

Скугаревская Т.О., Скугаревский О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

# Доклиническая феноменология обсессивно-компульсивного регистра в контексте проявлений астенического синдрома у студентов медицинского вуза

Настоящее исследование посвящено оценке феноменов обсессивно-компульсивного спектра, оцененных на неклинической выборке, что будет способствовать, с одной стороны, пониманию закономерностей развития клинически выраженных проявлений обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), а с другой стороны, позволит оценить распространенность донозологических проявлений указанного регистра состояний. Основанием для проведения исследования явились следующие предпосылки: во-первых, клиническая реальность предоставляет убедительные доказательства сосуществования и взаимного потенцирования феноменов обсессивно-компульсивного спектра и астенического синдрома, во-вторых, астенический синдром, обладая неспецифической нозологической принадлежностью, является в целом провоцирующим моментом психосоциальной дезадаптации, в-третьих, симптоматика обсессивно-компульсивного регистра, особенно в контексте клинически выраженных состояний (ОКР), способна «обрастать» значительной коморбидностью (депрессия, нарушения пищевого поведения, зависимость от психоактивных веществ, нарушения сна и пр.) и агgravировать тяжесть сопутствующих нарушений, что предопределяет профилактическое значение и социальную значимость исследования, в-четвертых, есть основания рассматривать сочетанный характер механизмов реализации феноменов астении и проявлений обсессивно-компульсивного спектра с точки зрения функционирования мозговых структур. Так, например, речь идет о вовлеченности кортико-стриато-таламо-кортикальных путей, в частности префронтальных зон мозга, предопределяющих нарушения механизмов исполнительского функционирования.

Обсессивно-компульсивное расстройство – это психическое расстройство, для которого характерно наличие обсессивных идей (навязчивых мыслей, обычно воспринимаемых субъектом как эго-дистоничные из-за своей нежелательности) и компульсивного поведения (повторяющихся действий,

выполнение которых способствует уменьшению тревоги). ОКР характеризуется клиническим разнообразием, находящим отражение в большом спектре симптомов. Наиболее частыми типами obsessions [2] являются боязнь загрязнения (45%), навязчивые сомнения (42%), соматическая озабоченность (36%), болезненная озабоченность в наличии симметрии (31%), переживания агрессивного (28%), сексуального характера (26%) и другие (13%). Классические формы компульсий включают в себя перепроверки действий (63%), навязчивое мытье (50%), счет (36%), необходимость просить о чем-либо или признаваться в чем-либо окружающим (31%), стремление к поддержанию симметрии и точности (28%), собирательство (18%).

Долгое время ОКР считалось редким расстройством, с частотой встречаемости около 0,05% среди взрослых людей. Более поздние исследования [3] показали, что его распространенность в популяции колеблется от 1,9 до 3,3% в зависимости от возраста, делая ОКР 4-м по частоте встречаемости психическим нарушением после фобий, зависимости от психоактивных веществ и депрессии. Средний возраст проявления заболевания – 18–20 лет с примерно одинаковым соотношением долей женщин и мужчин.

Характеристики и распространенность обсессивно-компульсивных черт в популяции здоровых людей исследовались на примере некоторых стран (США, Израиль, Бразилия), в число которых Беларусь не входила. Такие исследования часто проводились на группах подростков и студентов [5]. Их результаты свидетельствуют о частоте встречаемости доклинических проявлений порядка 3,9–8,4%.

Проведенное нами исследование по своему дизайну было открытым, перечным, наблюдательным, анонимным, респонденты перед его началом дали устное информированное согласие на участие.

В группу респондентов было включено 110 студентов различных факультетов Белорусского государственного медицинского университета 1–6-го курсов. Возраст обследованных:  $M_e=20,0$  лет; (25–75%: 19,75–21,0), что соответствует типичному возрасту манифестации ОКР. Таким образом, исследование проведено на возрастной группе, сензитивной к началу расстройств обсессивно-компульсивного спектра.

