



Y-BOCS™ – Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Шкала Єля-Брауна для оцінки обсесивно-компульсивних розладів

Короткий довідник із користування

Версія українською мовою для користування у веб-інтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ».

Керівництво версія 1.0 (02 жовтня 2026 р.)

Всі права застережено.

Розробники тесту: © 1989, 2017, 2026 Wayne K. Goodman, M.D. (головний розробник); співрозробники — Steven A. Rasmussen, M.D., Lawrence H. Price, M.D., Eric A. Storch, PhD.

Правовласник шкали — OCD Scales, LLC, якій належать права інтелектуальної власності на набір інструментів Y-BOCS для оцінки ОКР та споріднених розладів. Використання інструменту здійснюється виключно на підставі ліцензійної угоди з правовласником.

ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ» отримало офіційну ліцензію від OCD Scales, LLC на використання Y-BOCS™ на території України. Переклад української версії здійснено ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ» у 2026 році відповідно до умов ліцензійної угоди; авторське право на перекладену версію належить OCD Scales, LLC.

Захист особистих немайнових і майнових прав суб'єктів авторського права і (або) суміжних прав здійснюється в порядку, встановленому адміністративним, цивільним і кримінальним законодавством України.



Загальний огляд

Шкала Єля-Брауна для оцінки obsесивно-компульсивних розладів (Y-BOCS; Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) — це напівструктуроване клінічне інтерв'ю, розроблене для оцінки тяжкості симптомів у пацієнтів із діагнозом obsесивно-компульсивний розлад (ОКР). Y-BOCS вважається «золотим стандартом» вимірювання тяжкості ОКР у клінічній практиці та наукових дослідженнях протягом останніх трьох десятиліть та рекомендований міжнародними настановами (APA, NICE, WFSBP) як основний інструмент моніторингу тяжкості симптоматики та ефективності лікування ОКР (вже встановленого або запідозреного діагнозу).

Obsесивно-компульсивний розлад характеризується наявністю нав'язливих думок (obsесій) та/або повторюваних дій (компульсій), які викликають значний дистрес, займають велику кількість часу (як правило, понад одну годину на день) або суттєво порушують соціальне, професійне чи інші сфери функціонування особистості. Obsесії визначаються як небажані та тривожні ідеї, думки, образи чи імпульси, що неодноразово виникають у свідомості всупереч волі людини. Комппульсії — це форми поведінки або психічні акти, які людина відчуває потребу виконувати у відповідь на obsесію або відповідно до жорстких правил, з метою зменшення дистресу або запобігання небажаних подій.

Y-BOCS складається з двох основних розділів:

- Перелік симптомів (Symptom Checklist) — містить 92 пункти, що охоплюють основні категорії obsесій, комппульсій та поведінки уникнення. Використовується для ідентифікації конкретних симптомів пацієнта. У цій формі є можливість відмітити «основні» (цільові) симптоми для фіксування найбільш виражених obsесій, комппульсій та проявів уникнення пацієнта, які будуть основним фокусом оцінки.
- Шкала тяжкості (Severity Scale) — 10 основних пунктів (плюс додаткові пункти 1b, 6b та 11), кожен з яких оцінюється клініцистом від 0 до 4 балів.



Шкала тяжкості поділяється на дві субшкали, які включають три ключові аспекти оцінки:

Субшкала	Пункти	Що оцінює
Обсесії	Пункти 1–5 (1b — не входить до суми балів)	Час, зайнятий обсесіями; інтерференція з функціонуванням; дистрес; зусилля щодо опору; ступінь контролю над обсесіями.
Компульсії	Пункти 6–10 (6b — не входить до суми балів)	Час, витрачений на компульсії; інтерференція з функціонуванням; дистрес у разі припинення; зусилля щодо опору; ступінь контролю над компульсіями.
Інсайт	Пункт 11 (не входить до суми балів)	Ступінь усвідомлення пацієнтом безглуздості чи надмірності обсесій та компульсій.

Y-BOCS призначений для використання у дорослих осіб віком від 18 років. Для дітей та підлітків (віком 6–17 років) правовласником розроблено окрему версію — CY-BOCS (Children's Y-BOCS). Проведення шкали займає приблизно 30–45 хвилин, залежно від складності клінічної картини та досвіду інтерв'юера.

Ключовою особливістю Y-BOCS є те, що це напівструктуроване клінічне інтерв'ю, а не інструмент самозвіту. Це означає, що оцінка тяжкості кожного пункту здійснюється кваліфікованим фахівцем на основі відповідей пацієнта, спостережень під час інтерв'ю та клінічного судження. Оцінки характеризують стан пацієнта за попередній тиждень (або з моменту останнього візиту) включно з часом інтерв'ю.

