

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Kadri Säde  
EESTIKEELSE OCI-R KÜSIMUSTIKU VALIDEERIMINE  
Magistritöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Tartu 2021

### Kokkuvõte

OCI-R (Foa jt, 2002) on usaldusväärne ja laialdaselt kasutatav küsimustik OKH sümptomite raskuse hindamisel. Kuus alaskaalat esindavad igäüks levinud OKH sümptomeid: Pesemine, Painamine, Kogumine, Korrastamine, Kontrollimine ja Neutraliseerimine. Käesolevas töös hinnati eestikeelse OCI-R (E-OCI-R) küsimustiku faktorstruktuuri, sisereliaablust, kordustestimise reliaablust ja eristavat valiidsust 650 osalejaga. Neist 144 olid psühhiaatrilise diagnoosiga inividid, kel esines kas obsessiiv-kompulsiivne häire, depressioon, ärevushäire, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* või autismspektrihäire. Kinnitav faktoranalüüs kordas originaalküsimustiku 6-faktorilist lahendit. Koguskaala sisereliaablus oli suurepärase ( $\alpha = .909$ ,  $\omega = .911$ ) ning kordustestimise reliaablus väga hea ( $r_s = .758$ ,  $p = .001$ ). OKH-ga indiviidide E-OCI-R koguskoor erines meeleoluhäiretega ja tervete indiviidide E-OCI-R koguskoorist, kuid mitte ärevushäiretega indiviididest. E-OCI-R küsimustikku on alust pidada usaldusväärseks mõõtvahendiks OKH sümptomite hindamisel, kuid selle võime eristada OKH-ga indiviide teiste psüühikahäiretega indiviididest ja tervetest indiviididest vajab täiendavat kontrollimist suuremal kliinilisel valimil.

*Märksõnad:* obsessiiv-kompulsiivne häire, hindamine, kinnitav faktoranalüüs, eestikeelne revideeritud obsessiiv-kompulsiivne küsimustik

## Abstract

### Validation of the Estonian version of Obsessive-Compulsive Inventory-Revised

OCI-R (Foa et al., 2002) is a reliable and widely used scale for evaluating obsessive-compulsive disorder (OCD) symptom severity. Six subscales are each representing the most common OCD symptoms: washing, obsessing, hoarding, ordering, checking, and neutralizing. This study aimed to examine the 6-factor solution, internal consistency, test-retest reliability, and concurrent validity of the Estonian version of OCI-R (E-OCI-R) on 650 participants, of whom 144 were individuals with OCD, depression, anxiety disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, or with an autism spectrum disorder. The confirmatory factor analysis replicated the 6-factor solution of the original scale. Internal consistency and test-retest reliability were found to be excellent and very good respectively ( $\alpha = .909$ ,  $\omega = .911$ ;  $r_s = .758$ ,  $p = .001$ ). OCD patients' total score of E-OCI-R differentiated from depressive patients or healthy controls. There is strong evidence that E-OCI-R is a reliable instrument for evaluating OCD symptoms, although its ability to discriminate between patients with OCD and other psychiatric disorders and healthy individuals, needs further evaluation in a larger clinical sample.

*Keywords:* obsessive-compulsive disorder, assessment, confirmatory factor analysis, obsessive-compulsive inventory-revised

## Sissejuhatus

### Obsessiiv-kompulsiivne häire

Obsessiiv-kompulsiivne häire (OKH) on tugevalt heterogeenne psüühikahäire, mille all kannatab elu jooksul 1-2.3% populatsioonist (Karno jt, 1988; Ruscio, Stein, Chiu ja Kessler, 2010). Häirele on omased pealetükkivad mõtted ja kompulsiivsed teod (Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsioon; APA, 2013), mis võivad indiviiditi ja häire kulgedes oluliselt erineda. Levinud sundmõtted seonduvad määrumisega (näiteks hirmuga haiguste ja kehavedelike ees), tahtmatu agressiooniga või enda ja lähedaste vigastamisega (Goodman, Grive, Lapidus, Coffet, 2014). Esineb ka inimese jaoks ebasobiliku seksuaalse (Grant jt, 2006) või religioosse sisuga mõtteid ning ülemäärane vajadus sümmeetria ja täpsuse järele (Goodman, 2014). Liigne puhastamine, kontrollimine, korrastamine, rituaalide tegemine, loendamine ja kogumine on levinud sundteod, mida OKH-ga indiviidid sooritavad (Goodman, 2014). Mõttelist neutraliseerimist, loendamist või erinevate rituaalide läbiviimist peetakse samuti sundtegedeks.

OKH mõju inimese elukvaliteedile ja toimetulekule võib olla laiaulatuslik. Raskusi võib esineda professionaalses elus, koduste majapidamisülesannete täitmisel, samuti sotsiaalsetes suhetes ja võimes vabaajategevusi nautida (Eisen jt, 2006). OKH diagnoosiga indiviidide subjektiivne hinnang enda heaolule on tavapopulatsiooniga võrreldes oluliselt madalam (Eisen jt, 2006) ning neil esineb suurel määral suitsiidimõtlemist, suitsiidi planeerimisega seotud hõivatust ning suitsiidikatseid (Torres jt, 2011; Angelakis, Gooding, TARRIER, Panagioti, 2015). OKH-ga lähedase eest hoolt kandvatest inimestest ligikaudu pooled kannatavad märkimisväärse emotsionaalse ja majandusliku koorma all (Grover ja Dutt, 2011; Ramos-Cerqueira jt, 2008) ning ka nende seas esineb kõrgeenenud oht suitsiidikatse toimepanekuks (Velloso jt, 2006). OKH on ühiskonnale üldiselt suureks kandamiseks, sest häirest tingitud raskused inimese funktsioneerimises, haigusega seonduv ennetustöö ja selle ravimine vajavad riikidelt suurt materiaalselt panust. Näiteks ulatusid OKH-ga seonduvad otsesed ja kaudsed kulud Euroopas 2010. aastal enam kui kahe miljardi euroni (Olesen jt, 2012).

### Komorbiidsus ja OKH sümptomaatika

OKH kliiniline pilt võib haiguse kulgedes ja üksikisikute puhul ulatuslikult erineda (Torres jt, 2016), mistõttu kaasnevad sellega sageli mitmed erinevad psüühikahäired. Levinumateks psühhiaatrilisteks komorbiidsusteks peetakse meeleoluhäireid (Overbeek,

Schruers ja Griez, 2002; Torres jt, 2016), erinevaid ärevushäired (sotsiaalfoobia, üldistunud ärevushäire, paanikahäire, agorafobia, eraldatavuse ärevus; Bartz ja Hollander, 2006), impulsikontrollihäireid ja sõltuvushäireid (Torres jt, 2006; Ruscio jt, 2010). OKH ja muude psüühikahäirete diagnostilisel tasemel koosinemisele lisaks on täheldatud ka üksikuid või mõningaid OKH-le omaseid sümptomeid kliinilisel valimil (Altman ja Shankman, 2009; Byerly jt, 2005; Cadman jt, 2015). Naylor ja kolleegid (2011) raporteerisid, et söömishäiretega indiviididel esineb OKH sümptomeid statistiliselt oluliselt rohkem, kui tervetel indiviididel. Näiteks on obsessioonidel oluline seos buliimia sümptomitega ja väljutava käitumise esinemisega *anorexia nervosa* puhul (Levinson, 2019). Ka autismispektrihäirega indiviidide seas on täheldatud kõrgeenenud OKH sümptomite taset võrreldes tervete inimestega (Cadman jt, 2015), eriti OKH kogumise sümptomite puhul (Pertusa jt, 2012). Patoloogilist kogumist on pikalt peetud OKH sümptomiks, kuid DSM-5 (APA, 2013) liigitab kogumise eraldiseisva häirena OKH ja sellega seotud häirete kategooriasse. Siiski on need kaks tugevalt koosinevad, sest patoloogilise kogumise all kannatavate inimeste sümptomid vastavad ligi viiendiku puhul ka OKH diagnostilistele kriteeriumitele (Frost, Steketee ja Tolin, 2015).

### **OKH sümptomaatika tavapopulatsioonil**

Lisaks üksikute OKH sümptomite kõrgeenenud tasemele mitmete teiste psühhiaatriliste häirete seas, on tavapopulatsioonil läbi viidud uuringud kinnitanud nende esinemist ka tervetel indiviididel (Apter jt, 1996; Gibbs, 1996; Fullana, 2009; Adam, Meinschmidt, Gloster ja Lieb, 2011). Kuigi üksikult või vähesel määral esinevad sümptomid ei ole piisavad OKH diagnoosimiseks, võivad need mõjutada oluliselt sümptomitega inimeste heaolu (Grabe jt, 2000; de Bruijn jt, 2010; Spinella jt, 2005; Fullana jt, 2009). On leitud, et OKH sümptomite tugevuse ja negatiivsete afektide kogemise vahel esineb positiivne seos (Spinella jt, 2005) ning kannatused, mida nende kogemine tekitab, on alalävisel OKH ja diagnoosiga inimeste puhul võrreldavad (Grabe jt, 2000; de Bruijn jt, 2010). Fullana ja kolleegide (2009) uuringus väitsid 15% alalävisel OKH-ga uuritavatest, et sündmõtete esinemine tekitab neile olulist distressi ning kõigist alalävisel OKH-ga uuritavatest hindas veerand enda hõivatust sündmõtetega vähemalt üheks tunniks päevas. Juhul, kui inimese heaolu kannatab, vajab iga esinev OKH sümptom kahtlemata spetsialistide tähelepanu, sest võib olla oluliseks osaks abivajaja elukvaliteedi parandamisel.

