

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Kadri Säde

OCI-R KÜSIMUSTIKU ADAPTEERIMINE EESTI OLUDELE

Uurimistöö

Juhendajad: Kirsti Akkermann PhD
Kerttu Petenberg MA

Läbiv pealkiri: REVIDEERITUD OCI SKAALA

Tartu 2016

Kokkuvõte

Tulenevalt vajadusest eestikeelse obsessiiv-kompulsiivset häire sümptomaatikat hindava küsimustiku järgi, adapteeriti käesolevas töös Foa jt. (2002) loodud OCI-R küsimustik Eesti oludele (E-OCI-R). 44 söomishäire ja/või mõõduka kuni raske depressiooni ja kaasuva sõltuvus- ja/või ebastabiilset tüüpi isiksusehäirega patsienti ning 55 kontrollisikut täitsid OCI 42-väitelise eesti keelde tõlgitud küsimustiku, mille põhjal selgitati läbi faktoranalüüs välja kõige sobivam OCI-R väitestik. E-OCI-R koosneb 7 alaskaalast ning 21 väidet hinnatakse 5-punktilisel Likerti tüüpi skaalal. E-OCI-R koguskaala sisereliaablus on $\alpha = .931$. Nädala kuni viie kuu pikkuse vahemikuga esimesest katsekorrast sooritatud kordustestimise käigus leiti E-OCI-R kordustesti reliaablus ($r = .711$; $p = 0.01$). Uurimistöö tulemused viitavad E-OCI-R heale reliaablusele, kuid oluline on edasistes töodes uurida täiendavalt ka küsimustiku konstruktivaliidsust.

Märksõnad: Obsessiiv-kompulsiivne häire, OCI, E-OCI-R, adapteerimine

ABSTRACT

Adaption of the Estonian version of OCI-R

Considering the need for measuring instrument for obsessive compulsive disorder symptoms in Estonian, the OCI-R questionnaire by Foa *et al* (2002) was adapted to Estonian language (E-OCI-R). 44 patients diagnosed with eating disorders and/or with moderate to harsh depression disorder and with comorbid addictive or unstable type personality disorder and 55 controls completed a 42-item OCI scale. Factor analysis was conducted to find out the best version of OCI-R for Estonian environment. E-OCI-R consists of 7 subscales and 21 items altogether are evaluated in a 5-point Likert-type scale. Internal consistency for entire scale was found to be excellent ($\alpha = .931$). The test-retest reliability was found to be good ($r = .711$; $p = 0.01$) in a 2 week to 5 month test period. The psychometric properties of E-OCI-R indicate a good reliability of the scale, but the construct validity should be examined in future projects.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, OCI, E-OCI-R, adaption

SISSEJUHATUS

Obsessiiv-kompulsiivne häire

Obsessiiv-kompulsiivsele häirele (OKH) on iseloomulikud obsessiivsed mõtted, kompulsiivsed teod või mõlemad. Obsessiivsed mõtted on DSM-V järgi korduvad või püsivad mõtted, soovid või impulsid, mida kogetakse pealetükkivate või soovimatutena ning mis enamikel häire all kannatajatel tekitavad ärevust või kannatusi (American Psychiatric Association, 2013). Kuigi sündmõtteid on erinevaid, on kõige levinumad neist seotud korrapärasusega, saastumisega või hirmuga haiguste ees (Fullana jt, 2010). OKH all kannatav inimene sooritab sündtegevusi soovist vähendada obsessioonist tekkinud ärevust või vajadusest rangelt järgida tema enda poolt jäigalt ette kirjutatud reeglistikku. Nendeks tegudeks on korduvad teod nagu kontrollimine, korrastamine ja käte pesemine või ka korduv mõttetegevus nagu näiteks palvetamine, loendamine või kordamine. Sündmõtteid- ja -teod esinevad sedavõrd tihti, et võtavad häire all kannataja päevast olulise osa ajast. (APA, 2013) On teada, et mõõdukas kuni tugev OKH on positiivselt seotud halvenenud sotsiaalse toimetulekuga (Koran, Thienemann, Davenport, 1996).

OKH-d esineb elu jooksul ligikaudu 2-3%-l üldpopulatsioonist (Karno jt, 1988). Tervise Arengu Instituudi statistika järgi registreeriti Eestis 2014. aastal RHK-10 (Rahvusvaheline Tervisehoiuorganisatsioon, 1992) kriteeriumite järgi uusi OKH (F42–F42.9) haigusjuhte 140, ambulatoorselt konsulteeritud isikuid oli kokku aga 500 (Tervise Arengu Instituut, 2015). See näitab, et suures osas on ravil käinud inimesed, kel on OKH juba varasemalt diagnoositud ning kes jätkavad probleemiga võitlemist. On teada, et OKH on kroonilise kuluga ning kaebused üldjuhul süvenevad (Skoog & Skoog, 1999). Seetõttu on haiguse varajane diagnoosimine ja ravi alustamine ääretult oluline.

OKH ja selle sümptomaatika tavapopulatsioonil

Üha enam on teadlased tähelepanu pööranud OKH sümptomaatika esinemisele tavapopulatsioonil. Adam jt. (2012) leidsid, et viimase 12 kuu jooksul esines OKH diagnoosi kriteeriumitele mittevastavat, kuid siiski vähemalt ühe DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) kriteeriumi järgi alalävist OKH-d 4.5% uuritavatest.