Даний опитувальник не є єдиною підставою для встановлення діагнозу ОКР — діагноз ставиться відповідно до критеріїв DSM-5 або МКХ-11, — однак Y-BOCS дозволяє точно оцінити тяжкість симптомів, ідентифікувати профіль обсесивно-компульсивної симптоматики та моніторити динаміку стану пацієнта в процесі лікування. Шкала може використовуватися психіатрами, клінічними психологами та психотерапевтами, які розуміють основи проведення клінічного інтерв'ювання.



Відомості про розробників

Головним розробником Y-BOCS є **Wayne K. Goodman, M.D.** — американський психіатр, професор та завідувач кафедри психіатрії та поведінкових наук Медичного коледжу Бейлора (Baylor College of Medicine, Х'юстон, США). Д-р Goodman є одним із провідних світових експертів з обсесивно-компульсивного розладу, займається дослідженням нейробиологічних основ ОКР, розробкою фармакологічних та нейромодуляційних методів лікування (зокрема глибокої стимуляції мозку — DBS), а також психометричних інструментів для оцінки ОКР та споріднених розладів. Він обіймав посаду голови консультативної ради з наркотичних засобів у FDA та був членом робочої групи DSM-5 з тривожних, обсесивно-компульсивних та посттравматичних розладів.

Y-BOCS було вперше опубліковано у 1989 році у двох частинах у журналі Archives of General Psychiatry (нині JAMA Psychiatry). У розробці інструменту брали участь:

- Steven A. Rasmussen, M.D. — професор психіатрії Медичної школи Уоррена Альперта, Університет Брауна.
- Lawrence H. Price, M.D. — професор психіатрії та людської поведінки, клінічний директор Дослідницького інституту Батлерського госпіталю.
- Eric A. Storch, PhD — професор психіатрії Медичного коледжу Бейлора, який приєднався до команди розробників для другої редакції та подальших переглядів.

Перегляд 2024 року, який включив нові підкатегорії симптомів (обсесії стосунків, екзистенційні обсесії, гіперобізнаність про автоматичні тілесні функції та інші), здійснено за участі Lauren Wadsworth, PhD, Caitlin Pinciotti, PhD, Catie Rast, Jacey Anderberg, Lilly Brown, PhD, та Rachel Schwartz, PhD.

Валідність та надійність

Y-BOCS є найбільш психометрично дослідженою шкалою для оцінки ОКР. За понад 35 років використання її психометричні властивості підтверджено у численних дослідженнях на різних клінічних та культурних вибірках.



У валідаційному дослідженні було зібрано дані 81 пацієнта з ОКР, обстеженого клініцистами у Yale-Brown (Goodman et al., 1989); подальші психометричні дані підтверджено на міжнародній вибірці 5 140 пацієнтів з 5 країн (Cervin et al., 2022).

Внутрішня узгодженість

В оригінальному валідаційному дослідженні (Goodman et al., 1989) внутрішня узгодженість загальної шкали становила $\alpha = 0,89$. Подальші дослідження підтвердили високу узгодженість:

- Загальний бал: $\alpha = 0,89-0,91$
- Субшкала obsesій: $\alpha = 0,77-0,85$
- Субшкала компульсій: $\alpha = 0,75-0,80$

Надійність між експертами (interrater reliability)

Y-BOCS демонструє виняткову надійність між різними оцінювачами, що є критично важливим для інструменту клінічного інтерв'ю. Кореляція між оцінками різних клініцистів для загального балу становить $r = 0,98$ (Goodman et al., 1989). Для окремих пунктів коефіцієнти внутрішньокласової кореляції (ICC) знаходяться в діапазоні $0,80-0,97$.

Тест-ретестова надійність

Стабільність результатів у часі підтверджена показниками $r = 0,81-0,97$ при повторному застосуванні через 1–2 тижні у стабільних пацієнтів (Kim et al., 1990; Woody et al., 1995).

Конвергентна та дивергентна валідність

Загальний бал Y-BOCS значуще корелює з іншими інструментами оцінки ОКР: NIMH Global OC Scale ($r = 0,74$), CGI-OCD ($r = 0,74$), Padua Inventory ($r = 0,63$). Дивергентна валідність підтверджена помірними або низькими кореляціями з інструментами оцінки депресії та генералізованої тривоги, що свідчить про специфічність шкали для симптоматики ОКР.