Põhjuseid üksikute OKH sümptomite tuvastamiseks tervetel indiviididel on veelgi, sest on leitud tõendeid, et OKH sümptomite esinemine võib panustada erinevate

psüühikahäirete kujunemisse. Fullana ja kolleegid (2009) leidsid, et OKH sümptomite esinemine tavapopulatsioonil suurendab mõne teise I telje psüühikahäire (DSM-IV, APA 2000) esinemise riski hilisemas tulevikus. Sama kinnitasid Hofmeijer-Sevink ja kolleegid (2018) ärevusehäirete ja meeleoluhäirete osas, leides, et OKH sümptomid ennustasid esmase ärevushäire või depressiooni esinemist 2-aastase esimesele hindamisele järgneva perioodi sees. On pakutud, et obsessioonide esinemine võib ennustada ka söömishäirete sümptomaatika teket (Levinson jt, 2019). Samuti esineb positiivne seos tugevate väljenduvate sundmõtete ja unetuse sümptomite vahel (Timpano jt, 2014). Veel enam, Van Dael ja kolleegid (2011) leidsid longitudinaalses uuringus, et OKH sümptomite esinemine varasemas elus ennustas psühhoosi sümptomeid tulevikus ning tõenäosus, et psühhoosi sümptomitest areneb välja psühhoos oli suurem juhul, kui kaasvalt esines uuritaval ka OKH sümptomeid. Hüpoteese ja põhjendusi, miks ja kuidas OKH sümptomid on seotud hilisemate psüühikahäirete tekkega, on mitmeid (Van Dael jt, 2011). Mida paremini seesuguseid seoseid mõistetakse, seda olulisem on, et OKH sümptomite esinemist oleks võimalik lihtsalt ja efektiivselt, uuritavat liigselt koormamata kontrollida.

### **OKH hindamisvahendid**

Levinumad mõõtvahendid OKH-ga indiviidide hindamiseks on diagnostilised intervjuud, klinitsisti poolt hinnatavad mõõtvahendid ning enesekohased küsimustikud (Overduin ja Furnham, 2012). Diagnostilised intervjuud ja klinitsisti poolt hinnatavad mõõtvahendid on üldjuhul väga ressursinõudlikud, kuid annavad enesekohaste küsimustikega võrreldes põhjalikuma ülevaate hinnatava seisundist. Diagnostilised intervjuud võtavad arvesse kaasuvaid sümptomeid (Grabill jt, 2008), mistõttu on need sobivaks valikuks juhul, kui olulisel kohal on diferentsiaaldiagnostiline hindamine. Ka klinitsisti poolt hinnatavad mõõtvahendid võimaldavad koguda ja koondada mitmekülgsemat informatsiooni kui enesekohased küsimustikud, sealhulgas näiteks hindajapoolseid tähelepanekuid (Grabill jt, 2008). Lähtuvalt hindamise eesmärkidest võib diagnostiliste intervjuude ja klinitsisti poolt hinnatavate mõõtvahendite kasutamine olla liigselt komplitseeritud ja põhjendamatu, sest nõuavad läbiviijalt mõõdikuspetsiifilist väljaõpet ning nende läbiviimine on ajanõudlik.

Enesekohased küsimustikud on kergesti ja kiiresti administreeritavad, võivad anda kasulikku infot patsiendi ravivastuste kohta (Overduin jt, 2012) ning leiavad tihti kasutust teadustöodes, kus ühe muutujana uuritakse OKH sümptomite esinemist. Erinevaid enesekohaseid küsimustikke, mis on mõeldud sõelküsimustikuna kasutamiseks, OKH sümptomite raskuste hindamiseks või ravivastuste seireks, on loodud hulgaliselt (põhjalikuks

ülevaateks vaata Overduin ja Furnham, 2012 või Rapp jt, 2016). Mitmed juba välja arendatud küsimustikud vajavad täiendavat psühhomeetrilist hindamist nii erinevatel kliinilistel valimitel kui ka laiemalt erinevates kultuuriruumides. Kaks väga suure potentsiaaliga OKH sümptomeid dimensionaalsest aspektist käsitlevat enesekohast küsimustikku on *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory-Revised* (VOCI-R; Gönner jt, 2010) ja *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale* (DOCS; Abramowitz jt, 2010; Overduin jt, 2012). Mõlemad küsimustikud on seni läbi viidud uuringutes näidanud tugevaid psühhomeetrilisi omadusi, kuid nende väline valiidsus vajab veel eri valimitel ning erinevates kultuuriruumides kinnitamist. DOCS-i puhul on esimesi samme selles suunas juba astunud (Ólafsson jt, 2013; Treviño-de la Garza jt, van der Veld jt, 2020).

### ***Obsessive Compulsive Inventory Revised (OCI-R)***

OCI-R-i psühhomeetrilised omadused on põhjalikult uuritud, mistõttu on see peamiseks soovitusena, kui esineb vajadus OKH sümptomite esinemist ja raskust hindava sõelküsimustiku järgi (Overduin jt, 2012). OCI-R koosneb 18-st väitest, mis vastavad mõnele OKH-le omasele sümptomile (Foa jt, 2002). Väiteid hinnatakse 5-punktilisel Likerti skaalal lähtuvalt sellest, kui palju on väidetav tegevus või mõte inimest viimasel kuul häirinud või talle ebamugavust tekitanud. Kuus alaskaalat vastavad kõige sagedamini esinevatele OKH sümptomiklassidele, milleks on kontrollimine, pesemine, painamine, neutraliseerimine, kogumine ja korrastamine. Kuuefaktoriline jaotus on leidnud kinnitust nii uuriva kui kinnitava faktoranalüüsi põhjal kliinilisel valimil ja tavapopulatsioonil põhinevates töödes (Foa jt, 2002; Hajcak, Huppert, Simons ja Foa, 2004; Abramowitz ja Deacon, 2006; Huppert jt, 2007).

OCI-R-i sisereliaablus on leitud kõrge psühhiaatriliste häiretega indiviididel ( $\alpha = .81 - .93$ ; Foa jt, 2002; Huppert jt, 2007) ja tavapopulatsioonil läbi viidud uuringutes ( $\alpha = .88$ ; Hajcak jt, 2004). Ainsa erandina on neutraliseerimise alaskaala sisereliaablus saadud rahuldav ( $\alpha = .57$ ; Hajcak jt, 2007). Samuti on OCI-R näidanud head konstruktivaliidsust (Foa jt, 2002; Huppert jt, 2007) ja võimet eristada OKH-ga indiviide ärevushäiretega (Foa jt, 2002; Abramowitz jt, 2006; Huppert jt, 2007), meeleoluhäiretega (Gönner, Leonhart ja Ecker, 2008) või tervetest indiviididest (Foa jt, 2002). Foa ja kolleegide (2002) pakutud ärälõikeskooriks eristamaks OKH-ga indiviide ärevushäirega indiviididest, on 18 (sensitiivsus 74.0% ja spetsiifilisus 75.2%), kuid pakutud on ka 17-punktilist koguskoori (sensitiivsus 78.0% ja spetsiifilisus 78.0%; Gönner jt, 2008). Siiski on mitmel juhul olnud probleeme korrastamise ja kogumise alaskaaladega. Foa ja kolleegide (2002) originaaltöös ei

eristanud korrastamise ja kogumise alaskaalade koguskoor OKH-ga indiviide ärevushäiretega ja tervetest indiviididest. Sama tendents leiti ka koreakeelse OCI-R küsimustiku puhul, kus olid võrdluses OKH-ga indiviidid ja tudengitest moodustatud valim (Woo jt, 2010). Siiski on alust pidada OCI-R-i tugevate psühhomeetrislike näitajatega küsimustikuks, seda eriti just skaala koguskooril saadud tulemuste põhjal. Samuti on OCI-R tundlik ravi mõjudele (Abramowitz, Tolin ja Diefenbach, 2005) ning sobib seetõttu kasutamiseks hästi kliinilises kontekstis, kui on vajadus kiire ja lihtsasti administreeritava hindamisvahendi järgi.

Suure eelisenä paljude teiste OKH sümptomeid hindavate sõelküsimumstike ees on OCI-R-i valideeritud paljudesse eri keeltesse ja kultuuriruumidesse (Angelakis, Panagiotti ja Austin, 2017; Aydin jt, 2014; Belloch jt, 2013; Chasson jt, 2013; Souza jt, 2011; Woo jt, 2010; Zermatten jt, 2006). OCI-R-i 6-faktoriline lahend on näidanud head sobivust mitmete teiste riikide seas näiteks Hiinas, Iraanis, Hispaania, Koreas ja Prantsusmaal (Peng, 2011; Ghassemzadeh, 2011; Souza jt, 2011; Woo jt, 2010; Zermatten jt, 2006). Samuti on OCI-R-i koguskaala sisereliaablus ( $\alpha = .85 - .89$ ; Aydin jt, 2014; Ghassemzadeh jt, 2011; Zermatten jt, 2006) ja kordustestimise reliaablus ( $r_s = .74 - .98$ ; Aydin jt, 2014; Ghassemzade jt, 2011; Souza jt, 2011) olnud järjepidevalt hea erinevatesse keeltesse tõlgitud versioonide puhul.

Töö autoritele teadaolevalt ei ole Eestis valideeritud ega kasutuses ühtegi Eesti oludele kohandatud enesekohast OKH sümptomaatika esinemist hindavat sõelküsimumstikku, mistõttu puuduvad spetsialistidel mugavad töövahendid OKH sümptomaatika esmaseks või regulaarseks hindamiseks. Seni on eestikeelse OCI-R küsimustiku (E-OCI-R) psühhomeetrisli omadusi uuritud väga väikesel valimil (Säde, 2016), mistõttu on oluline neid täiendavalt kontrollida. Samuti ei ole varasemalt hinnatud E-OCI-R koguskaala ja alaskaalade koguskooride erinevusi psühhiaatrilisel valimil.

### ***Käesolev töö***

Töö peamiseks eesmärgiks on kontrollida E-OCI-R psühhomeetrisli omadusi. Kontrollimaks E-OCI-R faktorstruktuuri sobivust, viiakse läbi kinnitav faktoranalüüs. Samuti hinnatakse koguskaala ja alaskaalade sisereliaablust ja kordustestimise reliaablust. Eristava valiidsuse hindamiseks võrreldakse omavahel obsessiiv-kompulsiivse häirega indiviidide E-OCI-R koguskoori peamiselt depressiooniga, ärevushäiretega, *anorexia nervosaga*, *bulimia nervosaga*, autismispektri häiretega ning tervete indiviidide E-OCI-R koguskooriga.