Koguni 4181-1 (13.5%) vastanutest esines vähemalt üks OKH sümptom (Adam jt, 2002). See, et sümptomite esinemist on tugevalt seostatud negatiivse mõjuga indiviidile (de Bruijn jt, 2010; Huz jt, 2016), muudabki OKH joonte hindamise häireta inimestel väga oluliseks. Näiteks leidsid Grabe jt. (2000), et lisaks sellele, et OKH diagnoosiga isikute sotsiaalne toimetulek halveneb häire all kannatamise ajal, esineb ka mittekliinilise OKH puhul mõningast (23%) kuni märgatavat (60%) langust sotsiaalses toimetulekus. Tihtipeale kannatavad inimesed OKH all juba mõned aastad enne, kui abi saamiseks raviasutusse pöörduakse (Hunsley & Mash, 2008). Sellest tulenevalt võib ainult oletada, kui palju on neid inimesi, kel esineb vaid mõningane OKH sümptom pikemat aega enne, kui probleemiga arsti poole pöörduakse. Mõõtevahend, mis suudaks hinnata Eestis tavapopulatsiooni seas esinevat OKH sümptomaatikat lihtsalt ning ajasäästlikult, oleks samm edasi häirivate sümptomite avastamisele ning abivajaja ravi alustamisele.

OKH ja komorbiidsed häired

Mõistmaks, kuidas komorbiidsus esineb ja tehes selgeks kahe häire vahelised suhted, on lootust saada vastuseid häire diagnostiliste piiride, psühhopatoloogia mehhanismide ning häirete ühise etioloogia kohta (Altman & Shankman, 2009). On teada, et OKH diagnoosiga patsientidest vähemalt pooltel esineb käesolevalt vähemalt üks meeleolu või ärevushäire (Brown jt, 1991). Veel enam, Adam jt. (2012) leidsid, et vähemalt üks vaimne häire muu kui OKH esines enam kui kolmel neljandikul (89.2%) OKH diagnoosiga uuritavatest. Lisaks esines muu häire ka enam kui pooltel (65.9%) isikutel alalävisel OKH-ga ja ka neist (61.2%), kel esines vähemalt üks obsessiiv-kompulsiivse häire sümptom (Adam jt, 2012).

Suurt omavahelist koosinemist on näidanud OKH ja söomishäired. Peale komorbiidsuse on need kaks teineteisega tihedalt seotud ka sarnaste kliiniliste piltide tõttu (Altman & Shankman, 2009). Söomishäirete hinnanguline eluaine levimus OKH-ga isikutel on vahemikus 11% kuni 42% (Rubenstein jt, 1992; Rasmussen & Eisen, 1994; Micali jt, 2011; Cederlöf jt. 2015 kaudu). On teada, et OKH ja söomishäiretega patsiendid kogevad pealetükkivaid mõtteid võrreldava sagedusega ning ebameeldivusega, kuid OKH patsientide jaoks on need pealetükkivamad (García - Soriano, Roncero, Perpiñá, Belloch, 2014). Sundmõtete esinemine aga suurendab näiteks *Anorexia nervosa*

patsientide üleliigselt treenimist, mis viitab obsessioonide põhjustatud sundtegedele esinemisele (David & Kaptein, 2006). Shafran'i (2002) järgi on söömishäirete all kannatajate pidev keha ja kaalu kontrollimine (Rosen, 1997) sarnane OKH all kannatajate pidevale akende, uste ja muu taolise kontrollimisele (Rachman & Hodgson, 1980). Ka Pollack ja Forbush (2013) kinnitasid seoseid kehaga rahulolematuse ja kontrollimise, puhastamise ja obsessiivsete rituaalide vahel.

Täheldatud on ka OKH ning depressiooni koosinemist (Rosenberg, 1968; Masellis, Rector ja Richter, 2003). Need kaks seisundit omavad mitmeid ühiseid sümptomeid nagu näiteks muretsemine, kahtlemine, otsustusvõimetus, süütunne, sotsiaalne eemaldumine ning isolatsioon (Clark, 2002). OKH-ga patsientide puhul on tõestatud, et kaasuv meeleoluhäire suurendab obsessioonide raskust (Ricciardi & McNally, 1995) ning mõjub negatiivselt OKH-ga patsientide elukvaliteedile (Masellis jt, 2003). Samuti kannatavad depressiooniga patsiendid sundmõtte all (Wahl jt, 2011; Wisner, Peindl, & Hanusa, 1999). Vaughan (1976) leidis, et sundtegeid ja -mõtteid esines kuni 25 protsendil depressiooniga uuritavatest. On ka teada, et OKH sümptomaatika hindavates testides jäävad depressiooniga katseisikute skoorid madalamaks kui OKH-ga patsientidel, kuid kõrgemateks kui tavapopulatsioonil (Kendell, Discipio, 1970).