Чутливість до змін

Y-BOCS демонструє високу чутливість до клінічних змін під час лікування (як фармакотерапії, так і психотерапії), що робить її основним інструментом



оцінки ефективності в клінічних дослідженнях. За критерієм ефекту лікування, зниження загального балу на 25–35% від базового вважається клінічно значущим покращенням; загальний бал ≤ 12 балів після лікування використовується як критерій ремісії у більшості клінічних досліджень.

Інформація про українську версію опитувальника

Для використання на платформі START командою UA-TEST було розроблено професійний переклад Y-BOCS українською мовою, який враховує термінологічні особливості української клінічної психіатрії та психології. Переклад здійснено з офіційної англomовної версії, наданої правовласником (First Edition, переглянуто 01.01.2026), відповідно до вимог ліцензійної угоди з OCD Scales, LLC.

Переклад узгоджений з правовласником згідно з умовами використання шкали (Terms of Use, п. 6). Авторське право на україномовну версію належить OCD Scales, LLC.

Повна психометрична адаптація української версії (перевірка внутрішньої узгодженості, надійності між експертами та факторної структури на українській вибірці) наразі не проводилася. У зв'язку з цим при використанні української версії Y-BOCS рекомендовано:

- спиратися на психометричні дані оригінальної англomовної версії та її валідованих перекладів (іспанська, німецька, португальська), які демонструють стабільність психометричних властивостей у різних мовних та культурних контекстах;
- для наукових досліджень, що передбачають публікацію результатів, вказувати статус української версії як робочої (working translation);
- при клінічному використанні особливу увагу приділяти якості напівструктурованого інтерв'ю та клінічному судженню оцінювача.

Формат проведення

Адміністрування Y-BOCS здійснюється за допомогою системи START, платформи онлайн-оцінювання UA-TEST.



На відміну від опитувальників самозвіту, Y-BOCS є напівструктурованим клінічним інтерв'ю, яке проводиться кваліфікованим фахівцем (психіатром, клінічним психологом або психотерапевтом). Заповнення шкали безпосередньо пацієнтом не є валідною процедурою застосування Y-BOCS. Роль фахівця полягає у:

- проведенні інтерв'ю з використанням стандартизованих запитань, наведених у шкалі;
- роз'ясненні пацієнтові визначень obsесій, компульсій та уникнення перед початком оцінки;
- ідентифікації цільових симптомів за допомогою Переліку симптомів (92 пункти);
- клінічній оцінці кожного з 10 пунктів тяжкості на основі відповідей пацієнта, спостережень та власного клінічного судження;
- врахуванні впливу поведінки уникнення на кожен з релевантних пунктів.

Тривалість інтерв'ю становить приблизно 30–45 хвилин при першому застосуванні (включно з ідентифікацією симптомів) та 15–30 хвилин при повторних сесіях моніторингу.

У системі START фахівець заповнює електронну форму інтерв'ю: обирає симптоми з Переліку, позначає цільові симптоми та обирає відповіді (оцінки) за кожним пунктом шкали тяжкості. Підрахунок загального балу, проміжних сум за obsесіями та компульсіями відбувається системою START автоматично, з формуванням електронного звіту, що включає рівень тяжкості та профіль симптомів.

Для оцінки поточного стану пункти шкали оцінюються за попередній тиждень (або з моменту останнього візиту) включно з часом інтерв'ю. Оцінки мають відображати середню вираженість кожного пункту за весь відповідний період.

Інтерв'юер має оцінювати пункти у вказаному порядку та використовувати запропоновані запитання. Однак інтерв'юер може ставити додаткові запитання, у тому числі для уточнення та подальшої оцінки пунктів, не зазначених у Переліку симптомів, але які створюють враження obsесивно-



компульсивної симптоматики. Якщо пацієнт у будь-який момент інтерв'ю надає інформацію за власною ініціативою, ця інформація має бути врахована. Оцінки мають базуватися переважно на звітах пацієнта, повідомленнях супутніх інформантів (якщо доцільно) та спостереженнях, отриманих під час інтерв'ю.

Додаткова інформація від інших осіб (наприклад, від чоловіка/дружини або одного з батьків) може бути включена в оцінку лише за умови, що (1) така інформація вважається необхідною для адекватної оцінки наявності та тяжкості симптомів, ТА (2) можна забезпечити послідовне повідомлення інформації з тижня в тиждень за участі тих самих інформант(ів) на кожній оцінювальній сесії.

