



Faculty of  
Psychology and  
Educational Sciences  
"Ovidius" University  
of Constanta, Romania

# BLACK SEA JOURNAL OF PSYCHOLOGY



[www.bspsychology.ro](http://www.bspsychology.ro)



9 772068 464001



## **Adaptation and validation on the Romanian population of the scale for measuring obsessive-compulsive symptoms**

**Iulia Ciorbea<sup>1</sup>, Raluca Silvia Matei<sup>2</sup>, Cosmina Tudor<sup>3</sup>**

<sup>1,2,3</sup>Ovidius University of Constanta, Faculty of Psychology and Educational Sciences  
[iulia.ciorbea@gmail.com](mailto:iulia.ciorbea@gmail.com)<sup>1</sup>, [ralum74@yahoo.com](mailto:ralum74@yahoo.com)<sup>2</sup>

**Abstract.** I chose this topic because obsessive-compulsive disorder, which has become widespread in recent years, is currently considered one of the most common psychiatric disorders and early identification of symptoms is necessary. The present paper presents the synthesis of some investigations presented in the specialized literature, on the issue of obsessive-compulsive disorder, as well as the process of adaptation and validation on the Romanian population of a scale for measuring obsessive-compulsive symptoms. The main purpose of this paper is to adapt and validate this inventory. The Revised Obsessive-Compulsive Inventory (IOC-R) is a tool for measuring the symptoms of obsessive-compulsive disorder (Foa et al., 2002). It was developed to develop a shorter version of the Obsessive-Compulsive Inventory (Foa et al, 1998), and this revised version assesses obsessions and a variety of compulsions, examines its psychometric features, and monitors the tool's usefulness as a diagnostic tool.

**Keywords.** tightening, validation, population, scale, symptoms

### **1. Delimitări conceptuale**

Tulburarea obsesiv-compulsivă este o tulburare de anxietate ce afectează între 1,5 și 2,5% din populația lumii și este caracterizată prin gânduri intruzive, senzații și impulsuri și de comportamente repetitive ce sunt greu de controlat deși, în cele mai multe cazuri, toate aceste obsesii au un caracter excesiv și irațional.

Conceptualizarea tulburării obsesiv-compulsive a trecut prin schimbări dramatice. Doar în ultimele decenii, schimbarea și tratamentul tulburării au suferit multe schimbări, acest proces fiind până în ziua de azi în curs de desfășurare, pe măsură de psihiatria se deplasează din ce în ce mai mult către un model multidimensional al tulburării obsesiv-compulsive.

La începutul secolului XX, Freud considera obsesiile ca fiind răspunsuri psihologice defensive la impulsurile inconștiente. De asemenea, el a vorbit despre rolul fundamental al experiențelor sexuale din copilărie. Ca urmare, în acea perioadă, tulburarea obsesiv-compulsivă a fost considerată a fi rezultatul unor confuzii inconștiente nerezolvate, părinții fiind considerați



principala cauza a acestei tulburării, prin grăbirea stadiilor psihosexuale ale copiilor (Adams, 1973). Deoarece modelele psihanalitice în mod clar nu au fost valabile în explicarea patologiei tulburării, au fost explorate și modelele cognitive. Acestea au arătat că persoanele ce prezintă tulburări obsesiv-compulsive pot avea convingeri disfuncționale, inclusiv responsabilitatea personală supraestimată, nevoia de a controla gândurile și perfecționismul. Datorită naturii simptomelor tulburării, este imposibil ca un singur factor să fie identificat ca origine biologică sau socială. În consecință, sunt explorate mai multe căi de cercetare. Cauzele genetice, neuroanatomice și infecțioase sunt cele cercetate în prezent, iar cauza cea mai probabilă a tulburării obsesiv-compulsive este multifactorială (Hudak & Dougherty, 2011).

Constantin Enăchescu descrie fenomenele obsesive ca „gânduri, amintiri, impresii patologice care apar independent și împotriva voinței bolnavului, repetându-se permanent și incoercibil; bolnavul este conștient de falsitatea acestora, dar, cu toate acestea, nu se poate elibera de ele” (Enăchescu, 2007: 220).

Tulburarea obsesiv-compulsivă este dominată de obsesii și compulsii. Deși unii autori considerau existența unui subtip de tulburare, ce avea doar obsesiile existente, studiile recente au demonstrat că nu este posibil, ci un individ diagnosticat cu tulburarea obsesiv-compulsivă prezintă atât compulsii, cât și obsesii (Rachel & Bradley, 2012).

Pentru a înțelege mai bine caracteristicile dominante ale tulburării, le vom detalia mai mult pe cele două.

### **1.1. Obsesiile**

Conform DSM-5, obsesiile sunt definite prin gânduri persistente și recurente, îndemnuri sau impulsuri care sunt trăite ca fiind intruzive și nedorite și majoritatea indivizilor prezintă stări anxioase din cauza obsesiilor trăite. De multe ori, indivizii încearcă să ignore sau să suprimă astfel de gânduri, îndemnuri sau imagini sau să le înlăture cu alte gânduri sau acțiuni, ceea ce reprezintă apariția compulsiilor.