Obsessive-compulsive Inventory (OCI) ja OCI-Revised

The Obsessive-Compulsive Inventory (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles & Amir, 1998) on enesekohane küsimustik, mis hindab OKH sümptomaatika. OCI koosneb 42-st väitest, millest igäüht hinnatakse kahel 5-punktilisel Likerti skaalal (0-4) mõõtmaks sümptomite esinemise sagedust ning sümptomite poolt tekitatud kannatuste taset (Foa jt, 1998). Küsimustiku väited jaotuvad seitsmesse alaskaalasse, mis põhinevad DSM-IV järgi obsessiiv-kompulsiivse häire kõige tüüpilisematel sümptomigruppidel (Foa jt, 2002). Nendeks alaskaaladeks on kontrollimine (*Checking*), pesemine (*Washing*), painamine (*Obsessing*), neutraliseerimine (*Neutralizing*), korrastamine (*Ordering*), kogumine (*Hoarding*) ja kahtlemine (*Doubting*). Ingliskeelne OCI koguskaala ning alaskaalad on näidanud väga head kuni suurepärast sisereliaablust ($\alpha = .59-.96$) obsessiiv-kompulsiivse häire, posttraumaatilise häire ning üldistunud sotsiaalfoobiaga patsientidepuhul, samuti ka häireta kontrollgrupil. OCI kordustesti reliaablus OKH

patsientidel 2-nädalase intervalli puhul on hea kuni suurepärase ($r = .77-.97$) ning samuti ka nädalase testimise vahega kontrollgrupi puhul ($r = .68-.90$). (Foa jt., 1998) OCI peamiseks miinuseks on suur korrelatsioon sümptomite sageduse ja ägeduse koguskooride vahel (Foa, 2002). Samuti pole OCI maksimaalselt aegasäästev, sest alaskaalad sisaldavad erinevas hulgas väiteid, patsient peab vastama koguni 84-le küsimusele ning skaala koguskoori arvutamisel tuleb välja selgitada skaala keskmine skoor.

Nende puudujääkide likvideerimiseks lühendasid Foa ja kolleegid (2002) küsimustiku 18 väite peale, eraldades esialgu kogu OKH sümptomite sagedust mõõtvast skaala ning jättes seejärel küsimustikku alles iga faktori kolm kõige tugevamini omavahel korreleerunud väidet. Samuti peeti õigeks faktoranalüüsi tulemusel vähese kirjeldusega viimane alaskaala Vigastamine (*Harming*) ning Kontrollimise (*Checking*) alaskaalaga tugevalt korreleerunud alaskaala Kahtlemine (*Doubting*) küsimustikust välja jätta. Selle tulemusel sündis 18-väiteline OCI-R, mis suutis säilitada OCI head psühhomeetriselised omadused. OCI lühendatud versiooni väited laaduvad kuute alaskaalasse (Pesemine, Kontrollimine, Neutraliseerimine, Painamine, Korrastamine, Kogumine), millest igaüks sisaldab kolme väidet.

OCI-R küsimustikku on valideeritud hispaania (Fullana jt, 2005; Belloch jt, 2013), türgi (Aydin jt, 2014), portugali (Souza, Foa, Meyer, Niederauer & Cordioli, 2011), saksa (Gönner, Leohnhart & Ecker, 2008), prantsuse (Zermatten, Van der Linden, Jermann & Ceschi, 2006) ja korea keelde (Woo, Kwon, Lim, & Shin, 2010). OCI-R skaala on erinevates keelegruppides näidanud püsivalt head sisereliaablust. Hispaanias valideeritud OCI-R küsimustiku sisereliaablus mittekliinilisel grupil oli väga hea ($\alpha = .86$) ning kliinilisel grupil hea kuni suurepärase ($\alpha = .76-.91$) (Fullana jt, 2005; Belloch jt, 2013), samuti nagu Portugali versioonil ($\alpha = .70-.94$; Souza jt, 2011). Koreas valideeritud OCI-R küsimustiku sisereliaablus saadi nii tavapopulatsioonil kui ka OKH-ga valimil taaskord hea kuni suurepärase ($\alpha = .71-.90$; Woo jt, 2010) ning samalaadset tulemust näitas ka türgi versioon ($\alpha = .89$; Aydin jt, 2014). Prantsuskeelse OCI-R küsimustiku sisereliaablus saadi tudengite valimi puhul täpselt sama, mis mittekliinilise grupi puhul Hispaania versioonis ($\alpha = .86$; Zermatten jt, 2006).

OCI-R küsimustik on püsivat stabiilsust näidanud ka kordutesti reliaabluse puhul. Näiteks Hispaania verisoonis kliinilisel valimil saadi kordustesti reliaabluseks ($r = .70$; Belloch, 2013) pea sama tulemus, mis mittekliinilisel valimil ($r = .67$; Fullana jt, 2010). Türgi versioonis saadi kliinilisel ja häireta grupil kordustesti reliaabluseks $r = .74$ (Aydin jt, 2014) ning sarnane tulemus leiti ka koreakeelse OCI-R skaala puhul ($r = .59 - .79$; Woo jt, 2010). Teistest pisut kõrgem tulemus saadi Portugalis valideeritud OCI-R skaalal ($r = .98$; Souza jt, 2011).

Teadaolevalt pole seni ühtki obsessiiv-kompulsiivse häire sümptomaatikat hindavat enesekohast küsimustikku Eesti oludele kohandatud. Lähtuvalt OCI-R küsimustiku kõrgest sisereliaablusest ($\alpha = .83 - .90$) ja kordutesti reliaablusest ($r = .57 - .91$) ning headest psühhomeetristest omadustest nii kliinilisel grupil kui tavapopulatsioonil (Foa jt, 2002), peeti kõige otstarbekamaks Eesti oludele kohandada OCI-R küsimustik. Küsimustiku valideerimine on oluline, sest võimaldab nii tavapopulatsioonil kui ka kliinilisel grupil aega kokkuhoidvalt, kuid efektiivselt hinnata OKH sümptomite esinemise tugevust.