Респондентам были предложены для заполнения 3 опросника. Степень выраженности астении оценивалась по шкале MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory – 20) [4], позволяющей оценить следующие компоненты астенического синдрома: общая астения, физическая астения, пониженная активность, сниженная мотивация и психическая астения. В анализ включался также общий балл шкалы.

Для оценки модулирующего вклада астении в проявление психиатрической феноменологии в студенческой выборке была использована шкала

SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised), ориентированная на оценку психиатрической болезненности. Шкала позволяет охарактеризовать напряженность психиатрических феноменов по 10 кластерам: соматизация (SOM), обсессивность-компульсивность (O-C), депрессия (DEP), тревожность (ANX), межличностная сензитивность (INT), фобическая тревожность (PHOB), параноидность (PAR), враждебность (HOS), психотизм (PSY), дополнительные симптомы (ADD).

С целью углубленного анализа доклинической феноменологии обсессивно-компульсивных проявлений в работе была использована шкала OCI (Obsessive-Compulsive Inventory) [1], до этого не применявшаяся в русскоязычных популяциях и, следовательно, требующая проверки ее психометрических свойств.

Психометрическая адаптация включала оценку содержательной и конструктивной валидности теста, анализ его надежности. Был выполнен двухсторонний перевод с экспертной оценкой специалистами-психиатрами семантического контекста пунктов. Эксплораторный факторный анализ позволил оценить факторную структуру шкалы методом анализа главных компонент с вращением Варимакс и нормализацией Кайзера. Для оценки конструктивной валидности использовался коэффициент корреляции со шкалой обсессивно-компульсивных проявлений опросника SCL-90-R. Для оценки надежности по внутренней согласованности использовалась величина альфа Кронбаха.

Опросник OCI ориентирован на заполнение респондентом и содержит 42 вопроса. На каждый вопрос дается ответ по пятибалльной шкале от 0 до 4, причем «0» соответствует минимальной выраженности признака, а «4» – максимальной. Выделенная нами факторная структура шкалы предполагает 7 факторов: навязчивое мытье, перепроверки, сомнения, упорядочивание, обсессии, собирательство и нейтрализацию тягостных мыслей. Вышеуказанные компоненты объясняют 60,02% общей дисперсии данных. Из 42 вопросов 40 имели значение собственной нагрузки по соответствующему фактору выше 0,4. Вопросы № 15, 19 имели значения 0,35 и 0,30 соответственно и, таким образом, были включены в факторы, предложенные разработчиками анкеты, с учетом их содержательного контекста. Был проведен корреляционный анализ с бутстрепом суммарного балла OCI и шкалы O-C SCL-90-R. Значение коэффициента корреляции составило 0,62 (95%-й ДИ 0,50–0,73). Надежность по внутренней согласованности шкалы OCI составила 0,93 (альфа Кронбаха), что подтверждает хорошую внутреннюю согласованность опросника. Выделенные в результате вращения факторы обладают следующей надежностью: навязчивое мытье – 0,80, перепроверки – 0,72, сомнения – 0,80, упорядочивание – 0,73, обсессии – 0,89, собирательство – 0,69 и нейтрализация тягостных мыслей – 0,73.

На следующем этапе исследования произведена кросс-секционная оценка выраженности феноменов обсессивно-компульсивного спектра (шкала

OCI), общей психопатологии (SCL-90-R) и астении (MFI-20). Результаты описательной статистики приведены в табл. 1.