Într-un mod simplist, obsesiile sunt „intruziuni persistente de gânduri nedorite sau impulsuri care generează anxietate” (Atkinson et al., 2002: 730). Gândurile obsesive pot avea o varietate de teme, precum gânduri negre asupra propriei persoane sau asupra celor din jur, teama de contaminare sau îndoiala că o sarcină completă a fost îndeplinită satisfactor.

Termenul de obsesii poate fi utilizat și în cadrul unor conduite normale ale indivizilor, pentru desemnarea preocupărilor și scopurilor foarte intense și de lungă durată (Popescu-Neveanu, 1978) ori pentru gânduri recurente și imbolduri de a iniția un comportament ritual (Atkinson et al., 2002). Totodată, obsesiile într-un cadru normal pot apărea ca o consecință a oboselii sau a epuizării nervoase, exprimându-se în comportamente repetitive și greu de controlat sau înlăturat. În cazul persoanelor ce suferă de tulburarea obsesiv-compulsivă, aceste gânduri ocupă o mare parte a timpului și interferează serios cu viața zilnică, devenind anxioși în încercarea de a le ignora sau reprima.

După Enăchescu, obsesia reprezintă „invadarea, independentă de circumstanțe, a conștiinței și a rațiunii – care rămân clare și intacte – unui anumit subiect de către o idee, o reprezentare ori un grup de idei sau reprezentări” (Enăchescu, 2007: 296). Individul se simte asediat de ideile și reprezentările care îi suprimă propria disponibilitate de a gândi, dar deși toate acestea îi par absurde și le asociază cu un sentiment de tensiune anxioasă, nu le poate ignora. După Paul Popescu-Neveanu obsesia este „o imagine, un gând sau o stăpânire afectivă care stăpânește conștiința în



mod perseverent și intens, împotriva voinței subiectului și a funcțiilor critice intelectuale” (1978: 491). Obsesia persistă într-un mod parazitar, devenind chinuitoare și în unele cazuri, permanentă. Individul este dominat de obsesii, conștientizând anormalitatea lor, dar deseori încearcă să o ascundă pentru a evita desconsiderarea celor din jur și în acest fel este cuprins de anxietate, urmând să ajungă la acte nefirești.

Adler descrie obsesia ca o fugă de realitate, care transpune conflictele vitale într-un plan ireal. Pentru Pavlov, obsesia este „un focar nervos caracterizat prin inerție patologică ce se fixează reflex” (Popescu-Neveanu, 1978: 495).

Toate obsesiile prezentate ce pot apărea în manifestarea tulburării obsesiv-compulsive diferă în funcție de individ. Cercetările efectuate de Hudak & Dougherty (2011) au evidențiat cele mai întâlnite simptome obsesive ale tulburării și procentajul fiecăruia, prezentate în tabelul de mai jos:

Tabelul 1. Frecvența obsesiilor la pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă.

Simptome	Procent
Contaminarea	38%
Frica de a se răni pe sine sau pe alții	24%
Preocupări privind simetria	10%
Manifestări somatice	7%
Preocupări religioase	6%
Preocupări sexuale	6%
Păstrarea obiectelor	5%
Impulsuri inacceptabile	4%
Altele	1%

(Hudak & Dougherty, 2011).

## 1.2. Compulsiile

Compulsiile reprezintă comportamente repetitive (de exemplu: spălarea mâinilor, aranjarea obiectelor, verificarea etc.) sau acte mentale (de exemplu: numărarea, rugăciunea, repetarea anumitor cuvinte), pe care indivizii se simt obligați să le îndeplinească, în conformitate cu un set de reguli care trebuie aplicate sau ca răspuns la o obsesie. Aceste compulsii sunt menite să prevină sau să reducă anxietatea sau suferința sau să prevină un anumit eveniment sau situație temută. Cu toate acestea, aceste comportamente sau acte mentale nu sunt conectate într-un mod realist cu situațiile pe care și le-ar dori individul să le prevină, ci sunt în mod clar excesive (DSM-5, 2013).

Freud menționa că „în inconștientul psihic putem să recunoaștem supremația unei compulsii de repetare provenită din motiuni pulsionale și depinzând într-adevăr de cea mai intimă natură a pulsionii, care este suficient de puternică pentru a se plasa deasupra principiului plăcerii, împrumutând unor aspecte ale vieții psihice un caracter demoniac” (Popescu-Neveanu, 1978: 125).

Compulsiunea poate fi definită ca „ideea unui act îndeplinit, în general ridicol, absurd sau jenant, care se impune subiectului într-o manieră incoercibilă” (Enăchescu, 2007: 296) „o constrângere internă de tip obsesional ce obligă la o conduită repetitivă și are semnificația unui sindrom patologic” (Popescu-Neveanu, 1978: 125) sau un imbold irezistibil „de a executa acte sau ritualuri care reduc anxietatea” (Atkinson et al., 2002: 730).