Uurimistöö andmete kogumine toimus uuringu “Pidurduslik kontroll ja tähelepanu kallutus söömishäiretega patsientidel” raames, millele on eetikakomitee luba väljastatud ning ka käesoleva töö eetilisus tagatud. Töö autori orginaalpanus seisneb kontrollisikute andmete kogumises ning töö kirjutamises, sealjuures teemakohase kirjanduse ülevaate andmises, andmeanalüüsi sooritamises ning tulemuste tõlgendamises. OCI 42-väitelisele küsimustikule sooritasid eestikeelse tõlke ja tagasitõlke Siim Jakobsoo, Kerttu Petenberg ning Kirsti Akkermann.

Töö eesmärk ja uurimisküsimused

Käesoleva töö eesmärk on Eesti oludele kohandada ja revideerida Foa jt. (1998) loodud obsessiiv-kompulsiivse häire sümptomaatikat hindav enesekohane küsimustik *Obsessive-Compulsive Inventory*.

Töös uuritakse, kas Revideeritud OCI Eestikeelne Versioon (E-OCI-R) faktorstruktuur sarnaneb originaalsele OCI-R küsimustikule ning kas E-OCI-R sisereliaablus ja kordustestimise reliaablus on võrreldavad originaaliga.

MEETOD

Valim

Käesoleva uuringu analüüsi kaasati 26 söömishäirega patsienti, kellest 13 oli *Anorexia Nervosa* ning 13 *Bulimia Nervosa* diagnoosiga. Samuti kaasati analüüsi 18 psühhiaatria üldosakonna patsienti, kellest 16-l diagnoositi mõõdukas kuni raske depressioon kaasuva sõltuvus- ja/või ebastabiilset tüüpi isiksusehäirega; kahel patsiendil post-traumaatiline stressihäire. Neljal kliinilise grupi patsientidest esines kaasuva häirena ka obsessiiv-kompulsiivne häire. Kogu kliiniline grupp kaasati AS TÜK Psühhiaatriakliinikus statsionaarsel ravil viibivatest patsientidest. Kontrollgrupp ($n = 55$) moodustus meililistides ning sotsiaalmeedias levitatud avalikule kuulutusele vastanud vabatahtlikest. Katses osalenute vanus varieerus vahemikus 15-58 eluaastat ($M = 23.7$; $SD = 7.8$). Kliinilise grupi keskmine vanus oli 23.4 aastat ($SD = 7.2$) ning kontrollgrupi keskmiseks vanuseks oli 23.91 aastat ($SD = 8.3$).

Protseduur

Käesoleva töö jaoks vajalike andmete kogumine käis uurimistöös "Pidurduslik kontroll ja tähelepanu kallutus söömishäiretega patsientidel" raames 2015. aasta kevadest kuni 2016. aasta aprillikuuni. Säästmaks patsiente dubleerivatest tegevustest, koguti uuringuks vajalikud kliinilise grupi andmed patsiendi statsionaarsele ravile saabumisel läbiviidavate hindamisprotseduuride käigus. Enne testimise alustamist anti osalejatele lugeda informeeritud nõusoleku leht ning katsega alustati vaid juhul, kui isik selleks enda vabatahtliku nõusoleku andis. Uuritavaid teavitati võimalusest igal hetkel testimisest loobuda.

Esimesel katsekorral koguti iga osaleja kohta taustaandmed (sugu, vanus, elukoht, haridustase). Samuti määrati uuritavatele katsekood, mida läbivalt kõikides küsimustikes inimese nime asemel kasutati. Uuritavatele anti mõlemal katsekorral täita OCI 42-väiteline sümptomite tugevuse hindamise skaala. Igale väitele vastati 5-punktilisel Likerti skaalal ($0 = \text{üldsegi mitte} \dots 4 = \text{äärmiselt palju}$).

Käesoleva uurimistöös jaoks sooritatud tõlkimisprotseduuri käigus jäeti töö analüüsi kolmel juhul topeltväited, mille puhul oli tõlkijatel keeruline otsustada, kumba väidet

küsimustikus eelistama peaks. Uurimistöö lõplikku analüüsi kaasati esmase faktoranalüüsi sooritamise järgselt väited, mis teiste sama alaskaala väidetega tugevamini korreleerusid. Väited, mis sel viisil küsimustikku valiti olid järgmised: “Ma ärritun, kui asjad ei asetse korrapäraselt”, “Ma tunnen sundust korrata teatud numbreid” ning “Olles teinud midagi hoolikalt, jääb mul endiselt tunne, et ma ei ole seda lõpetanud”.

Samuti viidi uuritavatega ühel kahest katsekorrast läbi MINI rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu (Sheehan jt, 1998). Kliinilise grupiga viis MINI rahvusvahelise neuropsühhiaatrilise intervjuu läbi kliiniline psühholoog või psühhiaater, kontrollgrupil kliiniline psühholoog. Nii kliinilise- ($n = 13$) kui kontrollgrupiga ($n = 27$) viidi nädala kuni viie kuu jooksul läbi kordustestimine. Keskmise testimiste vahepäevades oli 47 päeva ($SD = 34.5$), kliinilise grupi puhul 26 päeva ($SD = 24.6$) ning kontrollgrupi puhul 57 päeva ($SD = 34.4$). 21 kontrollgruppi kuulunud psühholoogiatudengiga viidi läbi vaid esimene testimine ning MINI rahvusvahelist neuropsühhiaatriline intervjuud (Sheehan jt, 1998) nendega läbi ei viidud.