Käesoleva töö autor panustas kliinilise grupi autismispektri häirega indiviidide andmete kogumisse, kogutud andmete sisestamisse ja osaliselt andmete skoorimisse. Samuti



koostas töö autor kirjanduse ülevaate, viis läbi statistilised analüüsid ning kirjutas käesoleva töö.

Eelnevale toetudes, püstitatakse järgnevad hüpoteesid:

- H1: Kinnitav faktoranalüüs toetab E-OCI-R-i väidete laadumist kuute alaskaalasse.
- H2: OKH-ga indiviidide E-OCI-R koguskoor on tervete indiviidide E-OCI-R koguskoorist olulisel määral kõrgem.
- H3: OKH-ga indiviidide E-OCI-R koguskoor on meeleoluhäiretega, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* ja autismispektri häirega vastanute E-OCI-R koguskoorist olulisel määral kõrgem.

## Meetod

### Valim

Valim koosnes 650-st indiviidist (569 naist [86%] ja 91 meest [14%]), kellest 512 (78.8%) olid uuringu „Autismispektrihäirete hindamisvahendite kohandamine Eesti oludele“ raames veebipõhisele üleskutsele vastanud vabatahtlikud. 117 (18%) psühhiaatrilise häirega indiviidi ning 21 (3,2%) avalikule kuulutusele vastanud ja vaimse tervise häire suhtes kontrollitud inimese (TK; terve kontrollgrupp) andmed koguti uuringu „Söömishäired ja pidurduslik kontroll“ raames. Vastanute vaimse tervise andmed on teada psühhiaatrilise häirega indiviidide ( $N = 117$ , v.a ASH-ga indiviidid) ning 21 terve kontrollgrupi liikme kohta. Kõige enam esinenud psüühikahäireteks olid erinevad ärevushäired ( $n = 103$ ), meeleoluhäired ( $n = 78$ ), söömishäired ( $n = 56$ ), autismispektri häired ( $n = 41$ ) ja sõltuvushäired (kanep, alkohol;  $n = 27$ ). 36-l kliinilisse valimisse kuuluval inimesel esines mõõdukas kuni kõrge suitsidaalsuse tase. Valimi kirjeldavad statistikud ning psühhiaatrilised diagnoosid on välja toodud tabelis 1.

Eristava valiidsuse hindamiseks moodustati psühhiaatrilisest valimist 7 gruppi ja kontrollitud tervetest liikmetest grupp. Kõik indiviidid, kelle peamine diagnoos oli OKH, moodustasid esimese grupi (OKH). 8-st söömishäirega indiviidist, kel oli kaasuvana diagnoositud OKH, moodustati eraldi grupp (SH+OKH). Kõik indiviidid, kel esines mõni meeleoluhäire (v.a bipolaarne häire), kuid mitte SH või ASH, koondati depressiooni gruppi (DEPR). Ärevushäirete gruppi (ÄREV) koondati kõik indiviidid, kel esines teiste diagnooside hulgas kõige enam ärevushäireid, kuid ei esinenud SH, ASH või OKH. ÄREV gruppi kuulunud kaasuvate meeleoluhäiretega indiviidide ja ainult ärevushäiretega indiviidide vahel ei esinenud statistiliselt olulist erinevust E-OCI-R koguskooris,  $t(20) = 1.08$ ;  $p = .307$ .

Vastavalt uuritava peamisele diagnoosile, moodustati grupid AN ja BN. Gruppide kirjeldavad statistikud koos psühhiaatriliste diagnooside sagedusega on välja toodud tabelis 1.

### **Mõõtvahendid**

Kirjeldavatest statistikutest koguti inimese sugu, vanus ja haridustase. Psühhiaatrilise valimi ja kontrollgrupi puhul kogus vastavad andmed paberkandjale hindamist läbi viinud kliiniline psühholoog.

*MINI rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu* (MINI; Sheehan jt, 1994; eestikeelne versioon Shlik jt, 1999) on struktureeritud intervjuu, mis hindab DSM-V ja RHK-10 häirete esinemist. MINI intervjuu viis kõikide haiglast värvatud indiviididega ja kontrollgrupi liikmetega läbi kogenud kliiniline psühholoog.

*OCI skaala* (OCI; Foa jt, 1998) eesti keelde tõlgitud versioon koosnes 42 väitest, millest igale vastati 5-punktilisel Likerti skaalal lähtuvalt sellest, mil määral antud tegevus on inimest viimase kuu aja jooksul muretsema pannud või häirinud. Käesoleva töö analüüsi kaasati väidetest need 18, mille eestikeelne tõlge vastas OCI-R inglisekeelsele skaala väidetele (Foa jt, 2002). Küsimustikule sooritasid tõlke ja tagasitõlke Siim Jakobsoo, Kerttu Petenberg ja Kirsti Akkermann. Küsimustiku esialgset faktorlahendit on kontrollitud Kadri Säde uurimistöös raames (Säde, 2016).

### **Protseduur**

Psühhiaatrilise grupi andmed (v.a ASH-ga indiviidid) koguti Tartu Ülikooli Psühhiaatrikliinikus statsionaarse ravi patsientidelt ravile asudes ja ravilt lahkudes kliinilise psühholoogi poolt. Peale kirjaliku informeeritud nõusoleku kogumist viidi esimesel hindamisel läbi MINI intervjuu, millele järgnevalt täitis patsient enesekohastest küsimustikest koosneva testipaketi, mille üheks osaks oli OCI küsimustik. Küsimustike loetelu on välja toodud Lisas 1. Samasugust protseduuri järgiti ka kontrollgrupi andmete kogumisel. Psühhiaatrilisel grupil viidi korduv testimine läbi enne haiglaravi lõppu.

12 ASH indiviidi andmete kogumine toimus Astangu Kutserehabilitaatiooni Keskuses ja Tartu Nõustamis- ja Kriisiabi Keskuses. Peale kirjaliku informeeritud nõusoleku andmist, täitsid ASH-ga indiviidid psühholoogi juuresolekul testipaketi, mille üks osa oli OCI küsimustik. Küsimustike loetelu on välja toodud Lisas 2. MINI intervjuud ASH-ga uuritavatega läbi ei viidud, diagnoosi kinnitus saadi patsiendi nõusolekul psühhiaatril.

Tavapopulatsioonist koosneva grupi andmed koguti veebikeskkonnas *Limesurvey*. Peale informeeritud nõusoleku kinnituse andmist vastasid osalejad demograafilistele küsimustele ning täitsid küsimustikepaketi, mille üheks osaks oli OCI küsimustik. 29 veebis

küsimustiku täitnud inimest vastas, et neil on diagnoositud autismispektrihäire. Veebis küsimustiku täitnute vahel loositi välja neli 25-eurost kinkekaarti.

Mõlemale uuringule on luba saadud Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komiteelt.

### **Andmeanalüüs**

Esialgsete andmete töötlemine, korrastamine ja küsimustike skoorimine toimus programmis *Microsoft Excel for Mac* (versioon 16.47.1). Kinnitav faktoranalüüs viidi läbi statistikatarkvara programmis RStudio (versioon 1.4.1106) kasutades paketti „lavaan“. Kirjeldavate statistikute, korrelatsioonianalüüside ja gruppidevaheliste erinevuste võrdlemiseks kasutati andmetöötlusprogrammi *IBM SPSS Statistics* (versioon 27.0.1.0). Reliaablusanalüüsid viidi läbi statistikaprogrammis JASP (versioon 0.14.1).

Andmeanalüüsi kaasati OCI väidetest 18 väidet, millest igauks vastas OCI-R originaalküsimustikus esinenud ingliskeelsetele väidetele. Kinnitav faktoranalüüs (*confirmatory factor analysis; CFA*) viidi läbi kasutades robustset maksimaalse tõenäosuse hindamise meetodit, kuna mõni väide ei vastanud normaaljaotusele (nt väide 9 asümmeetriakordaja = 1.4 ja ekstsess = 4.8; väide 26 asümmeetriakordaja = 1.4 ja ekstsess = 4.8). Lahendi sobivust hinnati Hu ja Bentleri (1999) pakutud kriteeriumite järgi. Kinnitav faktoranalüüs sooritati 6-faktorilisele ja 1-faktorilisele lahendile.

Koguskaala ja alaskaalade sisereliaabluse hindamiseks viidi läbi rebliablusanalüüsid (Cronbachi alfa ja MacDonaldi omega). Alaskaalade omavaheliste korrelatsioonide ja kordus-testimise reliaabluse hindamiseks kasutati Spearmani astakorrelatsioonikordajat. Hindamaks kahe testimise vahelise aja võimalikku mõju kordustestimise tulemusele, viidi läbi mitmene lineaarne regressioonanalüüs.

Gruppide võrdluseks sobiva analüüsimeetodi valikul hinnati esmalt andmete normaaljaotuslikkust, kontrollides asümmeetriakordajat ja ekstsess, mis viitasid andmete normaaljaotuslikkusele. Neutraliseerimise alaskaala andmed ei vastanud normaaljaotuslikkusele (väide 26: ekstsess = 7.1, asümmeetriakordaja = 2.5). E-OCI-R koguskoori ja alaskaalade tulemuste gruppidevaheliste erinevuste hindamiseks kasutati ühefaktorilist dispersioonanalüüsi (*One-Way Anova*). Kuigi andmete normaaljaotuslikkus on ühefaktorilise dispersioonanalüüsi eelduseks, on Howelli (2012) kohaselt dispersioonanalüüs võrdlemisi robustne analüüsimeetod, mille puhul väikesed kõikumised normaaljaotuslikkuses oluliselt tulemusi ei mõjuta. Mõistmaks, kuidas gruppidevahelised erinevused E-OCI-R üldskooris ja alaskaalade koguskoorides väljenduvad, sooritati ühtsuse huvides kõikidel juhtudel Tukey-HSD test. Gruppidevahelisi erinevusi haridustaseme ja

erinevate psüühikahäirete esinemise sageduse osas hinnati Fisheri täpse testiga (*Fisher-Freeman-Halton Exact Test*), kuna kõik vaadeldavad andmed ei läbinud hii-ruut testi eeldusi.