În general, compulsiile se aseamănă de la un individ la altul. Studiile lui Hudak & Dougherty (2011) au arătat frecvența celor mai întâlnite compulsi, după cum urmează:

Tabelul 2. Frecvența compulsiilor la pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă.

Simptome	Procent
Controlul excesiv	28%
Curățarea/Spălarea	27%
Altele	12%
Repetarea	11%
Ritualurile mentale	11%
Ordonarea	6%
Adunarea obiectelor	4%
Numărarea	2%

(Hudak & Dougherty, 2011).

### **1.3. Legătura dintre tulburarea obsesiv-compulsivă și alți factori**

Cele mai multe studii au demonstrat că tulburarea obsesiv-compulsivă este o tulburare transmisă genetic (Pauls, 1992). Aceasta este de multe ori însoțită de numeroși factori psihologici care înrăutățesc simptomatologia sau intensifică simptomele.

Mulți indivizi ce suferă de tulburarea obsesiv-compulsivă afirmă că stresul este un factor ce exacerbează simptomele, iar perioada primelor apariții ale simptomelor poate fi resimțită ca o perioadă stresantă din viața indivizilor sau ca un eveniment traumatic (Adams et al., 2018).

Studiile au arătat că tulburarea obsesiv-compulsivă este frecvent asociată cu depresia majoră (Baxter et al., 1990, Hudak & Dougherty, 2011). Totodată, o cercetare ..... a arătat că 70% dintre pacienții ce prezentau tulburarea obsesiv-compulsivă au avut gânduri cum că viața nu merită trăită, aporxim jumătate din aceștia au avut gânduri de suicid, fie dorințe de moarte, iar 10% din cei testați au raportat o istorie de tentative de suicid (Torres et al., 2007). Un alt studiu a constatat că rata tentativelor de suicid a pacienților cu tulburare obsesiv-compulsivă a fost de 27%. (Kamath et al., 2007). Prezența depresiei și a lipsei de speranță din cadrul tulburării pot fi corelate într-o mare măsură cu ideea suicidară.

De asemenea, cercetările recente au conturat asocieri ale tulburării obsesiv-compulsive cu tulburarea bipolară, bulimie, tulburarea de anxietate generalizată, fobie socială. Tulburarea obsesiv compulsivă poate fi asemănată și cu tulburările fobice, deoarece ambele indică o anxietate severă, deși în cazul pacienților fobici, nu se regăsește un comportament ritual compulsiv (Atkinson et al., 2002).

Factorii sociali sunt și ei implicați în cronicizarea simptomelor obsesiv-compulsive. De aceea, tratamentul ar trebui să se concentreze pe a reduce simptomele și a preveni cronicizarea, încă de la primele simptome relevante ale indivizilor.



## **2. Teste de măsurare a simptomelor obsesiv-compulsive**

### **2.1. Inventarul obsesiv-compulsiv – revizuit (Obsessive-Compulsive Inventory - Revised)**

#### ***2.1.1. Dezvoltarea inventarului***

##### ***Participanți***

Participanții în această cercetare au fost reprezentați de un sub-eșantion al studiului ce a dus la crearea Inventarului obsesiv-compulsiv (Foa et al, 1998), studiu ce a inclus 97 de pacienți diagnosticați cu tulburare obsesiv-compulsivă, 57 diagnosticați cu fobie socială generalizată, 40 diagnosticați cu tulburare de stres post-traumatic, iar 126 participanți pentru grupul de control. Vârsta medie a participanților cu tulburare obsesiv-compulsivă este de 33 de ani, 46,7% fiind femei. Vârsta medie a subiecților cu fobie socială generalizată este de 38.8 ani, iar 45,6% erau femei. Participanții cu tulburare de stres post-traumatic au vârsta medie de 31,4 ani, toți subiecții fiind de sex feminin. În ceea ce privește grupul de control, vârsta medie este de 21,3 ani, iar 69,6% sunt femei.

Pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă au fost diagnosticați pe baza unui interviu care a utilizat Scala Obsesiv-Compulsivă Yale-Brown (Goodman, 1989) pentru a confirma diagnosticul oferit de DSM-IV. Pacienții cu fobie socială generalizată și tulburare de stres post-traumatic au fost diagnosticați prin administrarea Interviului Clinic Structurat pentru axa I de tulburări a DSM-IV.

##### ***Procedurile pentru valorile lipsă***

Valorile lipsă în cadrul invenarului au fost tratate după cum urmează: fiecare element cu o valoare lipsă pe scala de distres și o valoare zero pe scala de frecvență a primit o valoare zero pe scala de distres. După această substituție, participanții care au avut mai mult de 20% valori lipsă pe scala de stres, cât și pe scala de frecvență au fost eliminați din analizele ulterioare. Pentru participanții rămași, valorile lipsă au fost înlocuite fie cu valoarea articolului pe altă scală (spre exemplu, înlocuirea valorii lipsă pe scala de distres cu valoarea itemului pe scala de frecvență), fie cu scorul mediu al participantului pe scala respectivă. Pentru fiecare item, decizia metodei de substituție utilizate a fost făcută examinând corelația dintre frecvența elementului și scorurile de primejdie și corelarea elementului cu subscalele acestuia. A fost utilizată metoda obținerii corelației mai mari.