Перед тим, як переходити до запитань, дайте пацієнтові визначення «обсесій», «компульсій» та «уникнення» наступним чином:

«ОБСЕСІЇ — це небажані та тривожні ідеї, думки, образи чи імпульси, що неодноразово виникають у вашій свідомості. Може здаватися, що вони з'являються всупереч вашій волі. Вони можуть бути для вас огидними; ви можете розпізнавати їх як безглузді; вони можуть не відповідати вашій особистості чи системі цінностей. Приклад обсесії: повторювана думка про те, що ви можете бути відповідальним за хворобу близької людини, тому що недостатньо ретельномили руки.»

«КОМПУЛЬСІЇ, з іншого боку, — це форми поведінки або ментальні дії, які ви відчуваєте як потребу виконувати, хоча можете розпізнавати їх як безглузді або надмірні. Іноді ви можете намагатися стримуватися від їх виконання, але це може виявитися складним. Ви можете відчувати тривогу або дистрес, які не зменшуються, доки не буде завершено цю поведінку чи психічний акт. Іноді компульсії також називають ритуалами. Приклад компульсії: потреба багаторазово перевіряти побутову техніку, водопровідні крани та замок на входних дверях перед тим, як вийти з дому. Хоча більшість компульсій є зовнішньо спостережуваною поведінкою, деякі є неспостережуваними ментальними діями, такими як мовчазна перевірка або повторювання у думках безглузвих фраз кожного разу, коли виникає погана думка. Ці ментальні компульсії відрізняються від



обсесій, які є небажаними та безглуздими ідеями, що з'являються у свідомості всупереч вашій волі.»

«Уникнення страхітливих ситуацій часто використовується додатково до компульсій або замість них, щоб запобігти контакту з тригерами ОКР. Прикладом є відмова читати або слухати новини через побоювання, що деякі сюжети спричинять обсесії.»

«Чи є у вас запитання щодо значення цих слів?»

Важливі уточнення для фахівця. 1) Термін «ритуали» використовуватиметься як взаємозамінний з «компульсіями», хоча перший зазвичай позначає поведінку, що особливо строго регулюється правилами, є ригідною або складною.

2) Виражене уникнення може негативно впливати на функціонування та підтримувати симптоми ОКР.

3) При повторному тестуванні не завжди потрібно повторно зачитувати ці визначення та приклади, якщо встановлено, що пацієнт їх розуміє. Може бути достатньо нагадати пацієнтові, що обсесії — це думки чи переживання, а компульсії — це дії, які людина відчуває потребу виконувати, включно з прихованими ментальними діями.

Запропонуйте пацієнтові перелічити поточні обсесії та компульсії, щоб скласти список цільових симптомів. Для цього використовується в самому тестуванні Перелік симптомів Y-BOCS™ (йде після інструкції про терміни) як допоміжний інструмент для виявлення нещодавніх та минулих симптомів. Для цілей початкового застосування Переліку симптомів «теперішні» симптоми визначаються як такі, що були наявні протягом останніх 30–90 днів, включно з днем інтерв'ю. За визначенням, «минулі» симптоми — це ті, що з'явилися більш ніж за 90 днів до початкової оцінки. Корисно визначити та враховувати минулі симптоми, оскільки вони можуть знову з'явитися під час наступних оцінювальних сесій. Іншою причиною визначення минулих симптомів є дослідницькі цілі. Профіль обсесивно-компульсивних симптомів протягом життя може містити цінну інформацію для характеристики можливих підтипів ОКР.



Інтерв'юер має встановити, чи є повідомлені форми поведінки добросовісними симптомами ОКР, а не симптомами іншого розладу, такого як специфічна фобія, генералізований тривожний розлад чи парафілія. Усі пункти Переліку симптомів, позначені зірочкою «*», звертають увагу на необхідність розгляду диференційної діагностики. Наприклад, диференційна діагностика між певними складними моторними тиками та певними компульсіями (наприклад, тими, що включають дотики) може бути складною. У таких випадках особливо важливо надавати чіткі описи цільових симптомів та бути послідовним у подальших оцінках. У таких випадках може знадобитися окрема оцінка тяжкості тиків за допомогою інструменту оцінювання тиків. За показаннями заповніть специфікатор, пов'язаний з тиками, згідно з DSM-5.

Деякі пункти, перелічені у Переліку симптомів Y-BOCS™, позначають симптоми станів, що проявляються Обсесивно-компульсивно споріднених розладами (OCD), такими як трихотиломанія, дисморфофобічний розлад, патологічне накопичення (Hoarding Disorder) та ексцоріаційний розлад згідно з DSM-5. Не зараховуйте ці симптоми як обсесивно-компульсивні, якщо пацієнт відповідає критеріям одного з цих OCD.

