

КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ СИНДРОМОВ

А. Е. Бобров, А. К. Гомозова

ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) является хроническим и потенциально инвалидизирующим заболеванием, которым страдает от 1,9 до 3,3% населения [13]. Его основными клиническими проявлениями являются обсессии (повторяющиеся нежелательные мысли, образы, эмоциональные переживания и побуждения) и компульсии (стереотипные, нередко ритуализированные действия или психические акты), которые субъективно расцениваются больными как «защитные».

Указанные психопатологические образования возникают на фоне менее очевидных и более разнообразных психопатологических нарушений в виде эмоциональных, когнитивных и личностных расстройств, которые до настоящего времени остаются недостаточно изученными. Имеются основания полагать, что именно эти «немые» психопатологические проявления в наибольшей степени определяют клиническое своеобразие и динамику ОКР, которое на самом деле представляет собой группу различных по генезу, функциональному значению и течению синдромов. Выделение этих синдромов, их систематика и психопатологическая квалификация имеют важнейшее значение для решения многих клинических и терапевтических проблем ОКР, а также уточнения его положения в новой классификации психических расстройств [10, 15].

В настоящее время существует три основных подхода к дифференцированной оценке и систематике ОКР. Первый, более традиционный подход, основан на выделении ключевых эмоциональных переживаний и когнитивных нарушений [8, 20, 21], определяющих специфику вариантов этого расстройства. Второй подход базируется на применении методов многомерной статистики с целью выделения клинически значимых и воспроизводимых сочетаний симптомов [9, 14, 17]. Третий подход опирается на оценку этиологии, возраста возникновения и характера течения ОКР [1, 16, 19].

Каждый из указанных подходов имеет свои ограничения, которые отчасти могут быть преодолены на основе комплексного рассмотрения данных, полученных с помощью различных методов (кли-

нико-описательного, психометрического и анамнестического).

Цель исследования – клинико-статистический анализ психопатологической структуры ОКР, выделение его основных синдромальных вариантов и описание соответствующих им эмоциональных, характерологических и когнитивных особенностей больных.

Материал

В исследование были включены 84 пациента (23 жен. и 61 муж.), клиническая картина состояния которых определялась навязчивостями. У 52 больных ведущий диагноз был обсессивно-компульсивное расстройство, у 12 – шизотипическое расстройство, у 8 – шизофрения (параноидная и периодическая), у 6 – депрессивный эпизод, у 3 – паническое расстройство, у 3 – органическое психическое расстройство.

Возраст больных составил от 17 до 62 лет, в среднем – $31,6 \pm 11,0$ лет. Продолжительность заболевания – от 6 месяцев до 39 лет, в среднем – $7,2 \pm 7,2$ лет.

Методы

Все больные были обследованы с помощью шкалы для оценки обсессивно-компульсивного расстройства Йела-Брауна (ШООКР) [12], шкалы депрессии Бека [2]. Кроме того, изучались особенности личности больных при помощи теста 16 личностных факторов (16ЛФ) [7], а также анализировались их когнитивные функции (тест Струпа, методика «Расстановка чисел», скорость ассоциаций, запоминание 10 слов [3]).

Результаты исследования

На первом этапе работы результаты клинической оценки состояния больных с помощью ШООКР обрабатывались по алгоритмам факторного анализа с косоугольным квартимакс-вращением (табл. 1).

В результате статистической обработки материала было выделено 5 факторов, которые объясняли 68,2% дисперсии признаков. Клиническая интерпретация этих факторов производилась с учетом

Факторные нагрузки, полученные в результате Квартимакс-вращения данных по шкале оценки обсессивно-компульсивного расстройства Йеля-Брайна*