##### ***Rezultate***

Inventarul Obsesiv-Compulsiv inițial a fost scurtat în două moduri: în primul rând, s-a dorit să fie eliminate fie scala de frecvență, fie scala de distres, datorită impresiei anterioare că ar fi similare clasificarea celor două. În al doilea rând, s-a redus numărul de articole pe subscale la trei pentru a echivala lungimea subscalelor și, astfel, pentru a simplifica sistemul de clasificare a subscalelor. Analizele Kolmogorov-Smirnov privind distribuția scorurilor au arătat că scorurile nu au fost distribuite în mod normal pe nicio scală. Prin urmare, s-a folosit o măsură neparametrică de asociere.

Așa cum era de așteptat, coeficientul de corelație Spearman al frecvenței simptomelor obsesiv-compulsive și scala de distres a participanților din studiul inițial (Foa et al., 1998), care a completat ambele scale, a relevat o intercorelare înaltă ( $r=.92$ ,  $N=186$ ). Acest lucru a susținut ideea că cele două scale creează informații redundante. Pentru a decide care scală ar trebui păstrată, s-a





examinat mărimea efectului între grupuri și a distresului și scorurile totale de frecvență. Mărimea efectului scării de distres ( $d=1,45$ ) a fost mai mare decât mărimea efectului scării de frecvență ( $d=1,28$ ), indicând o putere discriminativă mai mare pentru prima. În consecință, scala de primejdie a fost utilizată pentru dezvoltarea Inventarului obsesiv-compulsiv – revizuit.

Reducerea numărului de itemi pe subclase a fost efectuată pe baza unei analize factoriale. S-a efectuat o analiză principală a componentelor cu rotație promax, deoarece subscalele au fost corelate semnificativ una cu cealaltă ( $r_s=.28-.74$ ,  $p<0.01$ ). Examinarea analizei factorilor celor 42 de itemi de distres a sugerat o soluție de opt factori, care au explicat 70.4% din variație. Inspectarea itemilor cu factori înalți a sugerat următoarele elemente:

- a. Spălarea;
- b. Verificarea;
- c. Îndoiala;
- d. Neutralizarea mentală;
- e. Ordonarea;
- f. Adunarea.

Al optulea factor nu era interpretabil și conținea doar două încărcături substanțiale („trebuie să mă rog pentru a anula gândurile sau sentimentele rele” din subscala de Neutralizare Mentală și „înainte de a adormi trebuie să fac anumite lucruri într-un anumit fel” din subscala de Verificare) și, prin urmare, a fost eliminată.

Primul criteriu pentru selectarea celor trei elemente pe subscală a fost încărcarea lor pe factorul lor, în felul următor: în primul rând, s-au exclus itemii care au încărcat substanțial mai mult de un factor sau care au avut cea mai mare încărcare pe un factor cu mai puțin de trei itemi încărcăți în mod substanțial. În al doilea rând, au fost selectați itemii cu cea mai mare încărcătură pe o subclasă dată pentru subscala respectivă. Cu toate acestea, dacă mai multe elemente au avut încărcări similare la un anumit nivel de subclasă, s-a selectat elementul cu grupul cu mărimea efectului intergrupală mai mare. Mai mult, au fost eliminați itemii care aveau formula redundantă, selectând itemii cu încărcare mai mare a factorului și a mărimii efectului. Folosind aceste reguli, trei elemente ale fiecărei subscale au fost alese pentru a forma versiunea preliminară scurtă a IOC-R, care, la rândul său, a fost supus unei alte analize principale a componentelor de rotație promax. Această analiză a condus la șase, mai degrabă decât șase factori. Factorul Rănire nu a putut fi replicat: două dintre elementele încărcate pe subscala Obsesii și cel de-al treilea pe subscala Verificare. Conform criteriilor de selecție ale autorilor, aceste trei elemente au fost eliminate din versiunea finală revizuită. Celelalte 18 elemente au fost reanalizate prin analiza principalelor componente, generând șase factori care au reprezentat o variație de 80,8% și au format versiunea finală a IOC-R. Intercorelațiile factorilor inventarului au variat de la .23 până la .51 (Tabelul 3.)

Tabelul 3. Corelații între scorurile factorilor din vechiul eșantion (VE; N=321) și noul eșantion (NE; N=338).