Після Переліку симптомів застосовується Шкала тяжкості Y-BOCS™ визначених цільових симптомів.

«Зараз я поставлю вам кілька запитань про ваші нав'язливі думки.»
[Зробіть конкретне посилання на цільові обсесії пацієнта.]

«Наступні кілька запитань стосуються вашої компульсивної поведінки.» [Зробіть конкретне посилання на цільові компульсії пацієнта.]

Позначення симптомів у системі START

У Переліку симптомів кожен пункт у системі START має три позначки, якими фахівець фіксує актуальність симптому для пацієнта:

- **[Т]** — симптом присутній зараз (теперішній час; виявлений під час поточного оцінювання або протягом останніх 30–90 днів);



- **[М]** — симптом був у минулому (понад 90 днів тому);
- **[О]** — основний симптом, тобто такий, що є найбільш вираженим і стане ключовим предметом подальшого оцінювання за Шкалою тяжкості.

Позначки **[Т]** і **[М]** можуть застосовуватися одночасно, якщо симптом був у минулому і продовжує спостерігатися зараз. Позначка **[О]** застосовується лише до актуальних симптомів: обрати **[О]** можливо лише разом із **[Т]** (система автоматично проставить **[Т]**, якщо фахівець обирає **[О]**); паралельно з ними може бути позначено й **[М]**, якщо цей основний симптом був присутній також у минулому.

Важливо: відмічати всі пункти не обов'язково — обирайте лише ті симптоми, що актуальні для пацієнта; якщо жоден із категорії симптомів не спостерігається і не повідомляється, перейдіть до наступного розділу (просто натисніть «Далі» в системі).

Повторне застосування у пацієнта зі стабільним переліком симптомів

Якщо Ви проводите повторне оцінювання пацієнта з метою відстеження динаміки стану (зміни рівня тяжкості ОКР) і структура obsesій та компульсій у нього вже встановлена та не змінилася з моменту попередньої оцінки, повторне проходження Переліку симптомів (перша частина опитування, 92 пункти) не є обов'язковим. У такому випадку Ви можете швидко пройти цей розділ, не відмічаючи жодного симптому і натискаючи скрізь «Далі», та перейти безпосередньо до частини 2 – Шкали тяжкості.

Це не впливає на загальний бал Y-BOCS, оскільки до нього входять лише оцінки за 10 пунктами Шкали тяжкості, а Перелік симптомів виконує лише описову функцію — ідентифікацію актуальних для пацієнта obsesій, компульсій та проявів уникнення. При цьому, якщо під час повторного оцінювання Ви помітили появу нових симптомів або зникнення раніше наявних, рекомендуємо все ж проставити позначки у Переліку — це дозволить коректно відстежувати зміну профілю симптоматики в динаміці.



«Примітки для фахівця» до пунктів Шкали тяжкості

У Шкалі тяжкості під кожним основним запитанням (виділеним жирним шрифтом) надаються додаткові примітки для фахівця. Ці примітки не зачитуються пацієнтові — вони призначені виключно для клініциста і містять уточнення, які допомагають точніше інтерпретувати відповідь пацієнта та винести обґрунтоване клінічне судження щодо оцінки за цим пунктом.

Так само фахівець не зачитує пацієнтові варіанти відповіді та їхні описи: процедура оцінювання передбачає, що клініцист ставить відкрите запитання, уважно слухає відповідь пацієнта і самостійно, на основі отриманої інформації та власного клінічного судження, обирає відповідь, що є оцінкою прояву.

Примітки до пунктів є ключовим інструментом підтримки цього судження — вони звертають увагу на нюанси, які варто врахувати (наприклад, вплив поведінки уникнення на оцінку, розмежування obsesій та румінацій, особливості оцінки прихованих ментальних компульсій, диференціацію із симптомами інших розладів тощо).

На початкових етапах роботи зі шкалою ми рекомендуємо приділяти час уважному ознайомленню з примітками до кожного пункту перед виставленням оцінки — це забезпечить точність та відтворюваність результатів між різними сесіями оцінювання. З досвідом фахівець запам'ятовує повний контекст оцінки кожного пункту, і необхідність звертатися до приміток поступово зменшується; однак навіть для досвідчених користувачів шкали примітки залишаються корисним орієнтиром у складних клінічних випадках.