Andmetöötlus

Andmeid analüüsiti andmetöötlusprogrammiga SPSS Statistics v22. Eesti oludele kõige sobivamate väidete leidmiseks sooritati faktoranalüüs. Tekkinud küsimustiku koguskaala ning alaskaalade reliaabluse hindamiseks viidi läbi reliaablusanalüüs (Cronbachi alfa). Kordustesti reliaabluse hindamiseks leiti kahe testimiskorra üldskooridevaheline korrelatsioon Pearsoni korrelatsiooniga.

TULEMUSED

Faktoranalüüs

Esiteks kontrolliti 18-väitelise OCI-R testi sobivust Eesti oludele uuriva faktoranalüüsiga peatelgede meetodil kaldsuunalise pööramisega (promax), tellides 6 faktorit. Orginaalile sarnaselt tulid välja faktorid, mis sisaldasid painamise, kogumise ja korrastamise sümptomiklassi väiteid. Neutraliseerimise väiteid sisaldavale faktorile laadus vaid väide “Ma tunnen sundust korrata teatud numbreid” ning samuti ei tulnud orginaalile piisavalt sarnaselt välja pesemise ja kontrollimise alaskaalad.

Selgitamaks välja Eesti olude jaoks prima OCI lühiversioon, sooritati uuriv

faktoranalüüs peatelgede meetodil kaldsuunalise pööramisega (promax) OCI 42-väitelisele eestikeelsele skaalale (Foa jt, 2002). 42 väidet laadusid kümnele faktorile, mis seletasid 76.8% andmete üldhajuvusest. Muutmaks testi lühemaks, eemaldati esialgu kõik väited, mis laadusid faktoritele topelt korrelatsiooniga $<.40$ (v.a väide “Ma kogun asju, mida mul ei ole vaja”) ning seejärel faktoranalüüsi protseduuri korrati. Väide “Ma kogun asju, mida mul ei ole vaja” jäeti analüüsi sisulistel kaalutustel, sest muul juhul ei oleks alaskaalana välja tulnud OKH koha pealt oluline kogumise sümptomigrupp. Tulemuseks saadi 8-faktoriline lahendus, mis seletas ära 73.6% andmete üldhajuvusest.

Saavutamaks parim OCI-R väidete struktuur, lähtuti Foa jt. (2002) OCI skaala väidete vähendamise protseduurist. Alaskaaladesse jäeti alles need väited, mille kõige tugevamalt korreleerunud väitele vastas samast sümptomigrupist veel vähemalt kaks väidet. Juhul, kui faktorile laadusid mitme erineva sümptomigrupi väited, jäeti alles selle sümptomigrupi väited, millele vastas alaskaalal kõige enam korreleerunud väide. Samuti jäeti välja viimane faktor, kuhu laadusid kaks OCI alaskaala Pesemine väidet, eelistades sama sümptomigrupi väidetele vastanud sisukamat faktorit. Alles jäänud väidetele sooritati taaskord uuriv faktoranalüüs peatelgede meetodil kaldsuunalise pööramisega (promax), tellides 7 faktorit. Faktoritele Painamine ning Pesemine laadusid tugevalt neli väidet. Faktori Painamine sisereliaablus nelja väite puhul oli hea ($\alpha = .858$), kolme väite puhul aga suurepärase ($\alpha = .931$), millest tulenevalt otsustati kolmeväitelise lahendi kasuks. Pesemine faktori puhul jäädi samuti 3-väitelise lahendi juurde ($\alpha = .807$), säilitamaks OCI-R orginaalilähedast struktuuri. Samuti ei parandanud 4-väiteline lahend alaskaala sisereliaablust ($\alpha = .858$) olulisel määral. E-OCI-R lõplik faktorstruktuur ning alaskaalade sisereliaablus on välja toodud Tabelis 1. Koguskaala sisemine reliaablus saadi suurepärase ($\alpha = .931$). Samuti võrreldi ka esimese ja teise katsekorra ($N = 40$) OCI-R küsimustike üldskoore ning kordustesti reliaabluseks saadi $r = .711$ ($p = 0.01$). Kliinilise grupi ($n = 13$) puhul saadi kordustesti reliaabluseks $r = .714$ ($p = 0.01$) ning kontrollgrupi puhul ($n = 27$) pisut madalam kordustesti reliaablus $r = .632$ ($p = 0.01$).