Симптомы	Факторные нагрузки				
	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор	5 фактор
Контрастные мысли	0,023	0,244	0,788	0,035	-0,115
Обсессии загрязнения	0,159	0,777	0,054	-0,224	-0,106
Обсессии сексуального содержания	0,175	0,076	0,773	-0,199	0,006
Обсессии религиозного содержания	-0,059	0,600	0,144	-0,418	0,110
Обсессии симметрии и порядка	0,590	0,352	0,206	0,312	0,128
Другие обсессии	0,178	0,762	0,232	0,196	-0,107
Обсессии дисморфофобического, ипохондрического содержания	-0,377	0,531	0,017	0,237	-0,467
Компульсивное мытье	0,266	0,585	-0,345	-0,366	0,090
Компульсивные проверки	0,179	0,788	-0,008	0,224	0,005
Ритуалы повторения	0,702	0,369	0,099	0,145	0,017
Компульсивный счет	0,634	0,307	-0,131	-0,102	-0,187
Компульсии симметрии и порядка	0,803	0,201	0,081	-0,036	-0,100
Компульсии собирания и коллекционирования	0,106	0,195	-0,142	0,780	0,081
Другие компульсии	0,348	0,643	0,134	0,257	0,361
Компульсии с тиками	-0,108	-0,002	-0,084	0,058	0,898
Expl.Var	2,368	3,700	1,537	1,353	1,279
Prp.Totl	0,158	0,247	0,102	0,090	0,085

Примечания: * – выделены нагрузки выше 0,700.

клинических данных о ключевых переживаниях, характерных для больных, имеющих соответствующую симптоматику.

Рассмотрение первого фактора показало, что с наибольшими нагрузками в него вошли признаки, указывающие на обсессивный контроль над завершенностью действия (компульсии симметрии и порядка, а также ритуалы повторения). Этот фактор для краткости был обозначен как навязчивости завершенности. Второй фактор определялся симптоматикой, свидетельствовавшей о наличии обсессивного контроля над безопасностью (компульсивные проверки, обсессии загрязнения, другие обсессии). Соответствующая симптоматика была обозначена как навязчивости безопасности. Третий фактор включал контрастные обсессии (навязчивые опасения совершить противоправное или аморальное действие и т.п.), а также обсессии сексуального содержания. Указанная симптоматика, очевидно, отражает попытку больных установить обсессивный контроль над запретными побуждениями и сильными чувствами и кратко может быть квалифицирована как навязчивости запретных побуждений. Четвертый фактор был представлен обсессивным собирательством и неспособностью расстаться с материальными объектами, что переживалось пациентами как необходимость обладания предметами, овеещающими их жизнен-

ный опыт и фантазии. С учетом этого данный фактор был обозначен как навязчивости обладания. В пятый фактор с максимальной нагрузкой вошли компульсии, сопряженные с тиками и контролем над ними. Эти навязчивые состояния развивались у пациентов, страдающих коморбидным тикозным расстройством, и были обозначены как навязчивости с тиками. Пациенты, не набравшие существенных факторных баллов, были отнесены в шестую категорию – малосимптомный вариант ОКР. Сюда вошли состояния, характеризовавшиеся ограниченными, непостоянными или редуцированными обсессиями, а также ананкастным поведением.

На следующем этапе работы каждый из обследованных пациентов в зависимости от преобладания факторных баллов по тем или иным осям был отнесен в одну из соответствующих подгрупп. В подгруппу навязчивостей завершенности вошло 13 человек, в подгруппу навязчивостей безопасности – 10, в подгруппу навязчивостей запретных побуждений – 17, в подгруппу навязчивостей обладания – 7, в подгруппу навязчивостей с тиками – 10, а к малосимптомному варианту было отнесено 27 пациентов. После этого для каждой из выделенных таким образом подгрупп были рассчитаны средние по всем изучавшимся параметрам, а также осуществлен многомерный дисперсионный анализ.

Как следует из табл. 2, между подгруппами имеются существенные различия по полу и по возрасту начала заболевания. Наиболее рано навязчивости возникали у больных с тиками, а также при обсессивном контроле завершенности действий.

При рассмотрении результатов по шкале депрессии Бека видно, что подгруппы также достоверно отличаются друг от друга ($p=0,023$, дисперсионный анализ по Краскелу-Уоллису). Причем, больные из подгруппы обсессии безопасности имеют наиболее тяжелые расстройства настроения, тогда как при обсессиях с тиками и при обсессиях завершенности депрессии фактически нет.

Средние результаты по методике 16ЛФ, характеризующие особенности личности больных, представлены в табл. 3.