Інтерпретація результатів

Опис вираженості симптомів представлений на основі сирих балів для загального показника та окремо для двох субшкал. Основним показником, що аналізує фахівець у звіті, є загальний бал Y-BOCS, який описує сумарну тяжкість obsесивно-компульсивної симптоматики.



Діапазон можливих балів:

- Загальний бал Y-BOCS: 0–40 балів
- Субшкала obsesій: 0–20 балів
- Субшкала компульсій: 0–20 балів

Клінічні порогові значення для загального балу:

Діапазон балів	Рівень тяжкості	Клінічна характеристика
0 – 7	Субклінічний рівень	Симптоми obsесивно-компульсивного спектру мінімальні або відсутні. Не спричиняють значного дистресу та не порушують функціонування. Клінічно значущого ОКР не виявлено.
8 – 15	Легкий ОКР	Симптоми присутні, але їхній вплив на повсякденне життя обмежений. Пацієнт витрачає до 1 години на день на obsесії/компульсії, зберігає контроль над більшістю симптомів. Дистрес легкий, але помітний. Здатний виконувати основні соціальні та професійні ролі.
16 – 23	Помірний ОКР	Симптоми займають від 1 до 3 годин на день, спричиняють явну інтерференцію з функціонуванням. Помірний дистрес, який ще залишається керованим. Пацієнт докладає зусиль для опору, але часто піддається симптомам. Найбільш поширений діапазон при клінічному ОКР; типовий рівень для включення в клінічні дослідження.
24 – 31	Тяжкий ОКР	Симптоми займають від 3 до 8 годин на день, викликають суттєве порушення соціального та професійного функціонування. Виражений дистрес, значне обмеження контролю над симптомами. Пацієнт часто вдається до поведінки уникнення. Потребує активного

		лікування (комбінація фармакотерапії та психотерапії).
32 – 40	Надзвичайно тяжкий ОКР	Симптоми займають понад 8 годин на день або є майже постійними. Тотальне порушення функціонування (дезадаптивний стан). Пацієнт майже не здатний контролювати симптоми, дистрес постійний та надзвичайно виснажливий. Показане інтенсивне мультимодальне лікування; можливий розгляд резистентних форм ОКР та інвазивних методів (напр., глибока стимуляція мозку).

Ці критерії підтверджуються численними рандомізованими клінічними випробуваннями, що передбачають ретельну сліпу оцінку як за шкалою Y-BOCS, так і за загальними показниками тяжкості. Наприклад, у клінічних випробуваннях лікарських засобів було чітко встановлено, що показник 19 на початку дослідження є мінімальним критерієм для включення в дослідження, що відповідає середині діапазону помірної тяжкості.

Значення сирих балів для субшкал obsесій та компульсій за рекомендацією автора Wayne K. Goodman не аналізуються по рівням та надаються в електронному звіті лише у вигляді балів для якісного аналізу показників між собою. Аналіз балансу між субшкалами дозволяє характеризувати профіль ОКР у конкретного пацієнта. Значне переважання obsесій над компульсіями (різниця ≥ 4 балів) характерне для «переважно obsесивного» підтипу, при якому компульсії часто мають прихований, ментальний характер (мовчазна перевірка, повторення фраз, молитви). Переважання компульсій характерне для «переважно поведінкового» підтипу з вираженими ритуалами миття, перевіряння, впорядкування.

Пункти, що не входять до загального балу

Пункти 1b та 6b (інтервали, вільні від obsесій та компульсій) використовуються як допоміжна інформація, особливо коли симптоми виникають як короткі, періодичні епізоди — у таких випадках точна оцінка



часу за пунктами 1 та 6 може бути ускладненою. Довший інтервал без симптомів свідчить про меншу тяжкість.

Пункт 11 (інсайт) оцінює ступінь усвідомлення пацієнтом безглуздості чи надмірності симптомів:

Бал	Рівень інсайту	Клінічна характеристика
0	Відмінний	Повністю раціональне ставлення до симптомів.
1	Хороший	Готовий визнати абсурдність симптомів, але має залишкові сумніви.
2	Задовільний	Неохоче визнає, що симптоми нерозумні, вагається; є певні нереалістичні страхи.
3	Слабкий	Наполягає, що симптоми розумні, наявні надціновані ідеї.
4	Відсутній / маячення	Переконаний у реальності загроз, не реагує на контраргументи.

Пункт 11 має клінічне значення для визначення специфікатора «зі слабким/відсутнім інсайтом» відповідно до DSM-5, а також для прогнозування відповіді на когнітивно-поведінкову терапію (нижчий інсайт зазвичай асоціюється з меншою готовністю до експозиційної роботи).