Subscale											
	Verificare		Ordonare		Obsesii		Adunare		Neutralizare		
Subscale	VE	NE	VE	NE	VE	NE	VE	NE	VE	NE	Total
Spălare	.40	.55	.43	.45	.39	.45	.25	.36	.45	.42	.70
Verificare			.46	.57	.41	.53	.32	.43	.51	.52	.80
Ordonare					.36	.42	.42	.48	.47	.44	.73
Obsesii							.30	.31	.46	.40	.78
Adunare									.36	.39	.63
Neutralizare											.64

### **Dezbatere**

Utilizând datele inventarului inițial, cercetătorii au dezvoltat o versiune mai scurtă a acestuia, care conținea șase din cele șapte subscale originale, teoretic derivate prin analiza factorilor. În ansamblu, factorii au fost validați cu o singură excepție: subscale de „îndoială” nu a fost replicată ca un construct separat. Toți itemii din această scală au coincis cu cei din subscale „verificare”.

Validarea acestui chestionar a constat în administrarea acestuia unui nou eșantion și examinarea proprietăților lui psihometrice.

### **2.1.2. Proprietățile psihometrice ale inventarului**

Pentru a valida chestionarul, trebuie descrisă structura factorilor, consistența internă și validitatea convergentă și discriminatorie a Inventarului Obsesiv-Compulsiv, utilizând noul eșantion. De asemenea, trebuie analizată fiabilitatea test-retest a noii scale, folosind datele din Foa și colab. (1998).

### **Participanți**

Participanții acestui studiu (denumit și noul eșantion) au fost compuși din 338 de persoane, dintre care 118 au fost diagnosticate cu tulburare obsesiv-compulsivă, 75 cu fobie socială generalizată, 71 cu tulburare de stres post-traumatic, iar restul de 74 de persoane au alcătuit grupul de control. Scorurile IOC-R au fost extrase din datele originale și ale IOC, colectate între 1997 și 2001. Dacă unui participant îi lipseau mai mult de 20% dintre elementele dintr-o măsură secundară, atunci numai această măsură a fost eliminată din analize. De asemenea, orice participant cărui îi lipseau mai mult de 20% dintre articolele IOC a fost eliminat din analize. Dintre primii 358 de participanți, 11 persoane diagnosticate cu tulburarea obsesiv-compulsivă, 6 cu tulburare de stres post-traumatic și 3 participanți din grupul de control au fost excluse din analize. Pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă au fost selectați din cadrul Centrului pentru Tratatamentul și Studiul Anxietății din Philadelphia, Pennsylvania. Majoritatea au considerat participarea la acest studiu ca o parte a unei evaluări a simptomelor. Pacienții ce nu au completat inventarul înainte de tratament, dar care au avut un scor după tratament mai mare de 16 pe Scala Yale-Brown de evaluare a simptomelor obsesiv-compulsive, au avut datele incluse în studiu. Severitatea tulburării obsesiv-compulsive a fost evaluată cu Scala Yale-Brown de către medici instruiți, care aveau o experiență considerabilă în diagnosticul tulburării. Datele au fost utilizate numai dacă pacientul a fost determinat să aibă un diagnostic principal pentru tulburarea obsesiv-compulsivă. Procedura de evaluare include, de asemenea, Scala de evaluare a depresiei Hamilton și Scala Globală obsesiv-compulsivă a Institutului Național de Sănătate Mentală. În plus, unii participanți au completat alte





măsurii de auto-evaluare, inclusiv inventarul depresiei Beck și Inventarul Obsesiv-Compulsiv Maudsley.

Participanții diagnosticați cu fobie socială generalizată și tulburare de stres post-traumatic au participat la diferite studii efectuate de Centrul pentru Tratamentul și Studiul Anxietății. Criteriile de excludere pentru aceste două grupuri de participanți au fost prezența unei tulburări psihotice sau dependența de substanțe. Grupul de control a constat în 40 de studenți aleși aleator dintr-un curs de psihologie introductivă la Universitatea din Delaware și 34 de persoane care au mai participat și în alte studii. Toți participanții la grupul de control au completat o serie de măsurii de auto-evaluare, inclusiv Inventarul obsesiv-compulsiv. De asemenea, aceștia au fost evaluați folosind Interviu Clinic Structurat pentru DSM-IV, exceptând cei 40 de studenți. Vârsta, sexul și rasa eșantionului sunt raportate în tabelul de mai jos.

Tabelul 4. Caracteristicile demografice ale noului eșantion.

Caracteristici	Grup			
	Tulburare obsesiv-compulsivă (n = 118)	Fobie socială generalizată (n = 75)	Tulburare de stres post-traumatic (n = 71)	Grupul de control (n=74)
Vârsta	35,8	32,4	31,9	33,1
Genul				
Masculin	50,8	50,0	0,0	27,0
Feminin	49,2	50,0	100,0	73,0
Rasă				
Albă	93,1	68,5	50,0	67,6
Neagră	1,7	23,3	47,9	23,5
Hispanică	0,0	1,4	2,1	0,0
Asiatică	2,6	6,8	0,0	2,9
Altele	2,6	0,0	0,0	5,9

Comparațiile statistice ale grupului au dat naștere unor diferențe semnificative pentru gen și rasă. Grupurile celor diagnosticați cu tulburare obsesiv-compulsivă și fobie socială generalizată au inclus mai puține femei decât celelalte două grupuri. Nu au fost diferențe semnificative între grupuri în funcție de vârstă.

