות; 17 עבור כפייתיות). בממדי התסמינים ב-DYBOCS, הציונים היו אפס עבור תוקפנות, אפס עבור דת/מיניות, אפס עבור אגירה, 12 עבור סימטריה / סדר ו-10 עבור זיהום / ניקיון. ציון החומרה הכולל היה 12 וציון הליקוי 10, עם ציון חומרת DYBOCS גלובלי של 22 (הבינוני).

ג' ומשפחתו הופנו לתכנית טיפול ב CBT פעמיים בשבוע, עם פגישות שנמשכות 60 דקות. המטפל שם לב כי ההורים היו מודאגים מאוד לגבי העתיד של ג' והאם יצליח בבית הספר. לאחר 12 פגישות (שישה שבועות) ג' הראה שיפור מסוים בתסמינים אבל הוריו נשארו חרדים מאוד. למשל, למרות שג' השקיע פחות ופחות זמן בפיתרון שיעורי הבית, אמו החליטה לעזור לו על בסיס יומי ולמעשה הייתה מכינה את שיעוריו עבורו. המטפל החליט להמשיך את הטיפול ב-CBT אבל רק פעם בשבוע והוריו הצטרפו לטיפוליו. אחרי 16 שבועות (22 טיפולים), ציון ה-CYBOCS שלו ירד ל-8 וה-DYBOCS הכולל שלו ירד ל-11, מה שהראה כי תסמיניו נסוגו. הוריו היו בעלי ביטחון ביכולות הלימודיות של ג' בבית הספר.

הערה

מקרה זה מדגים מטופל עם OCD בינוני בחומרתו המתבטא במימדי תסמינים של סימטריה/סדר וזיהום/ניקיון. התסמינים היו גוזלי זמן רב וסיכנו את הצלחתו בלימודים. לג' הייתה מעט תובנה לגבי תסמיניו. למרות שג' לא דיווח על מחשבות טורדניות הוא כן ביטא תופעה חושית, גם פיזית ("גירוד") וגם מנטלית (פרפקציוניזם, תחושה של "בדיוק נכון"). היסטוריה משפחתית של תסמונת טורט, לידה טראומטית וצהבת ילודים הם גורמי סיכון ל-OCD. ההורים היו חרדתיים והיו בעלי ציון גבוה בסולם אקומודציה.

בהתחשב בכך שהסימפטומים היו בינוניים ושלא הייתה תחלואה נלווית, ההמלצה לטיפול הראשוני הייתה CBT. למרבה המזל, לג' הייתה גישה למומחים המאומנים ב-CBT והמשפחה הסכימה לטיפול זה. בגלל ש-OCD יכול לחזור והוא כרונית בפוטנציה, מומלץ להמשיך טיפול CBT בעצימות נמוכה יותר כדי לשמר את השיפור.

מעבר לחיפוש אחר טיפולים חדשים, זיהוי של אנשים בסיכון לפתח OCD דרוש כדי לפתח טיפולים מניעתיים. חלק מגורמי הסיכון הגנטיים, משפחתיים וסביבתיים זוהו (טבלה F.3.4). מלבד אמצעים כלליים לשיפור בריאות הנפש, כרגע אין תוכנית טיפול מניעתי שהראו יעילות.