Tabel 2. *Eestikeelse OCI-R faktorlaadungid ja siserelevantsus.*

Väide	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
13. Mul tekivad tihti vastikud mõtted ja mul on raske neist vabaneda.	.96						
11. Mind häirivad ebameeldivad mõtted, mis tulevad mulle pähe vastu minu tahtmist.	.92						
9. Mul on raske oma mõtteid kontrollida.	.84						
2. Ma kontrollin korduvalt üle gaasi- ja veekraane ning valgustite lüliteid isegi pärast nende kinnikeeramist või väljalülitamist.		.97					
1. Ma kontrollin korduvalt ukse, aknaid, sahtleid jne.		.91					
8. Ma kontrollin pidevalt asju, mis võiksid põhjustada tulekahju.		.73	.20				
16. Ma tunnen, et pean pahadest mõtetest, tunnetest või tegudest lahtisaamiseks teatud sõnu või fraase kindlas järjestuses kordama.			.95				
6. Ma tunnen sundust korrata teatud numbreid.			.81				.29
12. Enne magamaminekut pean ma tegema kindlaid asju kindlal moel.			.54			.28	
10. Ma pean asju korduvalt üle tegema kuni mulle tundub, et need on õigesti.				.96			
19. Isegi kui ma olen midagi väga hoolikalt teinud, tunnen ma, et see pole päris hästi tehtud.				.89			
7. Olles teinud midagi hoolikalt jääb mul endiselt tunne, et see ei ole piisavalt lõpule viidud.				.65			
14. Ma väldin asjade äraviskamist, sest ma kardan, et mul võib neid hiljem vaja minna.			-.23		.97		
21. Ma olen nii palju asju alles hoidnud, et need jäävad mulle ette.					.80		
3. Ma kogun asju, mida mul ei ole vaja.			.49		.63		
17. Ma pean ennast vahetevahel pesema või ennast puhastama, sest ma tunnen, et olen saastunud.						.87	
8. Mul on raske puudutada prügi või määrdunud asju.						.85	.26
20. Ma pesen oma käsi tihedamini või pikemalt, kui vaja oleks.			.26		-.24	.73	

4. Ma ärritun, kui asjad ei asetse korrapäraselt.							.83
5. Ma vajan, et asjad oleksid korrastatud teatud kindlal viisil.	-0.22		.30				.77
15. Ma ärritun, kui teised on muutnud mu asjade paigutust.	.24			.20			.75
Seletab hajuvusest (%)	43	9	9	6.8	5.5	4.6	4
Cronbachi alfa	.93	.86	.76	.87	.85	.81	.83

Märkus: Peatelgede meetod, kaldsuunaline (promax) pööramine. $N = 99$. Faktorlaadungid $< .20$ on peidetud. F1: Painamine; F2: Kontrollimine; F3: Neutraliseerimine; F4: Kahtlemine; F5: Kogumine; F6: Pesemine; F7: Korrastamine.

Lähtuvalt sellest, et OCI-R orginaaltöö skaalas korreleerusid antud töö lõplikku lahendisse sisse jäetud alaskaalad Kontrollimine ja Kahtlemine, leiti ka antud töö jaoks alaskaalade omavahelised korrelatsioonid (vt. Tabel 2), hindamaks alaskaalade asjakohasust lõplikus küsimustikus.

Tabel 2. Eestikeelse OCI-R alaskaalade omavahelised korrelatsioonid.

Faktor	1	2	3	4	5	6	7
1	-						
2	.322	-					
3	.387	.427	-				
4	.549	.384	.497	-			
5	.383	.359	.495	.414	-		
6	.376	.380	.342	.516	.244*	-	
7	.445	.327	.464	.511	.301	.450	-

Märkus: $p < 0.01$. * Korrelatsioon $p < 0.05$. 1: Painamine; 2: Kontrollimine; 3: Neutraliseerimine; 4: Kahtlemine; 5: Kogumine; 6: Pesemine; 7: Korrastamine.

ARUTELU

Käesoleva töö eesmärgiks oli kohandada Revideeritud OCI Skaala Eestikeelne Versioon (*Obsessive-Compulsive Inventory- revised*; Foa jt, 2002) eesti keelde. Töö on oluline, sest annab aluse esimese eestikeelse OKH sümptomaatika hindava enesekohase küsimustiku valideerimiseks. See võimaldab senisest praktikast ajasäästlikumalt hinnata OKH sümptomaatika esinemist nii kliinisel- kui ka tavapopulatsioonil.

E-OCI-R sisereliaablus saadi suurepärase ($\alpha = .93$). Kuigi küsimustikus on võrreles

orginaaliga tehtud mitmeid muudatusi, on saavutatud ingliskeelsele orginaalile ($\alpha = .83 - .90$) väga sarnane sisereliaablus. Samuti sarnaneb E-OCI-R sisereliaablus Hispaanias (Fullana jt, 2005; Belloch jt, 2013, Türgis ($\alpha = .89$; Aydin jt, 2014), Portugalis ($\alpha = .70 - .94$; Souza jt, 2011) ja Koreas ($\alpha = .71 - .90$; Woo jt, 2010) saadud tulemustele.

Uurimusega leiti, et E-OCI-R kordustesti reliaablus sarnaneb orginaalile. Nädala kuni viie kuu intervalliga kordustestimise puhul saadi kordustesti reliaablus hea ($r = .71, p = 0.01$). See on madalam, kui Portugalis valideeritud OCI-R skaalal ($r = .98$; Souza jt, 2011), kuid samaväärne nii Hispaania verisoonis kliinilisel valimil saadud tulemusega ($r = .70$; Belloch, 2013) kui ka mittekliinilisel valimil saadud tulemusega ($r = .67$; Fullana jt, 2010). Samuti sarnaneb E-OCI-R küsimustiku sisereliaablus Türgi versiooni kliinilisel ja häireta grupil saadud kordustesti reliaablusele ($r = .74$; Aydin jt, 2014).