Моніторинг відповіді на лікування

Y-BOCS є основним інструментом оцінки ефективності лікування ОКР у клінічних дослідженнях та клінічній практиці. Стандартні критерії:

- Клінічно значуща відповідь на лікування: зниження загального балу Y-BOCS на 35% або більше від базового рівня (у деяких дослідженнях — 25%).
- Часткова відповідь: зниження балу на 25–34% від базового рівня.
- Ремісія: загальний бал Y-BOCS ≤ 12 балів (за деякими критеріями ≤ 14 балів) протягом принаймні одного оцінювання.
- Стійка ремісія: збереження балу ≤ 12 протягом декількох послідовних оцінювань (зазвичай ≥ 3 місяців).



- Резистентність до лікування: недостатнє зниження балу після адекватних курсів терапії першої лінії (CІ33С + експозиційна КПТ).

Клінічно значущою мінімальною зміною (minimally clinically important difference, MCID) вважається зміна загального балу на 4–7 балів між сесіями оцінювання.

Кроки фахівця при інтерпретації та клінічні поради

Результати Y-BOCS слід розглядати в контексті повної клінічної картини, історії розвитку симптомів, коморбідних станів та функціонування пацієнта.

Крок 1. Аналіз загального балу та профілю симптомів

Визначте загальний рівень тяжкості за таблицею інтерпретації. Проаналізуйте профіль симптомів за Переліком: які категорії обсессій та компульсій переважають (агресивні, забруднення, сексуальні, релігійні, симетрії; миття, перевіряння, повторювальні ритуали, лічильні, впорядкування). Профіль симптомів впливає на вибір специфічних терапевтичних стратегій.

Опишіть основні характеристики симптомів так, щоб їх можна було легше відстежувати (наприклад, окрім зазначення «перевіряння», уточніть, що саме пацієнт перевіряє). Обов'язково зазначте, які симптоми є найбільш вираженими, тобто ті, що будуть основним предметом оцінки. Однак зауважте, що остаточна оцінка для кожного пункту відображає композитний рейтинг для всіх обсессій або компульсій пацієнта у звіті.

Крок 2. Оцінка балансу обсессій та компульсій

Порівняйте субшкали. При переважанні обсессій зверніть увагу на можливу наявність прихованих ментальних компульсій (мовчазна перевірка, репетиція фраз, молитви, лічба). Такі компульсії часто недооцінюються при поверхневій оцінці, оскільки не спостерігаються ззовні, але суттєво впливають на функціонування пацієнта.



Крок 3. Врахування поведінки уникнення

Особливу увагу приділіть поведінці уникнення, зафіксованій у Переліку симптомів (пункти 86–92). Виражене уникнення може маскувати справжню тяжкість симптомів: пацієнт може мати низький бал за пунктом «час на компульсії», тому що успішно уникає тригерів. У таких випадках уникнення повинно бути враховане в оцінці пунктів інтерференції (пункти 2, 7) та дистресу (пункти 3, 8) шкали тяжкості.

Крок 4. Оцінка інсайту (пункт 11)

Оцініть рівень інсайту, оскільки він впливає на:

- вибір терапевтичної стратегії (нижчий інсайт вимагає більш поступової психоосвіти перед початком експозиційної терапії);
- прогноз відповіді на лікування (нижчий інсайт зазвичай асоціюється з гіршим прогнозом);
- необхідність застосування специфікатора «зі слабким/відсутнім інсайтом» у діагностичному висновку (DSM-5).

Крок 5. Диференційна діагностика

При інтерпретації враховуйте, що деякі симптоми, ідентифіковані у Переліку, можуть належати до інших розладів obsесивно-компульсивного спектру (OCRD): дисморфобічного розладу, патологічного накопичення (Hoarding Disorder), трихотиломанії, екскаційного розладу. Якщо пацієнт відповідає критеріям одного з цих розладів, відповідні симптоми не слід зараховувати як obsесивно-компульсивні. Пункти Переліку симптомів, позначені зірочкою «*» у звіті, спеціально звертають увагу на необхідність диференційної діагностики.

Також слід диференціювати ОКР від:

- генералізованого тривожного розладу (при ГТР переживання про реальні життєві проблеми, без ритуалів);
- специфічних фобій (страх обмежених конкретним об'єктом/ситуацією);
- іпохондричного (тривожно-симптоматичного) розладу (стурбованість переважно тілесна);



- розладу тіла аутистичного спектру (стереотипна поведінка є его-синтонною);
- шизофренії/маячних розладів (при повній втраті інсайту та системних маячних ідеях).