| טבלה F.3.7 סיכום הטיפולים המומלצים ל-OCD | |
|---|--|
| סוג | טיפול מומלץ |
| • קל (ציון CYBOCS :16-19*) | • CBT בלבד (אישי או קבוצתי, לפחות 10 מפגשים) |
| • בינוני (ציון CYBOCS :20-29*) | • CBT בלבד או משולב ב-SSRI (לפחות טיפול בן 10 שבועות) |
| • חמור (ציון CYBOCS :30-40*) | • CBT+SSRI (לפחות טיפול בן 10 שבועות) |
| • הפוגה (ציון CYBOCS קטן מ-10) | <ul style="list-style-type: none"> • טיפול אחזקה ב-CBT (מפגשי חיזוק למשך לפחות 12 חודשים) • טיפול אחזקה ב-SSRI במינון אופטימלי למשך לפחות 12 חודשים) |
| • תגובה חלקית (ירידה בציון CYBOCS של לפחות 35%-50% לאחר הגעה לרמה האופטימלית הנסבלת של SSRI למשך לפחות 10 שבועות) | <ul style="list-style-type: none"> • החלפה ל-SSRI אחר • אוגמנטציה עם CBT (אם לא הותחל טיפול טרם לכך) • אוגמנטציה עם טיפול בתרופה אנטי-פסיכוטית לא טיפוסית (למשל, ריספרדון, קוויטאפין, אריפיפרזול או הלופרידול) • אוגמנטציה עם קלומיפרמין (אק"ג) |
| • ללא תגובה (פחות מירידה של 35% בציון) | <ul style="list-style-type: none"> • שקילה מחדש של האבחנה, של תחלואה נלווית, של שיתוף פעולה עם הטיפול ואקומודציה מצד המשפחה • החלפה ל-SSRI אחר • אוגמנטציה עם CBT (אם לא הותחל טיפול טרם לכך) • אוגמנטציה עם טיפול בתרופה אנטי-פסיכוטית לא טיפוסית (למשל, ריספרדון, קוויטאפין, אריפיפרזול או הלופרידול) • אוגמנטציה עם קלומיפרמין (אק"ג) • טיפול בתחלואה נלווית במקביל |
| <p>* לפי קריטריוני החומרה של (March & Mulle (1998) . CBT: טיפול קוגניטיבי התנהגותי המסופק על ידי קלינאי מיומן בשיטת טיפול זה ביפולים הנמשכים לפחות 60 דקות. CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale scores, SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor</p> | |

קבוצות תמיכה וארגונים

כאשר מבשרים לאנשים שיש להם בן משפחה עם OCD, הם לרוב עשויים להפיק תועלת מקבוצות תמיכה על מנת לסייע להם בהתמודדות, במיוחד כאשר המטופל הוא ילד או מתבגר. השתתפות בקבוצת תמיכה מסייעת בהפחתת הדחק הכרוך בגידול ילד עם OCD. קבוצות תמיכה, שלעיתים קרובות כוללות מטפלים מקצועיים מתחומי בריאות הנפש, נפגשות בקביעות ומטרותן היא ללמד על ההפרעה, לעזור לאנשים לזהות את התסמינים, להפחית אקומודציה על ידי המשפחה ולמצוא את הטיפול הנכון. מפגש עם אנשים המתמודדים עם אותן הבעיות נותן הזדמנות להחליף חוויות, לדון איך אחרים מתמודדים עם התסמינים וללמוד עוד על ההפרעה. קבוצות תמיכה יכולות להיות גם מועילות עבור המטופלים, אם כי פחות במקרים של ילדים. ניתן למצוא רשימה של איגודי מטופלים ובני משפחותיהם במספר מדינות בכתובת

<http://www.geonius.com/ocd/organizations.html>

מקורות

AAcap (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51:98-113.

Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36:55-63.

Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT et al (2007). Obsessive compulsive disorder: historical overview. In Storch E, Geffken G, Murphy T (eds) *Handbook of Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Routledge, 1-21.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amir N, Freshman M, Foa EB (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14:209-217.

Barrett PM, Farrell L, Pina AA et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:131-55.

Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY et al (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42:1-13.

Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E et al (2007). Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *International Journal of Clinical Practice*, 61:98-104.

de Mathis MA, Diniz JB, Shavitt RG et al (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectrums*, 14:362-370.

de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB et al (2008). Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*, 23:187-94

Evans DW, Milanak ME, Medeiros B et al (2002). Magical beliefs and rituals in young children. *Child Psychiatry & Human Development*, 33:43-58.

Figuroa Y, Rosenberg DR, Birmaher B et al (1998). Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 8:61-67.

Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27:764-771.

Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB et al (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 306:1224-1232.

- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B et al (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 11:795.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC et al (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165:1532-1542.
- Calvocoressi L, Mazure C, Kasl S et al (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187:632-642.
- Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA et al (2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29:399-419.
- Cohen LS (2003). Quetiapine in treatment-resistant obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:623-624.
- Delorme R, Betancur C, Callebert J et al (2005). Platelet serotonergic markers as endophenotypes for obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 30:1539-1547.
- Grisham JR, Anderson TM, Poulton R et al (2009). Childhood neuropsychological deficits associated with adult obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 195:138-141.
- Heyman I, Fombonne E, Simmons H et al (2003). Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 15:178-184.
- Hollander E, Greenwald S, Neville D (1998). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiological sample. *CNS Spectrums*, 3:10-18.
- Hounie AG, Pauls DL, do Rosario-Campos MC et al (2007). Obsessive-compulsive spectrum disorders and rheumatic fever: a family study. *Biological Psychiatry*, 61:266-272.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62:593-602.
- Leckman JF, Bloch MH, King RA (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 11:21-33.
- Leckman JF, Herman AE (2002). Maternal behavior and developmental psychopathology. *Biological Psychiatry*, 51:27-43.
- Mancuso E, Faro A, Joshi G et al (2010). Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 20:299-308.
- March JS, Mullen K (1998). *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guildford Press. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N et al
- Freeman JB, Garcia AM, Coyne L et al (2008). Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:593-602.
- Friedlander L, Desrocher M (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical Psychology Reviews*, 26:32-49.
- Geller D, Biederman J, Jones J et al (1998). Juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37:420-427.
- Geller DA (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29:352-370
- Geller DA, Biederman J, Stewart ES et al (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:1919-1928.
- Grados M, Riddle MA (2008). Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? *International Review of Psychiatry*, 20:189-193.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:1969-1976.
- Piacentini J, Langley AK (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60:1181-1194.
- Rosario MC, Alvarenga PG, de Mathis A et al (2008). Obsessive compulsive disorder in childhood. In Banaschewski T, Rohde LA (eds) *Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments*. Basel: Karger, pp83-95. Rosario-Campos MC, Leckman, JF, Curi M et al (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 136:92-97.
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT et al (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158:1899-1903.
- Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S et al (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11:495-504.
- Rosario MC, Prado HS, Borcato S et al (2009). Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectrums*, 14:315-323.
- Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B et al (2008). Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33:405-412.
- Steketee G (1999). *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder. Best Practices for Therapy*. Canada: Empirically Based Treatment Protocols, Raincoat Books: 9-10.

- (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:773-778.
- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162:228-238.
- McKay D, Piacentini J, Greisberg S et al (2006). The structure of childhood obsessions and compulsions: dimensions in an outpatient sample. *Behavior Research and Therapy*, 44:137-146.
- Mercadante MT, Diniz JB, Hounie AG et al (2005). Obsessive compulsive spectrum disorders in rheumatic fever patients. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 17:544-547.
- Micali N, Heyman I, Perez M et al (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 197:128-134.
- Miguel EC, Leckman JF, Rauch S et al (2005). Obsessive compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10:258-275.
- O'Connor KP, Aardema F, Robillard S et al (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113:408-419.
- van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT et al (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8:450-458.
- Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG et al (2007). Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61:301-307.
- Walitza S, Melfsen S, Jans T et al (2011). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108:173-179.
- Walsh KH, McDougle CJ (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7:485-494.
- Stewart SE, Geller DA, 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
- Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ et al (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:583-592.
- Swedo SE, Leckman JF, Singer HS (personal communication). Evolving from PITANDS and PANDAS to PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome) Thomsen PH (2004). Risperidone augmentation in the treatment of severe adolescent OCD in SSRI refractory cases: a case-series. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16:201-207.
- Tükel R, Ertekin E, Batmaz S et al (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 21:112-117.
- Watson HJ, Rees CS (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:489-98.
- World Health Association, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992. [www.who.int/entity/classifications/icd/en/bluebook.pdf].
- Williams TI, Salkovskis PM, Forrester L et al (2010). A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19:449-456
-