## Tulemused

### Kirjeldav statistika

Ühefaktoriline dispersioonanalüüs näitas, et grupid erinesid vanuse osas statistiliselt olulisel määral [ $F(7, 156) = 3.1, p = .004; \eta^2 = 0.12$ ]. Tukey-HSD post hoc testi järgi erinesid statistiliselt oluliselt omavahel AN ja ASH grupp ( $p = .02$ ). Gruppide vahel ei esinenud statistiliselt olulist erinevust suitsidaalsuse ( $p = .707$ ), sõltuvushäire esinemise sageduse osas ( $p = .506$ ) ega hariduse osas ( $p = .164$ ). ASH-ga indiviidide kohta puudus kaasuvate häirete informatsioon. Valimi kirjeldav statistika koos erinevate psüühikahäirete esinemise sagedusega on välja toodud tabelis 1.

**Tabel 1.** Valimi demograafiline informatsioon ning psühhiaatriliste diagnooside ja suitsidaalsuse esinemine gruppide kaupa.

	Kogu valim*	OKH	SH+OKH	DEPR	ÄREV	AN	BN	ASH	TK
	<i>N</i> =650	<i>n</i> =8	<i>n</i> =8	<i>n</i> =20	<i>n</i> =22	<i>n</i> =26	<i>n</i> =21	<i>n</i> =39	<i>n</i> =21
Vanus aastates <i>M</i> ( <i>SD</i> )	33.8(±16.9)	26.3(±7.0)	20.13(±8.9)	24.9(±9.4)	24.9(±6.2)	20.7(±6.4)	23(±6.4)	29.1(±9.5)	22.8(±7.2)
Algharidus	<i>n</i> =5	<i>n</i> =0	<i>n</i> =2	<i>n</i> =0	<i>n</i> =0	<i>n</i> =3	<i>n</i> =0	<i>n</i> =0	<i>n</i> =0
Põhiharidus	<i>n</i> =65	<i>n</i> =2	<i>n</i> =4	<i>n</i> =7	<i>n</i> =6	<i>n</i> =6	<i>n</i> =6	<i>n</i> =12	<i>n</i> =6
Keskharidus	<i>n</i> =153	<i>n</i> =2	<i>n</i> =2	<i>n</i> =7	<i>n</i> =7	<i>n</i> =7	<i>n</i> =10	<i>n</i> =10	<i>n</i> =11
Keskeriharidus	<i>n</i> =170	<i>n</i> =1	<i>n</i> =0	<i>n</i> =1	<i>n</i> =2	<i>n</i> =5	<i>n</i> =1	<i>n</i> =3	<i>n</i> =2
Kõrgharidus	<i>n</i> =345	<i>n</i> =3	<i>n</i> =0	<i>n</i> =5	<i>n</i> =7	<i>n</i> =5	<i>n</i> =4	<i>n</i> =14	<i>n</i> =2
<b>Diagnoosid</b>									
OKH	<i>n</i> =16	<i>n</i> =8(100)	<i>n</i> =8(100)	<i>n</i> =0	<i>n</i> =0	<i>n</i> =0	<i>n</i> =0		
Meeleoluhäired	<i>n</i> =82	<i>n</i> =3(37,5)	<i>n</i> =8(100)	<i>n</i> =20(100)	<i>n</i> =17(77,2)	<i>n</i> =12(46,1)	<i>n</i> =17(80,9)		
<i>Anorexia nervosa</i>	<i>n</i> =34	<i>n</i> =0	<i>n</i> =7(87,5)	<i>n</i> =0	<i>n</i> =0	<i>n</i> =26(100)	<i>n</i> =0		
<i>Bulimia nervosa</i>	<i>n</i> =22	<i>n</i> =0	<i>n</i> =1(12,5)	<i>n</i> =0	<i>n</i> =0	<i>n</i> =0	<i>n</i> =21(100)		
Agorafoobia	<i>n</i> =29	<i>n</i> =2(25)	<i>n</i> =3(37,5)	<i>n</i> =0	<i>n</i> =13(59)	<i>n</i> =5(19,2)	<i>n</i> =4(19)		
Sotsiaalfoobia	<i>n</i> =30	<i>n</i> =2(25)	<i>n</i> =3(37,5)	<i>n</i> =1(5)	<i>n</i> =8(36,3)	<i>n</i> =6(23)	<i>n</i> =8(38)		
Paanikahäire	<i>n</i> =13	<i>n</i> =1(12,5)	<i>n</i> =1(12,5)	<i>n</i> =0	<i>n</i> =7(31,8)	<i>n</i> =2(7,6)	<i>n</i> =2(9,5)		
Üldistunud ärevushäire	<i>n</i> =35	<i>n</i> =1(12,5)	<i>n</i> =3(37,5)	<i>n</i> =4(20)	<i>n</i> =11(50)	<i>n</i> =5(19,2)	<i>n</i> =8(38)		
Sõltuvushäired	<i>n</i> =24	<i>n</i> =0	<i>n</i> =2(25)	<i>n</i> =5(25)	<i>n</i> =8(36,3)	<i>n</i> =6(23)	<i>n</i> =8(38)		
Suitsidaalsus	<i>n</i> =22	<i>n</i> =2(25)	<i>n</i> =1(12,5)	<i>n</i> =7(35)	<i>n</i> =11(50)	<i>n</i> =7(26,9)	<i>n</i> =7(33,3)		

*Märkus:* OKH – obsessiiv-kompulsiivne häire; SH-OKH – söömishäire ja obsessiiv-kompulsiivse häirega invidiidid, DEPR – meeleoluhäiretega invidiidid, ÄREV – ärevushäirega invidiidid, AN – *anorexia nervosa* 'ga invidiidid, BN – *bulimia nervosa* 'ga invidiidid, ASH – autismispektri häirega invidiidid, TK – kontrollitud terved invidiidid; *M* – keskmine, *SD* – standardhälve. \* Diagnoosid kinnitatud vaid kliinilise valimi kohta (*N* = 117). Sulgudes on kuvatud antud häirega invidiidide osakaal kogu grupist.

## Faktorstruktuur

Kinnitav faktoranalüüs viidi läbi kasutades robustse maksimaalse tõenäosuse hindamise meetodit. 6-faktorilisel mudelil oli vastavalt ootustele statistiliselt oluline hii-ruut ( $\chi^2(120) = 327.9, p < .001$ ) ehk töös kasutatud ning hinnangulise mudeli vahel oli statistiliselt oluline erinevus (Kline, 1998). Tulenevalt suurest valimist ei pruugi hii-ruut ainsana olla mudeli sobivuse hindamiseks usaldusväärne mõõdik (Jöreskog ja Sörbom, 1993), mistõttu toetusime Hu ja Bentleri (1999) pakutud alternatiivsetele kriteeriumitele. Samadel kriteeriumitel on põhinenud mitmed sarnased teadustööd, kus ühe uurimisküsimusena hinnatakse OCI-R küsimustiku 6-faktorilise lahendi sobivust (Foa jt, 2002; Huppert jt, 2007; Gönner jt, 2007). Mudeli sobivuse hindamiseks laialdaselt kasutatud kriteeriumite väärtused peaksid jääma järgmiste väärtuse lähedale:  $TLI \geq .94$ ,  $CFI \geq .95$ ,  $SRMR \leq .08$  ja  $RMSEA \leq .06$  (Hu jt, 1999). E-OCI-R 6-faktorilise mudeli kõik kriteeriumid vastasid mudeli heale sobivusele ( $TLI = .947$ ,  $CFI = .958$ ,  $SRMR = .051$  ja  $RMSEA = .062$ ). 6-faktorilise mudeli faktorlaadungid ja mitmese korrelatsiooni ruut on välja toodud tabelis 2. Mitmese korrelatsioonikordaja ruudu väärtused olid aktsepteeritavad ( $>.40$ ) kuni suurepärased. Kinnitav faktoranalüüs viidi läbi ka ühefaktorilisel mudelil, mille puhul näitasid kõik hinnatavad kriteeriumid mudeli sobimatust ( $\chi^2(135) = 1709.3, p < .001$ ;  $TLI = .619$ ,  $CFI = .664$ ,  $SRMR = .091$  ja  $RMSEA = .166$ ). Alaskaalade omavahelised korrelatsioonid arvutati alaskaala koguskoori põhjal kasutades Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Alaskaalade omavahelised korrelatsioonid jäid vahemikku  $.397 - .650$ . Kõikide alaskaalade omavahelised korrelatsioonid on välja toodud tabelis 2.