В целом психологический профиль больных свидетельствует о наличии у них высокой степени неудовлетворенности и психологического напряжения – фрустрации (фактор Q4). Имеется также тенденция к повышению баллов по фактору О (невротизм, неуверенность в себе, интрапунитивность), фактору I (сенситивность) и L (бдительность,

настороженность, аффективная ригидность), а также снижение по фактору С (эмоциональная стабильность, зрелость, интегрированность) и фактору F (экспрессивность, эмоциональная выразительность поведения). При этом выделенные, исходя из особенностей симптоматики, подгруппы больных имеют и свои психологические отличия, которые достигают уровня статистической достоверности по шкалам F (экспрессивность), E (доминантность) и Q2 (самодостаточность).

Так, для больных первой подгруппы, в состоянии которых на первое место выходил контроль над завершенностью действий, были характерны повышенная напряженность (фактор Q4), перфекционизм (фактор Q3) и самодостаточность (фактор Q2). Их также отличали высокая склонность к рациональному мышлению (фактор В) при низких показателях эмоциональной устойчивости (фактор С), экспрессивности (фактор F) и социальной смелости (фактор Н).

Для пациентов, в состоянии которых на первое место выходило навязчивое стремление к безопасности, были характерны повышенный уровень фру-

Таблица 2

Демографические характеристики, возраст начала и длительность заболевания, а также тяжесть депрессии по шкале Бека в подгруппах обследованных больных

	Все больные	Навязчивости завершенности	Навязчивости безопасности	Навязчивости запретных побуждений	Навязчивости обладания	Навязчивости с тиками	Малосимптомный	Дисп. анализ по Краскелу-Уоллису (p)
Пол (м/ж)	61/23	11/2	7/3	15/2	4/3	9/1	15/12	0,050
Возраст	30,7	28,3	33	29,9	29,6	24,6	34,1	
Возраст начала заболевания	23,4	18,2	26,7	22,1	22,6	16	28,5	0,006
Длительность заболевания	7,2	10,1	6	7,7	7	8,6	5,5	
Сумма баллов по шкале Бека	13,4	9,5	19,0	13,5	11,6	9,0	15,6	0,023

Таблица 3

Средние значения по опроснику 16ЛФ для всей группы и выделенных подгрупп больных

Шкалы теста	Все больные (n=64)	Навязчивости завершенности (n=9)	Навязчивости безопасности (n=9)	Навязчивости запретных побуждений (n=11)	Навязчивости обладания (n=6)	Навязчивости с тиками (n=9)	Малосимптомный вариант (n=20)	Дисп. анализ по Краскелу-Уоллису (p)
A	4,9	4,4	6,1	3,5	6,2	5,2	4,8	0,066
B	6,4	7,2	6,0	5,5	6,3	7,0	6,4	0,480
C	4,0	3,8	4,0	3,6	3,8	4,6	4,2	0,937
E	4,7	4,7	5,2	3,4	4,0	5,6	5,0	0,013
F	4,0	3,8	4,0	2,7	5,0	3,1	4,8	0,009
G	5,2	5,2	5,4	5,2	5,5	4,6	5,4	0,869
H	4,2	3,7	4,3	3,1	3,7	4,9	4,9	0,070
I	5,9	5,4	5,7	5,5	7,0	6,0	6,2	0,535
L	5,9	6,6	6,4	4,4	4,5	7,1	6,2	0,066
M	4,5	4,9	3,3	4,2	5,2	5,1	4,5	0,438
N	5,6	6,2	6,7	5,4	6,3	5,0	5,0	0,156
O	6,2	6,0	6,8	6,1	6,3	5,6	6,2	0,916
Q1	5,5	5,7	4,2	6,0	5,2	5,6	5,7	0,285
Q2	5,8	6,9	4,9	7,2	5,0	6,1	5,0	0,035
Q3	5,7	7,0	6,0	6,4	5,7	5,9	4,6	0,225
Q4	6,9	7,3	7,0	6,6	7,3	7,3	6,6	0,924

страции (фактор Q4) и невротизма (фактор O), что сочеталось со снижением эмоциональной стабильности (фактор C), а также способности к абстрагированию и отказу от условностей (фактор M).

Поведение больных с преобладанием обсессивного контроля над запретными побуждениями определялось повышенными показателями самодостаточности (фактор Q2) и снижением эмоциональной устойчивости (фактор C). Пациенты этой группы отличались также низкой душевностью и эмоциональностью (фактор A), экспрессивностью (фактор F), доминантностью (фактор E) и социальной смелостью (фактор H).