E-OCI-R erineb orginaalsest ingliskeelsest *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* küsimustikust mitme omaduse poolest. Kõige suuremaks ning peamiseks erinevuseks on eestikeelse versiooni puhul alaskaala Kahtlemine säilimine. Foa jt. (2002) eemaldasid *Doubting* (ing. k, kahtlemine) alaskaala põhjusel, et see korreleerus suuresti alaskaalaga *Checking* (ing. k, kontrollimine). Kuigi Kahtlemine alaskaala korreleerub teiste E-OCI-R alaskaaladega üsna tugevalt ($r = .387 - .549; p < 0.01$) on selle korrelatsioon alaskaalaga Kontrollimine siiski piisavalt madal ($r = .387, p < 0.01$), et alaskaala küsimustikku kaasata.

Teine suur erinevus on seotud väidetega, mida E-OCI-R alaskaalad sisaldavad. Kõige enam erineb alaskaala Neutraliseerimine OCI-R orginaalversioonist, sisaldades vaid üht algupäraselt esindatud väidet kolmest. Neutraliseerimine on aga OKH puhul oluline sümptomigrupp, mis peaks olema esindatud häiret mõõtvast skaalas. Uuriva faktoranalüüsi tulemusena selgus, et paremini sobivad sinna alaskaalasse eesti oludes väited “Ma tunnen, et pean pahadest mõtetest, tunnetest või tegudest lahtisaamiseks teatud sõnu või fraase kindlas järjestuses kordama” ja “Enne magamaminekut pean ma tegema kindlaid asju kindlal moel”.

OCI-R originaaltöös alaskaala Pesemine alla kuulunud väide “Minu jaoks on raske puudutada esemeid teades, et neid on puudutanud võõrad või teatud tüüpi inimesed” eemaldati E-OCI-R küsimustikust. Korduvalt analüüsi sooritades laadus antud väide kas Kontrollimine alaskaalasse või alaskaalasse, mis sisaldas mitut väidet erinevatest sümptomigruppidest ning mis samuti hiljem täielikult analüüsist eemaldati. Seetõttu asendati see OCI originaalskaalas olnud väitega “Mul on raske puutada prügi või määrdunud asju”, mis korreleerus ($r = .848$) Pesemine alaskaalas tugevalt teiste sinna kuulunud väidetega. Samadel kaalutlustel asendati ka originaaltöös Kontrollimine alaskaalasse kuulunud väide “Ma kontrollin asju tihedamini kui vaja” ($r = .235$) alaskaalasse paremini sobinud väitega “Ma kontrollin pidevalt asju, mis võiksid põhjustada tulekahju” ($r = .725$).

Kõige madalama sisereliaablusega E-OCI-R alaskaala on Neutraliseerimine (Tabel 1). Sarnase tulemuse said Foa jt. (1998) OCI skaalat valideerides. See tuleneb Foa jt. (1998) sõnul tõsiasjast, et neutraliseerimist esineb isikutel, kel pole OKH diagnoositud, harva. Saksakeelse OCI-R verisooni valideerimisel oli samuti neutraliseerimise väiteid sisaldava alaskaala sisereliaablus ainsana rahuldav OKH patsientide puhul ($\alpha = .76$), ilma OKH-ta patsientide puhul aga kasin ($\alpha = .51-.68$) (Gönner, Leonhart & Ecker, 2008) ning sarnast tulemust näitas ka valideerimine Korea ($\alpha = .67 - .74$; Woo jt, 2010) ja Hispaania keeleruumi ($\alpha = .76 - .91$; Belloch jt, 2013). Arvestades, et käesolevas uurimuses osales vaid neli kaasuva OKH-ga patsienti, võib arvata, et ka antud juhul ei näita madalam Neutraliseerimine alaskaala sisereliaablus mitte tema struktuuralselt ebaadekvaatsust, kuivõrd piiratud ulatuslikkust eri uuringurühmadele.

Tulenevalt väga väikesest OKH diagnoosiga patsientide hulgast valimis ($n = 4$), ei olnud võimalik töö käigus esialgselt planeeritud konstruktivaliidsust kontrollida. Selleks oleks oluline kõrvutada OKH-ga patsiendid söömishäirete, depressiooni või isiksusehäiretega patsientide ning kontrollgrupiga. Lisaks oleks oluline võrrelda kõikide osalejate skooore alaskaalade kaupa mõõtevahenditega, mis hindavad sarnast konstrukti. Seni, kuni konstruktivaliidsust ei ole E-OCI-R küsimustikul hinnatud, et saa seda ka täielikult valiidselt mõõtevahendiks pidada.

Käesolev töö sisaldab endas mitmeid piiranguid. Esiteks, kuigi kordustesti reliaablus sarnaneb suures osas muudele samalaadsetele töödes leitud kordustesti reliaablusele, tuleb arvesse võtta ka antud uuringu puhul ebaproportsionaalset uuringust osavõtjate hulka kliinilise- ning kontrollgrupi vahel. Samuti varieerub kordustestimise aeg suuresti nii grupi siseselt kui ka gruppide vahel ning see võib tulemuste õigsust mõjutada. Oluline oleks edaspidistes uuringutes kordustestimine sooritada kogu valimi ja ka eri gruppide siseselt võimalikult võrdsete intervallidega.

Samuti ei viidud 21 kontrollgruppi kuulunud osalejatega läbi MINI rahvusvahelist neuropsühhiaatrilist intervjuud (Sheehan jt, 1998), mistõttu ei ole teada isikute vaimne tervis. Sellest tulenevalt võis kontrollgruppi sattuda inimesi, kel esineb mõni psüühika- või käitumishäire.