**Tabel 2.** *E-OCI-R faktorlaadungid, mitmese korrelatsioonikordaja ruut kinnitavast faktoranalüüsist ja alaskaalade omavahelised korrelatsioonid.*

	Faktor	Faktor	Faktor	Faktor	Faktor	Faktor	R <sup>2</sup>
Väide	1	2	3	4	5	6	
5. Minu jaoks on raske puudutada esemeid teades, et neid on puudutanud võõrad või teatud tüüpi inimesed.	.76						.57
11. Ma pean ennast vahetevahel pesema või ennast puhastama, sest ma tunnen, et olen saastunud.	.76						.58
17. Ma pesen oma käsi tihedamini või pikemat aega kui vaja.	.78						.61
6. Mul on raske oma mõtteid kontrollida.		.84					.69
12. Mind häirivad ebameeldivad mõtted, mis tulevad mulle pähe vastu minu tahtmist.		.92					.84
18. Mul tekivad tihti vastikud mõtted ja mul on raske neist vabaneda.		.84					.70
1. Ma olen nii palju asju alles hoidnud, et need jäävad mulle ette.			.91				.82
7. Ma kogun asju, mida mul ei ole vaja.			.85				.72
13. Ma väldin asjade äraviskamist, sest ma kardan, et mul võib neid hiljem vaja minna.			.76				.58
3. Ma ärritun, kui asjad ei asetse korrapäraselt.				.81			.66
9. Ma ärritun, kui teised on muutnud mu asjade paigutust.				.79			.63
15. Ma vajan, et asjad oleksid korrastatud teatud kindlal viisil.				.84			.71

14. Ma kontrollin korduvalt üle gaasi- ja veekraane ning valgustite lüliteid isegi pärast nende kinnikeeramist või väljalülitamist.	.88	.77
8. Ma kontrollin korduvalt uksi, aknaid, sahtleid jne.	.89	.79
2. Ma kontrollin asju tihedamini kui oleks vaja.	.69	.46
4. Ma tunnen sundi tegevuste ajal loendada.		.79
10. Ma tunnen sundust korrata teatud numbreid.		.84
16. Mulle tundub, et on olemas head ja halvad numbrid.		.66

---

**Alaskaalad**


---

<b>1</b>	-					
<b>2</b>	.428	-				
<b>3</b>	.304	.354	-			
<b>4</b>	.485	.502	.257	-		
<b>5</b>	.475	.488	.333	.563	-	
<b>6</b>	.381	.441	.352	.455	.443	-

---

*Märkus:*  $R^2$  – mitmese korrelatsioonikordaja ruut (ingl *squared multiple correlation*); Alaskaalad: 1 – Pesemine, 2 – Painamine, 3 – Kogumine, 4 – Korrastamine, 5 – Kontrollimine, 6 – Neutraliseerimine; alaskaalade omavahelised korrelatsioonid (Spearman) on statistiliselt olulised ( $p = .01$ ).

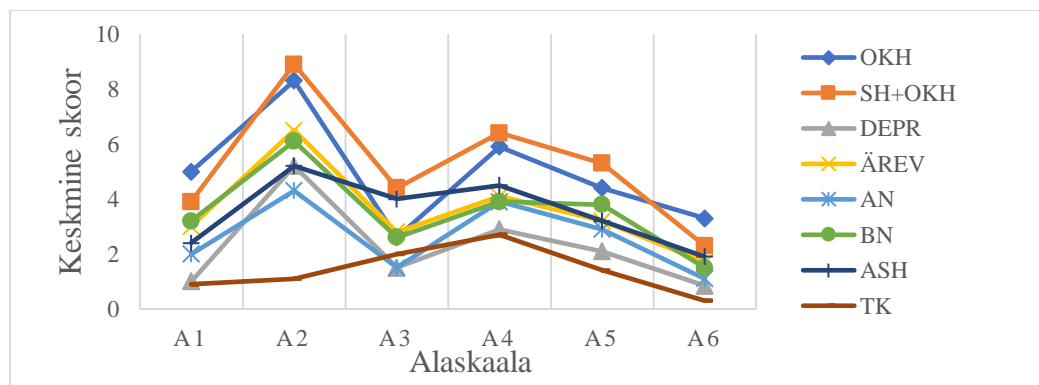


## Reliaablusanalüüs

E-OCI-R-i koguskaala sisereliaablus oli suurepärase ( $\alpha = .909$ ,  $\omega = .911$ ). Alaskaalade sisereliaablused olid järgmised: Painamine ( $\alpha = .898$ ,  $\omega = .901$ ), Kogumine ( $\alpha = .847$ ,  $\omega = .857$ ), Korrastamine ( $\alpha = .834$ ,  $\omega = .803$ ) ja Kontrollimine ( $\alpha = .802$ ,  $\omega = .835$ ), Pesemine ( $\alpha = .707$ ,  $\omega = .787$ ) ja Neutraliseerimine ( $\alpha = .737$ ,  $\omega = .748$ ). E-OCI-R koguskoori kordustestimise reliaablus ( $N = 87$ ) kahe testimiskorra vahel ( $M = 26.5$  päeva,  $SD = 18$ ), oli hea ( $r_s = .758$ ,  $p = .001$ ). Kõikide alaskaalade kordustestimise reliaabluse tulemused jäid aktsepteeritavatesse piiridesse: Pesemine ( $r_s = .684$ ,  $p = .001$ ), Painamine ( $r_s = .740$ ,  $p = .001$ ), Kogunemine ( $r_s = .741$ ,  $p = .001$ ), Korrastamine ( $r_s = .711$ ,  $p = .001$ ), Kontrollimine ( $r_s = .620$ ,  $p = .001$ ) ja Neutraliseerimine ( $r_s = .624$ ,  $p = .001$ ). Esimese testimise tulemus ja testimiste vaheline aeg kirjeldasid 49.8% teise testimise tulemuse variatiivsusest,  $R^2 = .49$ ,  $F(3, 81) = 29.1$ ,  $p < .001$ . Esimese testimise koguskoori mõju teise testimisele skoorile püsis statistiliselt oluline ( $p < .001$ ) ka juhul, kui perioodi kontrolliti.

## Eristav valiidsus

Uuritavad grupid erinesid E-OCI-R koguskoori osas statistiliselt olulisel määral [ $F(7, 157) = 5.4$ ,  $p < .001$ ]. Kõige kõrgem koguskoori keskmine skoor oli OKH+SH grupil ( $M = 31$ ,  $SD = 12.0$ ). Tukey-HSD post hoc test näitas, et OKH indiviidide koguskoor erines statistiliselt olulisel määral depressiooniga indiviididest ( $p = .04$ ) ja kontrollitud tervete indiviididest (TK;  $p < .001$ ). Gruppide E-OCI-R koguskoor ja alaskaalade keskmised skoorid on välja toodud tabelis 3. TK E-OCI-R-i koguskoor oli statistiliselt olulise määral madalam ka SH+OKH, ärevushäirete ja BN gruppidest. Alaskaalad Korrastamine ja Neutraliseerimine ei eristanud grupe statistiliselt olulisel määral. TK alaskaala Painamine skoor erines statistiliselt olulisel määral ( $p < .001$ ) kõikide kliiniliste gruppide skoorist (vt Joonis 1).



**Joonis 1.** Alaskaalade keskmised skoorid grupiti.

Märkus: A1 – Pesemine, A2 – Painamine, A3 – Kogumine, A4 – Kontrollimine, A5 – Korrastamine, A6 – Neutraliseerimine.

**Tabel 3.** Gruppidevahelised erinevused E-OCI-R koguskooris ja alaskaalade lõikes.

<b>Muutujad</b>	<b>OKH</b>	<b>SH+OKH</b>	<b>DEPR</b>	<b>ÄREV</b>	<b>AN</b>	<b>BN</b>	<b>ASH</b>	<b>TK</b>	<b>ANOVA</b>	
	<i>M(±SD)</i>	<i>M(±SD)</i>	<i>M(±SD)</i>	<i>M(±SD)</i>	<i>M(±SD)</i>	<i>M(±SD)</i>	<i>M(±SD)</i>	<i>M(±SD)</i>	<b>F<sub>(7,130)</sub></b>	<b>p</b>
<b>Pesemine</b>	5(±3,8) <sup>(c,h)*</sup>	3.9(±2.9)	1(±1.4) <sup>a*</sup>	3.0(±3.4)	2.0(±2.3)	3.2(±3.9)	2.4(±2.4)	0.9(±1.1) <sup>a*</sup>	3.6	.001
<b>Painamine</b>	8.3(±4.3) <sup>h**</sup>	8.9(±2.5) <sup>(e,g)*,h**</sup>	5.2(±2.9) <sup>h*</sup>	6.5(±3.9) <sup>h**</sup>	4.3(±3.8) <sup>(b,h)*</sup>	6.1(±3.5) <sup>h**</sup>	5.2(±3.5) <sup>h**</sup>	1.1(±1.2) <sup>(c,e)*(a,b,d,f,g)**</sup>	7.7	<.001
<b>Kogumine</b>	2.6(±3.7)	4.4(±3.4)	1.5(±2.1) <sup>g*</sup>	2.8(±3.3)	1.5(±1.9) <sup>g*</sup>	2.6(±3.3)	4.0(±3.1) <sup>(c,e)*</sup>	2.0(±1.6)	3.1	.04
<b>Korrastamine</b>	5.9(±2.9)	6.4(±3.8)	2.9(±2.2)	4.1(±3.5)	3.9(±3.4)	3.9(±3.2)	4.5(±3.7)	2.7(±2.2)	1.9	.06
<b>Kontrollimine</b>	4.4(±3.0)	5.3(±2.4) <sup>h*</sup>	2.1(±3.1)	3.2(±2.8)	2.9(±3.2)	3.8(±3.1)	3.2(±3.5)	1.4(±1.5) <sup>b*</sup>	2.3	.03
<b>Neutraliseerimine</b>	3.3(±3.2)	2.3(±1.7)	0.85(±2.1)	1.7(±3.3)	1.1(±2.0)	1.5(±2.8)	1.9(±2.5)	0.3(±0.66)	1.8	.09
<b>Koguskoor</b>	29.4(±10.6) <sup>c,h*</sup>	31(±12.0) <sup>(c,e)*,h**</sup>	13.5(±9.5) <sup>(a,b)*</sup>	21.4(±13.5) <sup>h*</sup>	15.7(±12.8) <sup>b*</sup>	21.1(±14.8) <sup>h*</sup>	21.3(±13.5) <sup>h*</sup>	8.4(±5.9) <sup>(a,d,f,g)*,b**</sup>	5.4	<.001

*Märkus:* SD – standardhälve; <sup>a</sup> – statistiliselt oluline erinevus OKH-ga indiviididest, <sup>b</sup> – statistiliselt oluline erinevus SH+OKH-ga indiviididest, <sup>c</sup> – statistiliselt oluline erinevus meeleoluhäiretega indiviididest, <sup>d</sup> – statistiliselt oluline erinevus ärevushäiretega indiviididest, <sup>e</sup> – statistiliselt oluline erinevus AN-ga indiviididest, <sup>f</sup> – statistiliselt oluline erinevus BN-ga indiviididest, <sup>g</sup> – statistiliselt oluline erinevus ASH-ga indiviididest, <sup>h</sup> – statistiliselt oluline erinevus grupist TK; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ .

## Arutelu

Käesoleva töö eesmärgiks oli kontrollida eestikeelse OCI-R küsimustiku faktorstruktuuri ning psühhomeetrilisi omadusi tavapopulatsioonist ja psühhiaatrilise diagnoosiga inimestest koosneval valimil.

### **E-OCI-R faktorstruktuur**

Esimene töös püstitatud hüpotees (H1) leidis kinnitust. OCI-R originaaltöös (Foa jt, 2002) välja pakutud 6-faktoriline lahend sobis mudeli sobivust hindavate kriteeriumite kohaselt meie andmetega hästi. See on oodatav tulemus, sest 6-faktoriline lahend on kinnitust saanud väga paljudes erinevates keeltes ja kultuuriruumides (Aydin jt, 2014; Belloch jt, 2013, Souza jt, 2011, Woo jt, 2010; Zermatten jt, 2006) ning hoolimata sellest, kas uuringusse on kaasatud ainult tavapopulatsioon (Hajcak jt, 2004) või kliiniline valim (Huppert jt, 2007). Samuti toetub see lahend tugevale teoreetilisele alusele. Erinevates klatriuuringutes on saadud erisuguseid lahendeid OKH alagruppide eristamiseks, kuid peamiste sümptomitena on esinenud OCI-R-s välja toodud sümptomigrupid (Summerfeldt, Richter, Antony ja Swinson, 1999; Mataix-Cols jt, 2005). Vaid alaskaala Kogumine kaasamine koguskaalasse on küsimärgi alla seatud (Wootton jt, 2015), kuid tulenevalt suurest komorbiidsusest kogumise häire ja OKH vahel, võib alaskaala Kogumine kaasamist küsimustikku siiski põhjendatuks pidada.

Alaskaalade omavahelised korrelatsioonid jäid aktsepteeritavatesse piiridesse, viidates sellele, et alaskaalad hindavad üht suuremat konstrukti, kuid ei kattu omavahel liigselt. Kõige nõrgemalt korreleerus teiste E-OCI-R alaskaaladega Kogumise alaskaala, mis on kooskõlas teiste sarnaste uuringutega (Abramowitz jt, 2006). Suure tõenäosusega on see seotud tõsiasjaga, et kogumist peetakse uuemate teadmiste kohaselt OKH-st eraldiseisvaks häireks (DSM-V; APA, 2013), kuid on siiski oluliselt OKH-ga ja erinevate ärevushäiretega seotud (Mataix-Cols jt, 2010). Samuti on varasemate uuringutega kooskõlas käesolevas töös esinenud OKH indiviidide madal skoor alaskaalas Kogumine (Foa jt, 2002). See sobitub teadmise, et kogumise sümptomeid esineb OKH-ga indiviididel pigem vähesel määral (Abramowitz, Wheaton ja Storch, 2008). Samuti ei ole põhjust arvata, et E-OCI-R-i alaskaala Kogumine usaldusväärsus oleks originaalküsimustikust erinev. Näiteks kordas käesolev töö varasemalt leitud kõrgemaid alaskaala Kogumine skooore ASH-ga indiviididel (vt Joonis 1; Cadman jt, 2015; Pertusa jt, 2012).

### Sisereliaablus ja kordustestimise reliaablus

E-OCI-R koguskaala sisereliaablus oli suurepärase ( $\alpha = .909$ ,  $\omega = .911$ ). Kõige kõrgem sisereliaablus oli Painamine alaskaalal ( $\alpha = .898$ ,  $\omega = .901$ ) ning kõige madalam Pesemine alaskaalal ( $\alpha = .707$ ,  $\omega = .787$ ). Kõrge sisereliaablus Painamise alaskaalal on ootuspärane, sest just sündmõtetega seotud sümptomid on tavapopulatsioonil (Fullana jt, 2009), söömishäirete (Levinson jt, 2019) ja autismispektrihäirete (Cadman jt, 2015) puhul OKH sümptomitest kõige levinumad. Suurem osa E-OCI-R väidetest põhinevad detailselt mõnel sagedasti esineval kompulsioonil (nt uste ja pliidi kontrollimine, liigne kätepesu), kuid alaskaala Painamine koosneb väidetest, mis on üldisemalt sõnastatud sündmõtete esinemise kirjeldused. Näiteks väitega „mul on raske enda mõtteid kontrollida“, suudab end eelduslikult samastada rohkem inimesi, kui mõne detailse sündteoga ning see kajastub ka kõrgemas alaskaala sisereliaabluses. Lisaks said käesolevas töös alaskaalal Painamine kõik psühhiaatrilised grupid võrreldes teiste alaskaaladega kõige kõrgema tulemuse (vt Joonis 1).

Erinevalt paljudest teistest samalaadsetest töödest (Foa jt, 2002; Huppert jt, 2007; Zermatten jt, 2006) oli meie töös alaskaala Neutraliseerimine sisereliaablus aktsepteeritav ( $\alpha = .737$ ,  $\omega = .748$ ). Madala sisereliaabluse üheks põhjenduseks on varasemalt toodud väide, et suure tõenäosusega on töödessa kaasatud need OKH-ga inividid, kel ei esinenud suurel määral neutraliseerimisega seotud sümptomeid (Huppert jt, 2007). Selle põhjenduse kehtivus meie valimi puhul on tõenäoline, sest ka meie töös oli OKH-ga indiviide vähe. Teisalt ei põhjenda see käesoleva töö erinevust tavapopulatsioonil põhinevate töödega, kus on samuti Neutraliseerimine alaskaalal saadud madal sisereliaablus (Hajcak jt, 2004; Foa jt, 2002). Võimalik, et alaskaala Neutraliseerimine sisereliaablusesse panustas antud juhul ASH-ga indiviidide kaasamine valimisse, sest sarnaselt meie uuringule, oli Cadmani ja kolleegide (2015) ASH valimil saadud Neutraliseerimine alaskaala sisereliaablus väga hea ( $\alpha = .800$ ). Sarnaselt Cadmani ja kolleegide (2015) tööle, saadi ka käesolevas töös Pesemine alaskaala sisereliaablus kõige madalam, kuid siiski aktsepteeritav, viidates E-OCI-R Pesemine alaskaala aktsepteeritava sisemisele usaldusväärsele.

E-OCI-R kordustestimise reliaablus skaala koguskooori kohta oli väga hea ( $r_s = .758$ ,  $p = .001$ ) ning võrreldavat tulemust näitasid ka alaskaalad Painamine, Kogumine ja Korrastamine. Alaskaalade Pesemine, Kontrollimine ja Neutraliseerimine kordustesti reliaablused saadi originaaltöoga võrreldes märksa madalamad (Foa jt, 2002), kuid jäid siiski adekvaatsetesse piiridesse. Hoolimata sellest, et kahe testimise vaheline periood erines indiviiditi suuresti, ennustas esimese testimise tulemus teise testimise tulemust statistiliselt olulisel määral ka juhul, kui kahe testimise vahelist aega kontrolliti.

### **Eristav valiidsus**

Töös püstitatud teine hüpotees (H2), et OKH diagnoosiga indiviidide E-OCI-R koguskoor on tervete indiviidide koguskoorist statistiliselt olulisel määral kõrgem, leidis kinnitust. Psühhiaatrilise häire esinemise suhtes kontrollitud tervete indiviidide E-OCI-R koguskoor oli oluliselt madalam kõikidest kliinilistest gruppidest peale AN-ga ja meeleluuhäiretega indiviidide. Kuigi erinevus ei olnud käesolevas töös statistiliselt oluline, olid AN ja meeleluuhäirete grupi E-OCI-R koguskoor siiski TK võrreldes kõrgem. TK skoor erines teistest kliinilistest gruppidest kõige enam alaskaalas Painamine, milles TK koguskoor oli statistiliselt olulisel määral madalam kõikidest psühhiaatrilisest gruppidest (vt Joonis 1). Meie valimil erines Painamine alaskaala skoor tervetel indiviididel psühhiaatrilisest gruppidest enam kui OCI-R koguskoor. Ka see tulemus ei ole esmakordne (Peng jt, 2011; Aydin jt, 2014). Nagu eelnevalt mainitud, on painamisega seonduvad sümptomid meie töös uuritavate psühhiaatriliste diagnoosidega inimeste seas kõige sagedasemalt esinevad OKH sümptomid, mis on suure tõenäosusega põhjuseks, miks alaskaala Painamise skoor kontrollitud tervetel indiviididel psühhiaatriliste häiretega indiviidide skoorist erines.

Kõige problemaatilisemad olid alaskaalad Korrastamine ja Neutraliseerimine, mille puhul erinevate psühhiaatriliste häiretega indiviidide keskmised skoorid ei erinenud statistiliselt olulisel määral. Siiski said mõlemas alaskaalas OKH-ga või OKH+SH-ga indiviidid kõige kõrgema alaskaala koguskoori (vt Tabel 3). Sarnase tulemuse alaskaalas Korrastamine said ka Foa ja kollegid (2002) originaaltöös OCI-R küsimustikku välja arendades, kuid põhjus, miks OKH-ga indiviide alaskaala Korrastamine skoor TK-st oluliselt kõrgem ei ole, jääb ebaselgeks. Samuti ei olnud OKH-ga indiviidide skoorid TK-st alaskaalades Kogumine ja Kontrollimine oluliselt kõrgemad. Meie töös osalenud OKH-ga indiviidide väikese aru tõttu on tugev tõenäosus, et antud sümptomeid esines töösse kaasatud OKH-ga indiviididel vähesel määral, ja see mõjutab tulemust. Siiski on väga oluline tulevikus esinduslikumal OKH valimil neid puudusi kontrollida.