Психологический профиль пациентов с синдромом обсессивного собирательства определялся следующими психологическими факторами: повышенной напряженностью (фактор Q4) и сенситивностью (фактор I), а также пониженной эмоциональной стабильностью (фактор C) и социальной смелостью (фактор H).

Для пациентов с обсессивным контролем тиков был характерен повышенный уровень эмоциональной напряженности (фактор Q4) и рациональности (фактор B) в сочетании с низкой экспрессивностью поведения (фактор F).

Малосимптомный вариант ОКР по 16ЛФ в среднем характеризовался лишь незначительными характерологическими акцентами, указывающими на легко возникающую напряженность (фактор Q4), аффективную ригидность (фактор L), сенситивность (фактор I), а также склонность к невротическим реакциям (фактор O) и рационализмом (фактор B).

Исследование особенностей когнитивного функционирования также выявило существенные различия между пациентами рассматриваемых подгрупп. Психологические характеристики обследованных больных, касающиеся особенностей их когнитивного функционирования, представлены в табл. 4.

Между подгруппами имеются немаловажные различия, которые, однако, не достигают степени достоверности из-за малого количества наблюдений. С целью повысить достоверность указанных

различий, было предпринято объединение подгрупп по ряду показателей. Для этого сопоставлялись диаграммы рассеяния данных по каждому из показателей в разных подгруппах больных, после чего сходные подгруппы по соответствующему признаку объединялись. В результате такой процедуры были выявлены достоверные различия по показателям долговременной памяти между объединенной подгруппой больных с навязчивостями запретных побуждений и навязчивостями с тиками в сравнении с другими подгруппами пациентов ($p=0,009$, критерий Манна-Уитни). Были также обнаружены достоверные различия по количеству ассоциаций на 9 слов за 30 секунд между объединенной подгруппой пациентов с навязчивостями завершенности, безопасности и малосимптомным вариантом ОКР в сравнении с подгруппой больных, страдающих навязчивостями с тиками ($p=0,027$, критерий Манна-Уитни). Выявляются также достоверные различия по времени, затрачиваемому на выполнение методики «Расстановка чисел», при объединении подгрупп больных с навязчивостями завершенности и обладания в сравнении с объединенными подгруппами пациентов с навязчивостями безопасности и навязчивостей с тиками ($p=0,014$, критерий Манна-Уитни). Кроме того, имеются различия по количеству ошибок при выполнении методики «Расстановка чисел» между объединенными подгруппами больных с навязчивостями завершенности, безопасности и обладания в сравнении с подгруппами пациентов с навязчивостями запретных побуждений и навязчивостями с тиками ($p=0,020$, критерий Манна-Уитни). Наконец, по результатам пробы Струпа выявляются достоверные различия между объединенными подгруппами больных с навязчивостями безопасности и тиками в сравнении с пациентами с навязчивостями завершенности и обладания ($p=0,005$).

В целом, нарушения когнитивных функций чаще всего выявляются у пациентов из подгрупп навязчивостей с тиками, навязчивостей запретных побуждений и навязчивостей безопасности. При этом когнитивные процессы у больных из подгруппы

Таблица 4

Средние (и медианы) показателей когнитивного функционирования для всей группы и в выделенных подгруппах больных