Pentru a examina fiabilitatea test-retest a inventarului, s-au folosit 41 de participanți și 69 din grupul de control din studiul inițial, cărora li s-a administrat de două ori inventarul. Participanții cu tulburare obsesiv-compulsivă au avut o vârstă medie de 34,3 ani, iar 31% dintre aceștia erau femei. Participanții din grupul de control aveau o vârstă medie de 18,6 ani, iar 69,6% au fost femei.

### ***Instrumente***

**Interviul Clinic Structurat pentru DSM-IV** este un interviu diagnostic semistrukturat, care determină diagnosticul prezentat în DSM-IV.

**Scala de evaluare Yale-Brown** este un interviu semistrukturat care evaluează severitatea simptomelor și răspunsurile la tratament ale persoanelor cu tulburare obsesiv-compulsivă. Scorurile de severitate (obsesii, compulsii și suma acestora) sunt derivate din 10 itemi, fiecare



evaluat pe o scală Likert. Deși fiabilitatea test-retest nu a fost evaluată direct în cadrul studiului, cercetările anterioare care au folosit aceeași metodă de evaluare au relevat o fiabilitate satisfăcătoare test-retest pentru scorul de severitate a Scalei Yale-Brown. Validitatea discriminatorie a scalei este considerată a fi destul de slabă, deoarece s-a constatat că se corelează cu măsurile de anxietate și depresie la fel de mult cu măsurile pentru tulburarea obsesiv-compulsivă.

**Scala Globală a simptomelor obsesiv-compulsive** este un indice de severitate a tulburării, care se bazează pe alte măsuri globale de psihopagologie. Este un instrument cu un singur item, care evaluează comportamentul sever al tulburării obsesiv-compulsive, variind de la 1 (normal) la 15 (foarte sever). Scorul 7 indică atingerea severității clinice pentru diagnosticarea tulburării obsesiv-compulsive. Scala a demonstrat o fiabilitate test-retest excelentă și mai multe studii au găsit corelații mari cu Scala Yale-Brown.

**Inventarul Obsesiv-Compulsiv Maudsley** este un chestionar de auto-evaluare cu 30 de itemi, cu două variante de răspuns, adevărat sau fals, care evaluează ritualurile și obsesiile asociate, oferind patru subscale și un scor total. Scala s-a dovedit a avea o fiabilitate test-retest satisfăcătoare ( $r=80$ ) și o consistență internă satisfăcătoare (.70-.80). Validitatea inventarului s-a dovedit a fi satisfăcătoare cu subscalele de „spălare” și „verificare”, care prezintă o bună validitate discriminantă și convergentă.

**Inventarul de depresie Hamilton** este o scală de 17 simptome depresive care este administrată de clinicieni instruiți. Scorul total este cuprins între 0 și 50, iar scala este utilizată adesea în cercetarea psihologică și psihiatrică, demonstrând că are o fiabilitate puternică și o validitate bună.

**Inventarul de depresie Beck** este o scară de auto-evaluare ce conține 21 de itemi și este utilizat pentru a evalua simptomele cognitive și fizice ale depresiei, cu un scor cuprins între 0 și 63. Aceasta a fost folosită pe o scară largă în cercetarea psihologică, demonstrând fiabilitatea și validitatea scalei.

### ***Procedurile pentru valorile lipsă***

Procedurile pentru lipsa valorilor pentru acest inventar au fost descrise mai sus. Valorile lipsă pentru Inventarul de depresie Beck și Inventarul de depresie Hamilton au fost înlocuite de scorul mediu al itemului fiecărui participant, iar pentru Inventarul obsesiv-compulsiv Maudsley de modul de participare al subscalei respective.

### ***Rezultate***

Testele Kolmogorov-Smirnov privind distribuția scorurilor pe toate măsurile indică faptul că majoritatea mărilor au fost distribuite normal. Prin urmare, s-au folosit statistici neparametrice de câte ori au fost potrivit.

### ***Stabilitatea structurii factorilor***

Pentru a testa stabilitatea factorială a celor șase subscale ale inventarului cu cei 18 itemi din eșantionul cel nou ( $N=338$ ), s-a folosit o analiză factorială confirmatorie utilizând Proc Calis în Versiunea SAS 8.02. Structura celor șase factori ai inventarului a fost confirmată în noul eșantion, utilizând criteriile recomandate de alți autori. Modelul a fost semnificativ în urma testului chi-pătrat (138,  $N=338$ ), un indice de bunăstare de .896, un indice de potrivire comparativă de .946, o rădăcină medie pătrată reziduală de 0,070 și o eroare medie de aproximativ 0,067. Toate aceste



valori sugerează o potrivire excelentă pentru acest model. Toate elementele au avut încărcături de factori foarte standardizați asupra factorului căruia i-au aparținut și încărcături foarte mici standardizate asupra altor factori.