Kolmas hüpotees, mida töös kontrolliti, sai kinnitust vaid osaliselt (H3). OKH-ga indiviidide E-OCI-R koguskoor oli statistiliselt olulisel määral kõrgem depressiooniga indiviidide koguskoorist, kuid mitte ärevushäiretega, BN-ga, AN-ga või ASH-ga indiviidide koguskoorist. Põhjuseid selleks võib olla mitmeid. BN-ga ja AN-ga indiviidide seas esines mitmetel uuritavatel üks või mitu kaasuvat ärevushäiret, mis võis oluliselt mõjutada nende E-OCI-R koguskoori. Siiski on meie uuringus saadud AN-ga patsientide keskmine skoor võrreldav tööga, kus kasutati ingliskeelset OCI-R-i originaalskaalat AN-ga indiviididel, kel enam kui pooltel esines mõni kaasuv ärevushäire ( $M = 17.7$ ,  $SD = 13.45$ ; Levinsoni jt, 2019).

Seetõttu on alust arvata, et E-OCI-R hindab OKH sümptomeid AN valimil originaaliga sarnaselt. Ka ASH diagnoosiga indiviidide keskmine skoor on E-OCI-R-i ja originaali vahel võrreldavad. OCI-R originaalskaalal saadud ASH-ga indiviidide keskmine skoor ( $M = 23.96$ ,  $SD = 14.01$ ; Cadman jt, 2015) erines meie ASH valimil saadud skoorist ( $M = 21.3$ ,  $SD = 13.5$ ) vaid paari punkti võrra. Ehkki OKH-ga indiviidide E-OCI-R skaala koguskoor ei olnud AN, BN ja ASH valimi koguskoorist statistiliselt olulisel määral kõrgem, on alusta arvata, et nende psühhiaatriliste häirete puhul toimib E-OCI-R originaaliga sarnaselt. Ka SH+OKH-ga indiviidide kõrgem keskmine E-OCI-R koguskoor (kuigi statistiliselt mitteoluline) grupist, kus esinesid ainult OKH-ga invidiidid, on tulenevalt SH-ga indiviidide niigi kõrgenenud OKH sümptomite tasemest (Levinson jt, 2019), igati oodatav.

Leid, et E-OCI-R-i koguskoor ei olnud OKH-ga uuritavatel oluliselt kõrgem ärevushäirega indiviidest, ei ole kooskõlas varasemate uuringutega (Foa jt, 2002; Abramowitz jt, 2006), kus see hüpotees on kinnitust leidnud. Foa ja kolleegid (2002) on välja toonud, et OCI-R küsimustik rõhub peamiselt kompulsioonidele ning seega on võimalik, et väikese OKH-ga indiviidide osakaaluga valimis võivad märkamata jääda need invidiidid, kelle häire kliinilises pildis on domineerivamad sundmõtted. See on aga antud juhul pigem ebatõenäoline, sest E-OCI-R koguskoor OKH-ga indiviidide seas ( $M = 29.4$ ,  $SD = 10.6$ ) on võrreldav varasemate uuringute tulemustega ( $M = 28.01$   $SD = 13.53$ ; Foa jt, 2002;  $M = 27.02$   $SD = 13.22$ ; Abramowitz jt, 2006). Siiski püsib võimalus, et tulenevast OKH sümptomite suurest varieeruvusest OKH diagnoosiga patsientide seas, olid meie valimis enam esindatud sellise OKH alatüübiga invidiidid, kelle sümptomid on laiemalt levinud ka ärevushäiretega invidiidide seas. Abramowitz ja kolleegid (2006) raporteerisid 155 ärevushäiretega invidiidi OCI-R keskmiseks skooriks 12.43 ( $SD = 10.42$ ), mis on 9 punkti madalam, kui meie uuringus ilmnenu ärevushäirega patsientide keskmine skoor ( $M = 21.4$ ,  $SD = 3.5$ ). Samuti ületab meie uuringus ärevushäiretega patsientide E-OCI-R koguskoori keskmine tulemus äralõikepunkti (sensitiivsus 74.0% ja spetsiifilisus 75.2%), mille Foa ja kolleegid (2002) pakkusid välja ärevushäiretega ja OKH-ga invidiidide eristamiseks. Nagu eelpool välja toodud, on AN-ga ja BN-ga patsientide tulemused, kus esines meie valimis samuti kõrge ärevushäirete prevalentsus, kooskõlas kirjanduses pakutuga. On alust arvata, et puudujääk ei seisne mitte E-OCI-R ülitundlikkuses ärevushäirete osas, vaid on suure tõenäosusega selgitatav konkreetse uuringusse kaasatud valimiga. Tulevikus on oluline OKH-ga ja ärevushäiretega inimeste E-OCI-R-i koguskoori erinevusi täiendavalt hinnata, välistamaks, et tegu on just E-OCI-R-põhise probleemiga.

## **Piirangud ja edasised suunad**

Käesolev töö hõlmab endas mitmeid piiranguid. Esiteks on OKH-ga indiviidide osa koguvalimist vaid ligikaudu 1% ning suuremal hulgal OKH-ga uuritavatest on mitmeid kaasuvaid psüühikahäireid. Teiseks esines mitmeid kaasuvaid psüühikahäireid ka teistel uuringusse kaasatud patsientidel, mis võivad tulemusi mõjutada. Kolmandaks ei saa kindel olla, et kõik invidiidid, kes väitsid endal olevat diagnoositud ASH, on tõesti vastava diagnoosi saanud. Samuti ei olnud nende puhul läbi viidud täiendavat hindamist kaasuvate psüühikahäirete tuvastamiseks. On oluline, et tulemuste põhjal järelduste tegemisel neid piiranguid arvestataks. Sellest hoolimata saadi käesolevas töös tugevaid tõendeid, et E-OCI-R on heade psühhomeetrislike omadustega küsimustik OKH sümptomite tugevuse hindamiseks.

Tulenevalt väikesest OKH-ga indiviidide osakaalust uuringus, ei olnud võimalik meil välja pakkuda E-OCI-R-i äralõikepunkte eristamiseks OKH-ga indiviide ärevushäiretega ja tervetest indiviididest. Samuti on oluline kontrollida E-OCI-R-i võimet eristada OKH-ga indiviide teiste psüühikahäiretega, eriti ärevushäiretega indiviididest. Tulevikus on tähtis kontrollida E-OCI-R küsimustiku konstruktivaliidsust erinevate ärevust, depressiooni ja OKH-d hindavate enesekohaste küsimustikega. Vaatamata sellele, et hetkel ei ole Eestis välja pakkuda ühtegi OKH hindavat enesekohast küsimustikku, millega E-OCI-R võrrelda, võiks esimene samm selles suunas olla mõne ingliskeelse küsimustiku eesti keelde tõlkimine ja selle psühhomeetrislike omaduste esmane hindamine. Näiteks klinitsisti poolt täidetav *Yale Obsessive-Compulsive Scale* (Goodman jt, 1989) on põhjalikult uuritud ja laialt kasutatud saanud mõõtvahend, mille valideerimine rikastaks oluliselt OKH sümptomeid hindavate spetsialistide töövahendite kogu.

Küsimustiku alaskaalade valiidsust oleks võimalik täiendavalt kontrollida ka võrreldes E-OCI-R alaskaaladel saadud skooore sellega, mis sümptomid on OKH-ga indiviididel peamised (vt Huppert jt, 2007). Näiteks peaksid peamiselt domineerivate sündmõtetega indiviidid saama kõrgemaid skooore just E-OCI-R painamise alaskaalal. Samuti peamiselt korrastamisega seonduva OKH alatüübi all kannatavad indiviidid peaksid saama kõrgemaid skooore just korrastamise alaskaalal.

## **Kokkuvõte**

Käesolev töö andis olulise panuse esimese eestikeelse OKH sümptomeid hindava mõõtvahendi valideerimisse. Meie uuringus saadud E-OCI-R koguskaala ja alaskaalade sisereliaablused ja kordustestimise reliaablused viitavad E-OCI-R-le kui potentsiaalselt kasulikule küsimustikule OKH sümptomite esinemise hindamisel. Täiendavat kontrollimist

vajab E-OCI-R koguskaala võime eristada OKH-ga indiviide teiste psühhiaatriliste häiretega indiviididest. Samuti on oluline tulevikus pakkuda välja selged äralõikepunktid tervete, ärevushäirete ja OKH-ga indiviidide eristamiseks.



**Kirjanduse loetelu**

- Abramowitz, J. S., & Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive–Compulsive Inventory—Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of anxiety disorders, 20*(8), 1016-1035.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Riemann, B. C., Adams, T., Björgvinsson, T., Storch, E. A., & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological assessment, 22*(1), 180.
- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2005). Measuring change in OCD: sensitivity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(4), 317-324.
- Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., & Storch, E. A. (2008). *The status of hoarding as a symptom of obsessive–compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 46*(9), 1026–1033.
- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2011). Obsessive–compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 47*(3), 339-349.
- Altman, S. E., & Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive–compulsive disorder and eating disorders?. *Clinical psychology review, 29*(7), 638-646.
- Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsioon (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC
- Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsioon (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Angelakis, I., Gooding, P., Tarrrier, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 39*, 1-15.
- Angelakis, I., Panagioti, M., & Austin, J. L. (2017). Factor structure and validation of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) in a Greek non-clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 39*(1), 164-175.
- Apter, A., Fallon Jr, T. J., King, R. A., Ratzoni, G., Zohar, A. H., Binder, M., ... & Cohen, D. J. (1996). Obsessive-compulsive characteristics: from symptoms to syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(7), 907-912.

- Aydin, A., Boysan, M., Kalafat, T., Selvi, Y., Beşiroğlu, L., & Kagan, M. (2014). Validation of the Turkish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) in clinical and non-clinical samples. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 51(1), 15.
- Bartz, J. A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder?. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 30(3), 338-352.
- 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.
- Byerly, M., Goodman, W., Acholonu, W., Bugno, R., & Rush, A. J. (2005). Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: frequency and clinical features. *Schizophrenia Research*, 76(2-3), 309-316.
- Cadman, T., Spain, D., Johnston, P., Russell, A., Mataix-Cols, D., Craig, M., Deeley, Q., Robertson, D., Murphy, N., Gillan, N., Wilson, C.E., Mendez, M., Ecker, C., Dali, E., Findon, J., Glaser, K., Happe, F., Murphy, D. (2015). Obsessive-compulsive disorder in adults with high-functioning autism spectrum disorder: What does self-report with the OCI-R tell us?. *Autism Research*, 8(5), 477-485.
- Chasson, G. S., Tang, S., Gray, B., Sun, H., & Wang, J. (2013). Further validation of a Chinese version of the obsessive-compulsive inventory-revised. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(2), 249.
- 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.
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive psychiatry*, 47(4), 270-275.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206.
- 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.

- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2015). Comorbidity in hoarding disorder. *Focus, 13*(2), 244-251.
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 329-336.
- Ghassemzadeh, H., Shams, G., Abedi, J., Karamghadiri, N., Ebrahimkhani, N., & Rajabloo, M. (2011). Psychometric properties of a Persian-language version of the obsessive-compulsive inventory-revised: OCI-R-Persian. *Psychology, 2*(03), 210.
- Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review, 16*(8), 729-773.
- 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.
- Gönner, S., Ecker, W., Leonhart, R. & Limbacher, K. (2010b). Multidimensional assessment of OCD: integration and revision of the vancouver obsessional-compulsive inventory and the symmetry ordering and arranging questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 66*, 739-757.
- Goodman, W. K., Grice, D. E., Lapidus, K. A., & Coffey, B. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics, 37*(3), 257-267.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry, 46*(11), 1006-1011.
- 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.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K. L., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of anxiety disorders, 22*(1), 1-17.
- Grant, J. E., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2006). Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 47*(5), 325-329.

- Grover, S., & Dutt, A. (2011). Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 65(5), 416-422.
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F., & Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour research and therapy*, 42(1), 115-123.
- Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Megen, H. J., van den Hout, M. A., Penninx, B. W., van Balkom, A. J., & Cath, D. C. (2018). Presence and predictive value of obsessive-compulsive symptoms in anxiety and depressive disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 85-93.
- Howell, D. C. (2012). *Statistical methods for psychology*. Cengage Learning.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Huppert, J. D., Walther, M. R., Hajcak, G., Yadin, E., Foa, E. B., Simpson, H. B., & Liebowitz, M. R. (2007). The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 21(3), 394-406.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modelling*. New York: Guildford Press.
- Levinson, C. A., Brosf, L. C., Ram, S. S., Pruitt, A., Russell, S., & Lenze, E. J. (2019). Obsessions are strongly related to eating disorder symptoms in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *Eating behaviors*, 34, 101298.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., ... & Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V?. *Depression and anxiety*, 27(6), 556-572.
- Naylor, H., Mountford, V., & Brown, G. (2011). Beliefs about excessive exercise in eating disorders: the role of obsessions and compulsions. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 226-236.

- Ólafsson, R. P., Arngrímsson, J. B., Árnason, P., Kolbeinsson, P., Emmelkamp, P. M., Kristjánsson, Á., & Ólason, D. P. (2013). The Icelandic version of the dimensional obsessive compulsive scale (DOCS) and its relationship with obsessive beliefs. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 149-156.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., Jönsson, B., CDBE2010 Study Group, & European Brain Council. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European journal of neurology*, 19(1), 155-162.
- Overbeek, T., Schruers, K., & Griez, E. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(12), 1106-1112.
- Overduin, M. K., & Furnham, A. (2012). Assessing obsessive-compulsive disorder (OCD): A review of self-report measures. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 312-324.
- Peng, Z. W., Yang, W. H., Miao, G. D., Jing, J., & Chan, R. C. (2011). The Chinese version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised scale: replication and extension to non-clinical and clinical individuals with OCD symptoms. *BMC psychiatry*, 11(1), 1-6.
- Pertusa, A., Bejerot, S., Eriksson, J., Fernández de la Cruz, L., Bonde, S., Russell, A., & Mataix-Cols, D. (2012). Do patients with hoarding disorder have autistic traits?. *Depression and anxiety*, 29(3), 210-218.
- Ramos-Cerqueira, A. T. D. A., Torres, A. R., Torresan, R. C., Negreiros, A. P. M., & Vitorino, C. N. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 25(12), 1020-1027.
- Rapp, A. M., Bergman, R. L., Piacentini, J., & McGuire, J. F. (2016). Evidence-Based Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of central nervous system disease*, 8, 13–29.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Säde, K. (2016). OCI-R küsimustiku adapteerimine Eesti oludele. Uurimistöo. Psühholoogia Instituut. Tartu Ülikool.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., & Amorim, P. (1994) *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. University of South Florida College of Medicine, Tampa, USA.

- Shlik, J., Aluoja, A., & Kihl, E. (1999) MINI 5.0.0 Mini rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu. DSM-IV, eestikeelne versioon.
- Souza, F. P., Foa, E. B., Meyer, E., Niederauer, K. G., & Cordioli, A. V. (2011). Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the obsessive-compulsive inventory: Revised (OCI-R). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33(2), 137-142.
- Spinella, M. (2005). Mood in relation to subclinical obsessive-compulsive symptoms. *International Journal of Neuroscience*, 115(4), 433-443.
- Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(4), 297-311.
- Timpano, K. R., Carbonella, J. Y., Bernert, R. A., & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive symptoms and sleep difficulties: Exploring the unique relationship between insomnia and obsessions. *Journal of psychiatric research*, 57, 101-107.
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Do Rosário, M. C., Storch, E. A., & Miguel, E. C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of affective disorders*, 190, 508-516.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., ... & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
- Torres, A. R., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Ferrão, Y. A., Fontenelle, L. F., Do Rosário, M. C., & Miguel, E. C. (2011). Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(1), 17-26.
- Treviño-de la Garza, B., Berman, N., Fisak, B., Ruvalcaba-Romero, N., & Gallegos-Guajardo, J. (2019). Validation of The Dimensional Obsessive-Compulsive Scale for Mexican population. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 13-17.
- Van Dael, F., Van Os, J., de Graaf, R., ten Have, M., Krabbendam, L., & Myin-Germeys, I. (2011). Can obsessions drive you mad? Longitudinal evidence that obsessive-compulsive symptoms worsen the outcome of early psychotic experiences. *Acta psychiatrica scandinavica*, 123(2), 136-146.

- van der Veld, W. M., Duppen, L., Hendriks, G. J., Abramowitz, J. S., & Kampman, M. (2020). Psychometric properties of the Dutch Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS). *European Journal of Psychological Assessment*.
- Velloso, P., Piccinato, C., Ferrão, Y., Perin, E. A., Cesar, R., Fontenelle, L., Hounie, A.G., do Rosário, M. C. (2016). The suicidality continuum in a large sample of obsessive–compulsive disorder (OCD) patients. *European Psychiatry*, *38*, 1-7.
- Woo, C. W., Kwon, S. M., Lim, Y. J., & Shin, M. S. (2010). The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): psychometric properties of the Korean version and the order, gender, and cultural effects. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *41*(3), 220-227.
- Wootton, B. M., Diefenbach, G. J., Bragdon, L. B., Steketee, G., Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2015). A contemporary psychometric evaluation of the Obsessive Compulsive Inventory—Revised (OCI-R). *Psychological Assessment*, *27*(3), 874–882.
- 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. *European Review of Applied Psychology*, *56*(3), 151-155.

### Lisa 1

Uuringus „Söömishäired ja pidurduslik kontroll“ osalejatele esitatud testipaketi küsimustike loetelu:

1. Montgomery-Åsberg'i depressiooni hindamiskaala enesekohane versioon (MÅDRS; Montgomery & Åsberg, 1979; Svanborg & Åsberg, 1994):
2. *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983);
3. Söömishäirete Hindamise Küsimustik (SHS; kkermann, Herik, Aluoja, & Järv, 2010)
4. Barrati impulsiivsuse skaala eestikeelne versioon (BIS-11; Patton, Stanford, & Barratt, 1995; eestikeelne versioon Paaver jt, 2007);
5. Rootsi ülikoolide isiksuseskaala (SSP; Gustavsson, Bergman, Edman, Ekselius, von Knorring, & Linder (2000), Estonian version Shlik, Aluoja, Graf, & Männik, 2001).
6. Frosti multidimensionaalse perfektsionismi skaala eestikeelne versioon (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; eestikeelne versioon Saarniit, 1990);
7. *The Obsessive-Compulsive Inventory—Revised* (OCI-R, Foa jt, 2002);
8. Emotsioonide Reguleerimise Raskuste Skaala eestikeelne versioon (ERRS; Vachtel, 2011; Gratz & Roemer, 2004);
9. Dickmani impulsiivsuse küsimustik (DII; Dickman, 1990; Estonian version Kuppert, 2005).

### Lisa 2

Uuringus „Autismispektrihäirete hindamisvahendite kohandamine Eesti oludele“ osalejatele esitatud testipaketi küsimustike loetelu:

1. *The Autism Spectrum Quotient* (AQ; Baron-Cohen ja kolleegid, 2001);
2. *Empathy Quotient* (EQ, Baron-Cohen & Wheelwright, 2004);
3. *The Camouflaging Autistic Traits Questionnaire* (CAT-Q, Hull jt, 2019);
4. Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik (EEK-2; Aluoja jt, 1999; Ööpik jt, 2006);
5. *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist—Civilian version* (PCL-C; Weathers jt, 1993; Laidra, K.):
6. *Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Screener* (Kessler jt, 2005);
7. *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI; Turner jt, 1989);
8. *The Obsessive-Compulsive Inventory—Revised* (OCI-R, Foa jt, 2002);
9. Emotsioonide Reguleerimise Raskuste Skaala eestikeelne versioon (ERRS; Vachtel, 2011; Gratz & Roemer, 2004).



**Tänuõnad**

Olen südamest tänulik enda juhendajale Kirsti Akkermannile tema asendamatu abi, toetuse ja konstruktiivse tagasiside eest töö valmimisel! Samuti soovin tänada Elis Paasikut, Sheryl Võsu, Kärol Soidlat, Silja Kuusikut ja Kirsti Akkermanni suure töö eest andmete kogumisel!

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, **Kadri Säde**,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „**Eestikeelse OCI-R küsimustiku valideerimine**“,

mille juhendaja on **Kirsti Akkermann**,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Kadri Säde*  
**29.05.2021**