**Таблица 1**

**Выраженность феноменов обсессивно-компульсивного спектра (шкала OCI), общей психопатологии (SCL-90-R) и астении (MFI) у студентов 1–6-го курсов БГМУ, n=110**

Шкала	Фактор	Медиана (Me)	25–75%
SCL-90-R	SOM	0,42	0,25–0,67
	O-C	0,50	0,3–0,7
	INT	0,67	0,33–1
	DEP	0,46	0,17–0,83
	ANX	0,40	0,1–0,7
	HOS	0,33	0,17–0,67
	PHOB	0,0	0,0–0,29
	PAR	0,33	0,17–0,5
	PSY	0,10	0,0–0,3
	ADD	0,29	0,14–0,57
OCI	Навязчивое мытье	5,0	2,0–8,0
	Перепроверки	5,0	3,0–8,75
	Сомнения	1,0	0,0–3,0
	Упорядочивание	4,0	2,25–7,0
	Обсессии	4,0	2,0–8,0
	Собирательство	1,0	0,0–3,0
	Нейтрализация тягостных мыслей	2,0	1,0–4,75
	Суммарный балл	24,0	17,0–44,0
MFI-20	Общая астения	24,0	17,0–44,0
	Физическая астения	8,0	6,0–11,0
	Пониженная активность	9,0	6,0–12,0
	Сниженная мотивация	7,0	6,0–10,0
	Психическая астения	7,0	5,25–10,0
	Суммарный балл	41,0	35,0–52,0

Задачей следующего этапа исследования была оценка сопряженных отношений феноменологии обсессивно-компульсивного спектра с выраженностью психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и проявлениями астенического синдрома (MFI-20) (табл. 2).

**Таблица 2**

**Коэффициенты корреляции (r Спирмена) факторов шкалы OCI с тяжестью психопатологической симптоматики и компонентами астенического синдрома у студентов БГМУ**

Фактор OCI	Интегративные шкалы SCL-90-R		Шкалы MFI-20					
	GSI	PSDI	общая астения	физическая астения	пониженная активность	сниженная мотивация	психическая астения	суммарный балл
Навязчивое мытье	0,38	0,27	0,22	0,15	0,10	0,10	0,070	0,11
Перепроверки	0,43	0,28	0,22	0,23	0,13	0,23	0,11	0,18
Сомнения	0,51	0,34	0,24	0,25	0,20	0,31	0,080	0,20
Упорядочивание	0,47	0,38	0,29	0,20	0,14	0,21	0,060	0,17
Обсессии	0,71	0,57	0,42	0,49	0,36	0,45	0,32	0,45
Собирательство	0,36	0,24	0,15	0,22	0,10	0,26	0,17	0,20
Нейтрализация тягостных мыслей	0,53	0,39	0,26	0,23	0,16	0,25	0,090	0,18

Примечания:

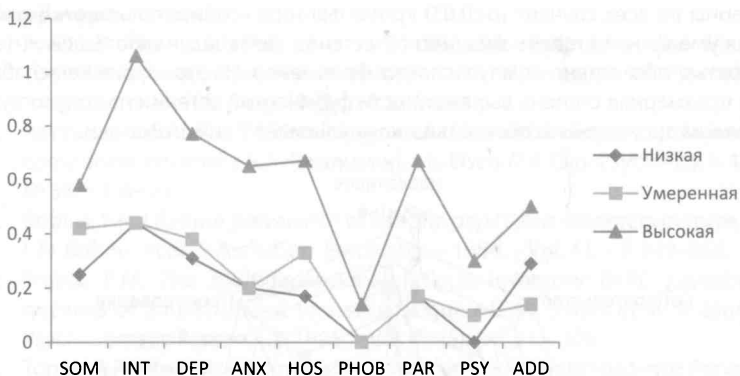
заливкой отмечены ячейки, коэффициенты корреляции в которых признаны достоверными на основании величины доверительного интервала (бутстреп);

<sup>1</sup> – GSI – общий индекс тяжести психопатологической симптоматики;

<sup>2</sup> – PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса.

Как следует из табл. 2, все феномены навязчивых переживаний, оцененные на основании OCI, связаны с бременем сопутствующей психопатологической симптоматики (GSI и PSDI). Привлекает внимание то, что фактор «обсессии», по сравнению с иными симптомами навязчивых переживаний, наиболее тесно связан как с иной психопатологической симптоматикой, так и с феноменами астении.