### **Consistența internă**

Coeficientul alfa este prezentat în tabelul 5. Scala completă și cele șase subscale au avut o consistență internă bună, patru dintre cei șase coeficienți depășind 0,72. Cele două excepții au fost coeficientul alfa pentru subscalele mentale de neutralizare și verificare în grupul de control (.34 și .65). Coeficienții pentru scala totală pentru fiecare grup au fost foarte mari, variind între 0.81 (pentru pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă) și .93 (pentru pacienții cu fobie socială generalizată). Intercorelațiile Spearman între subscale și scorul total al inventarului, calculate pe întregul eșantion sunt prezentate în Tabelul 5. Corelațiile dintre subscale au fost moderate, variind de la .31 la .57, indicând că subscalele sunt asociate, dar nu redundante. Corelațiile dintre subscale și scorul total au fost moderate până la înalte, variind de la .63 la .80, indicând faptul că subscalele conțin același conținut.

Tabelul 5. Coeficientul Alfa pentru Inventarul Obsesiv-Compulsiv – Revizuit pentru subscale și scoruri totale.

Subscală	Grupul				
	Tulburarea obsesiv-compulsivă (n = 118)	Fobie socială generalizată (n = 75)	Tulburare de stres post-traumatic (n = 71)	Grupul de control (n = 74)	Total
Spălarea	.86	.89	.77	.73	.88
Verificarea	.88	.81	.76	.65	.83
Ordonarea	.90	.89	.84	.82	.90
Obsesia	.82	.86	.83	.89	.88
Adunarea	.90	.88	.86	.76	.90
Neutralizarea	.86	.79	.85	.34	.83
Scor total	.81	.93	.91	.89	.90

### **Fiabilitatea Test-Retest**

Stabilitatea temporală a inventarului a fost examinată folosind corelațiile Spearman. Intervalul test-retest a fost de aproximativ două săptămâni pentru pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă și o săptămână pentru grupul de control. În ansamblu, fiabilitatea pentru scorurile totale și subscale a fost excelente pentru pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă (variind de la .74 la .91) și bună până la excelentă pentru grupul de control (variind de la .57 la .87), așa cum puteți observa în Tabelul 6.

Tabelul 6. Fiabilitatea Test-Retest pentru subscalele și scorul total al Inventarului Obsesiv-Compulsiv – Revizuit

Grup
------



Subscală	Tulburare obsesiv-compulsivă (N = 41)	Grupul de control (N = 69)
Spălare	.91	.87
Verificare	.74	.75
Ordonare	.84	.84
Obsesii	.84	.66
Adunare	.79	.78
Neutralizare	.82	.57
Scor total	.82	.84

### *Validitatea Convergentă și Discriminatorie*

Pentru a determina asocierea dintre Inventarul Obsesiv-Compulsiv original și Inventarul Obsesiv-Compulsiv – Revizuit, s-au calculat corelațiile Spearman utilizând eșantionul combinat. Coeficientul de corelație pentru scorurile ambelor scale a fost de  $r=.98$ . Toate corelațiile subscalelor au depășit  $r=.90$ , cu excepția corelației dintre scalele de neutralizare mentală ( $r=.74$ ). Corelațiile Spearman dintre scorurile inventarului revizuit, inventarului Yale-Brown, Scalei Globale a simptomelor obsesiv-compulsive și inventarul obsesiv-compulsiv Maudsley sunt prezentate în tabelul de mai jos. Pentru a mări inventarul scorurilor pentru diferite scale, s-au combinat grupul pacienților diagnosticați cu tulburare obsesiv-compulsivă și grupul de control. S-au constatat corelații pozitive semnificative între scorul total al inventarului și toate celelalte instrumente de măsurare a simptomelor obsesiv-compulsive utilizate. Mai mult, deoarece pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă nu formează un grup omogen în ceea ce privește prezentarea simptomelor, s-a evaluat corelația dintre subscalele inventarului și alte măsuri ale subtipurilor tulburării, în plus față de scorurile totale. În mod specific, analizele au evidențiat corelații înalte între subscalele „spălare” și „verificare” ale inventarului cu subscale corespunzătoare ale Inventarului obsesiv-compulsiv Maudsley (spălare –  $r = .78$ ,  $n=34$ ; verificare –  $r=.72$ ,  $n=34$ ) și o corelație moderată între subscala „obsesii” a inventarului și scorul „obsesii” al inventarului Yale-Brown ( $r = .51$ ,  $n = 124$ ). Pentru a examina validitatea discriminatorie a inventarului, s-au realizat corelații Spearman între scorul total și scorurile totale ale inventarelor de măsurare a depresiei Beck și Hamilton pentru eșantionul combinat cu pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă și grupul de control (Tabelul 7). Corelațiile dintre aceste grupuri au fost substanțiale.