	Все больные (n=76)	Обсессии завершенности (n=13)	Обсессии безопасности (n=9)	Обсессии влечений (n=15)	Обсессии обладания (n=7)	Обсессии с тиками (n=10)	Малосимптомный (n=22)
Кратковременная память	8,1 (8,0)	8,5 (9,0)	8,2 (9,0)	7,9 (8,0)	8,5 (8,5)	8,6 (8,5)	8,3 (8,0)
Долговременная память	7,9 (8,0)	8,7 (8,0)	8,3 (8,5)	7,0 (7,0)	8,5 (8,5)	7,1 (7,0)	8,2 (8,0)
Количество ассоциаций за 30 сек.	7,3 (8,0)	7,2 (9,0)	6,7 (7,0)	7,4 (8,0)	7,4 (8,0)	8,3 (9,0)	7,0 (7,5)
Время, затраченное на воспроизведение 9 слов (сек.)	43,5 (35,0)	49,6 (30,0)	50,2 (38,0)	37,5 (35,0)	42,0 (40,0)	27,3 (25,0)	48,8 (38,5)
Методика «Расстановка чисел» (время)	218,0 (195,0)	186,6 (169,5)	228,8 (240)	220,7 (186,0)	204,3 (207,0)	249,0 (249,0)	226,6 (170,0)
Методика «Расстановка чисел» (ошибки)	3,0 (3,0)	2,7 (3,0)	2,3 (2,0)	3,7 (4,0)	2,6 (2,0)	3,8 (4,0)	3,1 (3,0)
Ригидность/гибкость когнитивного контроля по пробе Струпа (Т3-Т2)	41,9 (38,5)	33,0 (32,0)	47,4 (48,0)	43,0 (41,0)	35,3 (35,0)	46,6 (41,0)	43,9 (34,0)

навязчивостей безопасности характеризуются повышенной ригидностью когнитивного контроля, что приводит к увеличению длительности когнитивных операций.

Объем долговременной памяти у больных с навязчивостями запретных побуждений, хотя в целом и остается в рамках нормальных показателей (7–9) [6], однако по сравнению с показателями в других группах достоверно понижен. У этих больных отмечается также и достоверное повышение количества ошибок (в норме показатели не превышают 2–2,5 ошибки [6]). У больных же с навязчивостями с тиками сокращение объема долговременной памяти сочетается с уменьшением количества ассоциаций, возрастанием количества ошибок и усилением ригидности когнитивного контроля.

Обсуждение

Работы последних лет свидетельствуют о том, что ОКР представляет собой спектр разнородных психопатологических состояний, которые далеко выходят за рамки собственно тревожных расстройств [13]. Более того, генез и механизмы ОКР не определяются только стрессом и тревогой [15, 17, 18]. Поэтому в новой версии Международной классификации болезней МКБ-11 это расстройство не должно рассматриваться в рамках категории невротических и связанных со стрессом расстройств.

Вместе с тем, изменение нозографического положения данного расстройства порождает немаловажные проблемы, связанные с обоснованием его диагностической самостоятельности и типологии. Как показало данное исследование, все синдромы ОКР тесно переплетены, что, по всей видимости, обусловлено наличием между ними важных патогенетических взаимосвязей. Однако это переплетение неоднородно. Статистические процедуры позволяют выявить воспроизводимые варианты сочетаний симптомов и связанных с ними форм поведения, которые складываются в относительно самостоятельные подтипы ОКР.

В разных исследованиях, базирующихся на факторном анализе, с постоянством выделяется 3–6 самостоятельных обсессивно-компульсивных синдромов (собираемость, обсессии агрессивного, сексуального, религиозного характера, обсессии чистоты, симметрии и порядка), из которых только состояния, определяющиеся компульсивным собираемостью (хордингом), характеризуются этиологической, феноменологической и прогностической определенностью [18]. Это обстоятельство даже выдвигается в качестве аргумента в пользу предлагаемого в проекте DSM-V дальнейшего расщепления ОКР и выделения из него в качестве отдельной нозографической единицы компульсивного собираемости (хординга).

Что касается других вариантов обсессивных синдромов, то определенность их прогноза и устойчивость клинических проявлений вызывают сомне-

ния, хотя некоторые авторы настаивают на важности выделения навязчивых состояний с тиками [20]. Отмеченный полиморфизм и вариабельность ОКР являются основанием для димензионного подхода к оценке ОКР в противовес категориально-нозографическому [10, 15].

Особенностью настоящей работы явилось то, что в ней была осуществлена попытка выйти за рамки чисто статистического подхода, дополнив его функциональным клинико-психопатологическим анализом. В связи с этим интерпретация выделенных в результате факторного анализа сочетаний симптомов осуществлялась с учетом их биопсихосоциальной значимости. При этом обсессии и компульсии рассматривались как разновидности смещенной активности, частично компенсирующей или выражающей в символической форме неосознаваемый поведенческий дефицит [4].