KIRJANDUSE LOETELU

- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012). Obsessive–compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, *47*(3), 339-349.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- V*. (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV*. (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aydin, A., Boysan, M., Kalafat, T., Selvi, Y., Besiroglu, L., & Kagan, M. (2014). Validation of the Turkish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) in clinical and non-clinical samples. *Noropsikiyatri Arsivi-Archives Of Neuropsychiatry*, *51*(1), 15-22.
- Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E., & Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Reliability, validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *2*(3), 249-256.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal Of Abnormal Psychology*, *110*(4), 585-599.
- Cederlöf, M., Thornton, L. M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C., Bulik, C. M., Mataix-Cols, D. (2015). Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry: Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA)*, *14*(3).
- Clark, D. A., Beck, A. T., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2005). Screening for obsessive and compulsive symptoms: Validation of the Clark–Beck Obsessive–Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, *17*, 132–143.
- Clark, D. A. (2002) A cognitive perspective on obsessive compulsive disorder and depression: distinct and related features. Raamatust: Forst, O. R., Steketee, G. (toim-d) *Cognitive approaches to ebsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Chicago, 215-227.
- Cooper, J. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, *1*, 48-64.
- Cottraux, J. (1989). Behavioural psychotherapy for obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry*, *1*, 227-234.

- Davis, C., & Kaptein, S. (2006). Anorexia nervosa with excessive exercise: A phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 142*(2), 209-217.
- de Bruijn, C., Beun, S., De Graaf, R., Ten Have, M., & Denys, D. (2010). Subthreshold symptoms and obsessive-compulsive disorder: evaluating the diagnostic threshold. *Psychological medicine, 40*(6), 989-997.
- Foa, Edna B, Kozak, Michael J., Salkovskis, Paul M., Coles, Meredith E., Amir, N., (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment, 10*(3), 206-214.
- Foa, Edna B., Huppert, Jonathan D., Leiberg, S., Hajcak, G., Langner, R., and Kichic, R., Salkovskis, Paul M., (2002) The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 4*, 485-496.
- Freund, B., Steketee, G. S., & Foa, E. B. (1987). Compulsive Activity Checklist (CAC): Psychometric analysis with obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Assessment, 9*, 67-79.
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J.M., de Girolamo, G., Lépine, J.P, Matschinger, H. & Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of affective disorders, 124*(3), 291-299.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andiñón, Ó., Torrubia, R., & Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory—Revised in a non-clinical sample. *Journal of anxiety disorders, 19*(8), 893-903.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., & John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience, 250*(5), 262-268.
- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: a differential analysis. *European Eating Disorders Review, 22*(3), 191-199.
- Gönner, S., Leonhart, R., & Ecker, W. (2008). The obsessive-compulsive inventory-revised (OCI-R): validation of the German version in a sample of patients with OCD, anxiety disorders, and depressive disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(4), 734-749.

- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2008). *A guide to assessments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Huz, I., Nyer, M., Dickson, C., Farabaugh, A., Alpert, J., Fava, M., & Baer, L. (2016). Obsessive-compulsive symptoms as a risk factor for suicidality in US college students. *Journal of Adolescent Health, 58*(4), 481-484.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general Psychiatry, 45*(12), 1094.
- Kendell, R. E., & Discipio, W. J. (1970) Obsessional symptoms and obsessional personality traits in patients with depressive illness. *Psychological Medicine, 1*, 65-72.
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry, 153*(6), 783.
- Mailma Tervishoiuorganisatsioon (1992). Pühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tõlge eesti keelde: TÜ psühhiaatria kateeder, Vasar, V. (Toim.) (1993). Tartu: Tartu Ülikool.
- Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(2), 72-77.
- Pollack, L. O., & Forbush, K. T. (2013). Why do eating disorders and obsessive-compulsive disorder co-occur?. *Eating behaviors, 14*(2), 211-215.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Prentice Hall.
- Ricciardi, J. N., & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 9*(3), 249-256.
- Rosen, J. C. (1997) Cognitive-behavioral body image therapy. Raamatust: Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (toim-d). *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press, 188-199.
- Rosenberg, C. M. (1968). Complications of obsessional neurosis. *British Journal Of Psychiatry, 114*(509), 477.
- Shafran, R. (2002) Eating disorders and obsessive compulsive disorder. Raamatust: Forst, O. R., Steketee, G. (toim-d) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Chicago, 215-227

- Sheehan, D. V., Lecrubier, V., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Backer, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M. I . N . I.): the development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(2), 121-127.
- Souza, F. P., Foa, E. B., Meyer, E., Niederauer, K. G., & Cordoli, A. V. (2011). Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive-Compulsive Inventory: Revised (OCI-R). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 137-142.
- Storch, E. A., Bagner, D., Merlo, L. J., Shapira, N. A., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2007). Florida obsessive-compulsive inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 851-859.
- Zermatten, A., Van der Linden, M., Jermann, F., & Ceschi, G. (2006). Validation of a French version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 56(3), 151-155.
- Tervise Arendamise Instituut (2015). Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi. (Viimati uuendatud 14.09.2015)
- Vaughan, M. (1976). The relationships between obsessional personality, obsessions in depression, and symptoms of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 129(1), 36-39.
- Wisner, K. L., Peindl, K. S., & Hanusa, B. H. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(3), 1-478.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Kadri Säde