Далее респонденты на основании общего балла шкалы OCI с учетом 33 и 67 перцентилей были ранжированы по степени тяжести обсессивных переживаний на 3 группы (низкая, умеренная и высокая). Профили тяжести сопутствующей психопатологической симптоматики представлены на рис. 1.



**Рис. 1. Профили тяжести сопутствующей психопатологической симптоматики (SCL-90-R) у респондентов с учетом степени выраженности (низкая, умеренная, высокая) феноменов навязчивых переживаний (OCI)**

Как видно из рис. 1, подгруппа респондентов с высокой степенью выраженности навязчивых переживаний характеризуется более тяжелой психопатологической симптоматикой. Различия между этой подгруппой и двумя другими высоко достоверны по всем психопатологическим кластерам SCL-90-R ( $p < 0,02$ ). Даже на основании визуального анализа графика можно отметить, что навязчивые переживания связаны с усилением проявлений по таким кластерам психопатологической симптоматики, как межличностная сензитивность и параноидность, что в случае клинически выраженных расстройств способствует отдалению таких пациентов от получения помощи.

Принимая во внимание наличие корреляционных связей между проявлениями обсессивно-компульсивного спектра и астенической симптоматикой, на следующем этапе исследования оценке был подвергнут характер их взаимовлияний. Для этого выборка респондентов была ранжирована по 33 и 67 процентилем в рамках каждого из факторов MFI-20 на подгруппы с низкой, умеренной и высокой выраженностью признака. Ниже приводим диаграмму для фактора общей астении, наглядно демонстрирующую общий паттерн, свойственный также факторам сниженной мотивации, психической астении и пониженной активности (рис. 2). При этом наглядно показано, что тяжесть астении является надежным дихотомизирующим фактором прежде всего для таких феноменов навязчивых переживаний, как обсессии ( $p < 0,001$ ) и перепроверки ( $p = 0,002$ ). Кроме того, различия между группами с низкой и высокой степенями выраженности фактора «общая астения» высоко до-

стоверны во всех случаях ( $p < 0,03$ ) кроме фактора «собираательство». В то же время умеренная степень физической астении связана с наибольшей интенсивностью обсессивно-компульсивных феноменов. На этом фоне как слабая, так и чрезмерная степень выраженности физической астении не сопутствуют значимым проявлениям обсессивно-компульсивной симптоматики.



**Рис. 2. Профили интенсивности навязчивых переживаний (OCI) с учетом степени выраженности (низкая, умеренная, высокая) фактора «общая астения» (MFI)**

Проведенное исследование на доклинической выборке студенток-медиков позволяет заключить:

- 1) феномены навязчивых переживаний тесно сопряжены с полиморфной психопатологической симптоматикой и астеническим синдромом;
- 2) фактор «обсессии» (OCI) в структуре всего комплекса навязчивых переживаний теснее всего связан с астенической симптоматикой и психопатологической болезненностью;
- 3) факторы «обсессии» и «перепроверки» наиболее чувствительны к тяжести таких проявлений астенического синдрома, как общая астения, сниженная мотивация, психическая астения и сниженная активность, причем большей выраженности астении сопутствует большая выраженность навязчивых переживаний.

---

## **Литература**

1. Foa, E.B. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory / E.B. Foa et al. // Psychological Assessment. – 1998. – Vol. 10 (3). – P. 206–214.
2. Rasmussen, S.A. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder / S.A. Rasmussen, J.L. Eisen // J. Clin. Psychiatry. – 1992. – № 53. – P. 4–10.
3. Robins, L.N. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites / L.N. Robins, et al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1984. – Vol. 41. – P. 949–958.
4. Smets, E.M. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue / E. M. Smets et al. // Journal of Psychosomatic Research. – 1995. – Vol. 39 (5). – P. 315–325.
5. Torres, A.R. Obsessive-Compulsive Symptoms in Medical Students: Prevalence, Severity and Correlates / A. R. Torres et al. // Acad. Psychiatry. – 2015. – DOI 10.1007/s40596-015-0357-2.