При выполнении данного исследования удалось показать, что 6 выделенных психопатологических синдромов ОКР различаются по времени возникновения симптоматики, выраженности коморбидной депрессии и, возможно, гендерному составу больных. Каждый из типов ОКР связан с определенными конституционально-личностными характеристиками больных и особенностями присущего им когнитивного функционирования.

В частности, больных с навязчивостями завершенности характеризует повышенная эмоциональная напряженность, сопряженная с невысокой способностью к интеграции поведения и неразвитостью коммуникативных навыков (невербальных коммуникаций, эмпатии и доверия), что патологически компенсируется при помощи чрезмерного и интеллектуализированного самоконтроля. Клинические проявления заболевания возникают у этих больных сравнительно рано – в юношеском возрасте и не сопровождаются существенными отклонениями в психомоторной сфере.

У больных с навязчивостями безопасности также выявляется высокая степень эмоциональной напряженности, которая, однако, обусловлена конституциональной склонностью к тревожно-депрессивным расстройствам (невротизмом). Навязчивости появляются у них в более позднем возрасте, сочетаются с депрессией средней тяжести и развиваются в связи с присущим им ригидным когнитивным контролем.

Больные с навязчивостями запретных побуждений отличаются чрезвычайно низкой развитостью коммуникативных способностей (чрезмерная самодостаточность, отсутствие экспрессивности, избегание), подчиняемостью и пониженной эмоциональностью. Не исключено, что в характере переживаний больных этой подгруппы находят отражение их неудовлетворенность своим социально-ролевым статусом. Возраст возникновения заболевания в этой подгруппе больных – средний, а сопутствующие депрессии обычно имеют легкий (а точнее, парциальный) характер. Для больных с

навязчивостями запретных побуждений характерно снижение долговременной памяти, а также значительное количество когнитивных ошибок, что косвенно указывает на нарушения исполнительных функций.

Для пациентов с навязчивостями обладания характерно наличие повышенной эмоциональной напряженности, которая может быть обусловлена низкой способностью к интеграции поведения и социальной смелостью, а также высокой степенью психофизиологической сенситивности. Возраст появления симптоматики в данной подгруппе больных – средний, а степень сопутствующей депрессии – легкая. Существенного когнитивного дефицита у этих пациентов не отмечается, а своеобразии навязчивых состояний объясняется присущими им когнитивно-стилевыми механизмами стабилизации самосознания, которая достигается не за счет самоограничения и самоконтроля, а с помощью контроля над материальными объектами.

Больным с навязчивостями, которые сочетаются с тиками, также присуща повышенная эмоциональная напряженность, которая сочетается со сравнительно высоким уровнем рациональности и достаточно развитой эмоциональностью. Этих пациентов характеризует пониженная экспрессивность поведения при среднем уровне социальной смелости, эмоциональности и способности к эмпатии. Заболевание у них начинается в наиболее раннем возрасте и не сопровождается депрессивной симптоматикой. В то же время их отличает от других категорий пациентов значительная степень когнитивных нарушений – снижение долговременной памяти, увеличение количества когнитивных ошибок, замедление ассоциативного процесса, ригидный когнитивный контроль.

Для пациентов с малосимптомным вариантом ОКР характерно наличие повышенной степени эмоциональной напряженности и невротизма. Однако выраженность этих личностных черт, как правило, не чрезмерная. Способность к интеграции поведения, коммуникативные навыки и эмоциональность у них выражены достаточно. Навязчивости появляются довольно поздно (после 25 лет), возникают примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин и могут сопровождаться отчетливой депрессией, легкой или умеренной степени тяжести. Память и ассоциативный процесс у этих больных не изменены, хотя отмечается тенденция к усилению ригидности когнитивного контроля.

Ограничения данного исследования связаны, прежде всего, со сравнительно небольшим количеством обследованных пациентов, что может сказаться на результатах факторного анализа. И, хотя указанный недостаток отчасти компенсируется комплексностью выполненного исследования, его результаты могут рассматриваться лишь как предварительные. Вместе с тем, сравнение выделенных в ходе данной работы факторов указывает на их

близость к факторам, выделенным в работах других авторов, что свидетельствует о валидности полученных результатов.