Крок 6. Скринінг коморбідних станів

ОКР має високий рівень коморбідності з депресивними та тривожними розладами. При помірному та вищому рівні тяжкості (Y-BOCS $\geq$ 16) рекомендовано провести додатковий скринінг:

- великий депресивний розлад (PHQ-9, CBDS, DASS-21);
- генералізований тривожний розлад (GAD-7, DASS-21);
- соціальний тривожний розлад (LSAS);
- посттравматичний стресовий розлад (PCL-5, PC-PTSD-5, ITQ);
- тикові розлади (за клінічною картиною).

Крок 7. Моніторинг та планування повторних оцінок

Y-BOCS призначений для повторного застосування з метою моніторингу динаміки. У клінічній практиці рекомендується повторне оцінювання:

- кожні 4–6 тижнів на початку фармакотерапії для оцінки відповіді;
- на кожній 5–8-й сесії когнітивно-поведінкової терапії;
- на етапах підтримувальної терапії — кожні 3–6 місяців.

При повторному застосуванні не обов'язково повторно зачитувати визначення обсесій та компульсій, якщо пацієнт їх розуміє. Однак цільові симптоми варто переглядати перед кожним повторним застосуванням, оскільки їхня конфігурація може змінюватися в процесі лікування (одні симптоми зменшуються, інші можуть з'являтися).

Аналіз за критеріями DSM-5

Хоча Y-BOCS не є діагностичним інструментом (діагноз ОКР ставиться на основі критеріїв DSM-5 або МКХ-11), результати шкали безпосередньо підтверджують виконання ключових діагностичних критеріїв.

Критерій за DSM-5	Відповідність у Y-BOCS
А. Наявність obsесій, компульсій або обох	Перелік симптомів (92 пункти) забезпечує систематичну ідентифікацію конкретних obsесій та компульсій. Список основних симптомів фіксує найбільш виражені прояви для подальшої оцінки.
В. Значний час (> 1 год/день) або клінічно значущий дистрес чи порушення функціонування	Пункти 1 та 6 шкали тяжкості безпосередньо вимірюють час, зайнятий obsесіями та компульсіями (бал ≥ 2 = 1–3 год/день, що перевищує діагностичний поріг). Пункти 2 та 7 оцінюють інтерференцію з функціонуванням. Пункти 3 та 8 — дистрес.
С. Симптоми не зумовлені психоактивними речовинами або іншим медичним станом	Оцінюється окремо в межах клінічного інтерв'ю. Y-BOCS не покриває цей критерій.
Д. Симптоми не пояснюються іншим психічним розладом	Пункти Переліку симптомів, позначені зірочкою «*», спеціально звертають увагу на необхідність диференційної діагностики (напр., трихотиломанія, дисморфофобічний розлад, Hoarding Disorder, специфічні фобії).
Специфікатор рівня інсайту	Пункт 11 безпосередньо визначає рівень інсайту: «добрий або задовільний», «слабкий», «відсутній / з маячними переконаннями».
Специфікатор «пов'язаний з тиками»	Загальні інструкції рекомендують провести окрему оцінку тяжкості тиків при наявних складних моторних тиках, що можуть імітувати компульсії; за показаннями застосовується відповідний специфікатор DSM-5.

Пам'ятайте: Y-BOCS оцінює тяжкість симптомів у пацієнта з уже встановленим (або запідозреним) діагнозом ОКР. Для встановлення діагнозу рекомендовано використовувати Y-BOCS у комплексі зі структурованим діагностичним інтерв'ю (напр., QuickSCID-5) та клінічним обстеженням.



ДЖЕРЕЛА:

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012–1016.
- Storch, E. A., Rasmussen, S. A., Price, L. H., Larson, M. J., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2010). Development and psychometric evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale — Second Edition. *Psychological Assessment*, 22(2), 223–232.
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 597–605.
- Kim, S. W., Dysken, M. W., & Kuskowski, M. (1990). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: A reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 34(1), 99–106.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K., & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*, 15(1), 80–81.
- Wadsummarizeorth, L. P., Pinciotti, C. M., Rast, C. E., Anderberg, J., Brown, L. A., & Schwartz, R. A. (2024 Revisions Contributors). Contributions to the Y-BOCS Symptom Checklist Revision.
- Офіційний ресурс правовласника: ocdscales.com (OCD Scales, LLC).