В частности, в качестве главного прототипа может рассматриваться работа J.F.Leckman и соавт. [14], которые при обследовании двух независимых групп пациентов с ОКР, общей численностью более 300 человек, выделили с помощью факторного анализа 4 базисных фактора, характеризующих клиническую картину этого расстройства. Первый фактор включал обсессии агрессивного, сексуального и морально-религиозного содержания, а также компульсивные проверки. Второй фактор включал навязчивости и компульсии, связанные с симметрией, порядком, точностью, ритуалы повторения, навязчивый счет. Третий фактор состоял из обсессии загрязнения, а также компульсий наведения чистоты и мытья. Четвертый фактор включал обсессии и компульсии собирательства.

Нетрудно видеть, что факторная структура клинических проявлений ОКР, полученная в настоящем исследовании, почти полностью совпадает с той, которая была выделена J.F.Leckman и соавт. [14]. Исключение представляет симптом компульсивных проверок, положение которого в сравнении с прототипом изменилось: он перешел из фактора, описывающего контрастные навязчивости, в фактор навязчивостей безопасности и оказался связанным с обсессиями загрязнения и чистоты. Кроме того, в настоящем исследовании в отличие от прототипа в качестве самостоятельного фактора выделены компульсии, связанные с тиками, а также малосимптомный ОКР. Объясняется это тем, что навязчивости, сопряженные с тиками, в работе J.F.Leckman и соавт. не включались в перечень отобранных для факторного анализа переменных, а случаи, не получившие достаточного количества факторных баллов, клинически не оценивались.

Второе ограничение касается выполненного в ходе анализа материала объединения различных подгрупп по отдельным анализируемым признакам для выявления статистически достоверных различий между более крупными подгруппами. Несмотря на дискуссионность такой процедуры с чисто математической точки зрения (проблема апостериорных сравнений при непараметрическом дисперсионном анализе) [5], с клинической позиции указанное действие является вполне оправданным, поскольку гетерогенность подгрупп до определенной степени условна. Так, в связи с высокой частотой сочетания симптомов и частичного перекрытия выделяемых при клинико-статистическом анализе факторов, естественно допустить, что в патогенезе различных синдромов могут иметь значение одни и те же промежуточные механизмы. При этом специфичность каждого синдрома определяется различным сочетанием указанных признаков, которые создают характерную для каждого синдрома эндофенотипическую матрицу [11].

ЛИТЕРАТУРА

1. Асатиани Н.М. Отдаленный катамнез больных неврозом навязчивых состояний // Тезисы докл. 3-го Всеросс. съезда невропатологов и психиатров. М., 1974. Т. 2. С. 15–17.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. С. 181–183.
3. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. Методическое пособие. СПб.: Речь, 2005. С. 241–306.
4. Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»). М., 1994. С. 32–35.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2006. 312 с.
6. Сборник психологических тестов. Часть II: Пособие / Сост. Е.Е.Миронова. М.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006. С. 12, 22.
7. Шмелев А.Г., Похилько В.И., Соловейчик А.С. Практикум по психодиагностике (психодиагностические материалы). М., 1988. С. 17–42.
8. Attiullah N., Eisen J.L., Rasmussen S.A. Clinical features of obsessive-compulsive disorder // *Psychiatr. Clin. North Am.* 2000. Vol. 23. P. 469–491.
9. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders // *J. Clin. Psychiatry.* 1994. Vol. 55. P. 18–23.
10. de Mathis M.A., Diniz J.B., do Rosário M.C. et al. What is the optimal way to subdivide obsessive-compulsive disorder? // *CNS Spectr.* 2006. Vol. 11, N 10. P. 762–779.
11. Fineberg N.F., Saxena S., Zohar J., Craig K.J. Obsessive-compulsive disorder: Boundary issues // *CNS Spectr.* 2007. Vol. 12, N 5. P. 359–364.
12. Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1989. Vol. 46. P. 1006–1011.
13. Hollander E., Benzaquen S. Focus on obsessive compulsive spectrum disorders. Amsterdam, 1997. P. 33–44.
14. Leckman J.F., Grice D.E., Boardman J. et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder // *Am. J. Psychiatry.* 1997. Vol. 154. P. 911–917.
15. Leckman J.F., Rauch S.L., Mataix-Cols D. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Implications for the DSM-V // *CNS Spectr.* 2007. Vol. 12, N 5. P. 376–387.
16. Lee H.J., Kwon S.M. Two different types of obsessions: autogenous and reactive obsessions // *Behav. Res. Ther.* 2003. Vol. 41. P. 11–29.
17. Mataix-Cols D., Rosario-Campos M.C., Leckman J.F. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder // *Am. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 162. P. 228–238.
18. Mathews C.A. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder // *Oxford handbook of anxiety and related disorders / M.M. Antony, M.B. Stein (Eds.). Oxford: Univ. Press, 2009. P. 56–64.*
19. Perugi G., Akiskal H.S., Gemignani A. et al. Episodic course of obsessive-compulsive disorder // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998. Vol. 248. P. 240–244.
20. Rasmussen S.A., Eisen J.L. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder // *J. Clin. Psychiatry.* 1994. Vol. 55, Supl. 10. P. 5–10.
21. Rosen M. A dual model of obsessional neurosis // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1975. Vol. 43. P. 453–459.

КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ СИНДРОМОВ

А. Е. Бобров, А. К. Гомозова

Работа посвящена комплексной оценке психопатологической структуры обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) с целью выделения его подтипов на основе многомерного анализа клинических проявлений. Выделенные подтипы ОКР сопоставлялись между собой по ряду социально-демографических, клинических и психологических параметров.

Было изучено 84 пациента (23 жен. и 61 муж.) в возрасте от 17 до 62 лет, в психическом состоянии которых доминировали навязчивости. У 52 больных ведущим диагнозом было обсессивно-компульсивное расстройство, у 12 – шизотипическое расстройство, у 8 – шизофрения, у 6 – депрессивный эпизод, у 3 – паническое расстройство, у 3 – органическое расстройство.

Использовались шкала для оценки обсессивно-компульсивного

расстройства Йела-Брауна, шкала депрессии Бека, тест 16 личностных факторов, тест Струпа, методика «Расстановка чисел», пробы на скорость ассоциаций и запоминание 10 слов.

На основании факторного анализа было выделено 6 синдромов ОКР (обсессии завершенности, безопасности, влечений, обладания и тиков, а также подгруппа малосимптомного ОКР).

Показано, что указанные синдромы различаются по времени возникновения симптоматики, выраженности коморбидной депрессии и гендерному составу больных. Кроме того, каждому из синдромов соответствуют определенные конституционально-личностные характеристики больных и особенности когнитивного функционирования.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, навязчивости, шкала Йела-Брауна, когнитивные расстройства.

CLINICAL-STATISTICAL AND PSYCHOLOGICAL INVESTIGATION OF OBSESSIVE-COMPULSIVE SYNDROMES

A. E. Bobrov, A. K. Gomozova

This article is devoted to evaluation of psychopathological structure of obsessive-compulsive disorder (OCD) with the purpose to distinguish the subtypes of this disorder on the basis of multidimensional analysis of clinical manifestations. The OCD subtypes are compared on a number of social-demographic, clinical and psychological parameters.

Material: 84 patients (23 female and 61 male) aged 17 to 62 years, with obsessions dominating in their mental condition. With 52 patients, OCD was the principal diagnosis, with 12 patients it was schizotypal disorder, with 8 – schizophrenia, with 6 – depressive episode, with 3 – panic disorder and with 3 – organic disorder.

Instruments: the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Beck's Depression Scale, the 16-PF personality questionnaire, the Stroop test,

'digit arrangement' method, the associations' test and the memory '10 words' test.

Results and conclusion: Following the results of factor analysis, the authors distinguish 6 OCD syndromes (obsessions of accomplishment, safety, drives, possession and spasms, and the subgroup of 'low-symptom' OCD). These syndromes differ on the time of appearance of symptoms, severity of comorbid depression and the male/female ratios. Besides, every syndrome is associated with specific constitutional and personality characteristics and those of cognitive functioning.

Key words: subtypes of obsessive-compulsive disorder, constitutional and personality characteristics, social-demographic, clinical and psychological parameters, cognitive disorders, Yale-Brown Scale.

Бобров Алексей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по учебно-методической работе, руководитель отделения психотерапии и консультативной психиатрии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: bobrov2004@yandex.ru

Гомозова Александра Константиновна – аспирант отделения психотерапии и консультативной психиатрии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: gomax@mail.ru