Tabelul 7. Corelațiile Spearman ale Inventarului Obsesiv-Compulsiv – Revizuit cu alte instrumente de măsurare ale tulburării obsesiv-compulsive și depresiei



Eșantionul format din pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă și grupul de control		
Măsură	r	n
Convergent		
Scala de evaluare Yale-Brown		
Total	.53	124
Obsesii	.49	124
Compulsii	.54	124
Scala Globală a simptomelor obsesiv-compulsive	.66	86.
Inventarul obsesiv-compulsiv Maudsley	.85	34
Divergent		
Inventarul de depresie Hamilton	.58	121
Inventarul de depresie Beck	.70	141

### *Dezbatere*

S-a demonstrat că Inventarul obsesiv-compulsiv – Revizuit are proprietăți psihometrice excelente care sunt similare cu cele ale scale originale. După cum era de așteptat, inventarul și subscalele acestuia au fost corelate puternic cu versiunea lungă a Inventarului obsesiv-compulsiv și a subscalelor sale. Consistența internă a fost ridicată pentru scorul total și pentru fiecare subscală, cu excepția subscalei de „neutralizare” în grupul de control. Fiabilitatea test-retest a fost, de asemenea, moderată până la înaltă pentru scorul total și pentru toate subscalele din toate probele. Astfel, Inventarul obsesiv-compulsiv – Revizuit este o măsură fiabilă. În ceea ce privește validitatea, s-a constatat că inventarul are o structură solidă de factori, reflectată de uniformitatea factorilor din eșantioane. Mai mult, măsura a fost moderat legată de evaluările observatorilor privind severitatea simptomelor obsesiv-compulsive, măsurate cu Scala Yale-Brown, Scala Globală a simptomelor obsesiv-compulsive și au fost puternic legată de Inventarul obsesiv-compulsiv Maudsley, o măsură de auto-evaluare. Corelațiile cu scorurile de auto-evaluare ale tulburării obsesiv-compulsive au fost mai mari decât cele de auto-evaluare a depresiei. În ansamblu, constatările susțin validitatea convergentă a inventarului, deși relația dintre inventar și măsurile observatorului privind tulburarea obsesiv-compulsivă și depresia necesită cercetări ulterioare.

### *Inventarul obsesiv-compulsiv - Revizuit de sine stătător comparat cu itemii modificați*

Toate datele anterioare ale Inventarului obsesiv-compulsiv – revizuit au fost extrase din subclasa completă de distres de 42 de itemi a inventarului original. Pentru a examina dacă au existat diferențe atunci când cei 18 itemi ai chestionarului au fost administrați ca o scală de sine stătătoare, s-a administrat inventarul la încă 30 de pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă care au avut scoruri la Scala Yale-Brown de peste 16 și 477 indivizi în grupul de control, studenți la Universitatea din Delaware. Datele de la cei 30 de pacienți au sugerat că scorurile medii ale inventarului ( $M=28.01$ ;  $AS=13,5$ ) au fost similare cu scorurile medii ale celor 215 pacienți care au completat versiunea originală a inventarului ( $M=28.01$ ;  $AS=13,5$ ),  $t(243) = .054$ ,  $p = .95$  (mărimea efectului =  $-0.008$ ). Rezultate similare au fost găsite pentru subscale. Cu toate acestea, au existat



diferențe semnificative pentru studenții de la aceeași universitate. Această diferență sugerează că cei din grupul de control susțin mai multe simptome pe inventarul revizuit decât de forma sa inițială. Cu toate acestea, aceiași factori, coeficienți similari alfa și fiabilitatea test retest au apărut din ambele versiuni ale inventarului din grupul de control.

### 2.1.3. Diferențe între grupurile de diagnosticare

În această secțiune, diferențele între cele patru grupuri (pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă, fobie socială generalizată, tulburare de stres post-traumatic și grupul de control) pe Inventarul obsesiv-compulsiv – revizuit și subscalele acestuia sunt examinate mai întâi prin teste ale diferențelor dintre mijloace și apoi prin analizele ROC. Apoi, se determină sensibilitatea și specificitatea diferitelor puncte și scoruri.

#### *Participanți*

În această analiză, pacienții anxioși din studiul lui Foa et al. (1998) și noul eșantion au fost combinați pentru a forma un eșantion de 215 indivizi diagnosticați cu tulburare obsesiv-compulsivă, 132 cu fobie socială generalizată și 111 persoane cu tulburare de stres post-traumatic. Pentru analize ROC, s-au combinat primele două grupuri pentru a forma un grup de control anxios, care cuprinde 243 de persoane. Un număr suplimentar de 477 de studenți de la Universitatea din Delaware au fost folosiți pentru grupul de control.

#### *Analizele pentru mediană și medie*

Pentru a examina capacitatea inventarului de a delimita grupul indivizilor diagnosticați cu tulburare obsesiv-compulsivă de alte grupuri diagnostice, s-au comparat medianele grupului de subscale și scorurile totale, utilizând testele Kruskal-Wallis. Rezultatele semnificative au fost urmate de testele U Mann-Whitney. S-au calculat și dimensiunile efectelor între grupuri. Medianele grupurilor și intervalele intercvartilelor sunt prezentate în Tabelul 2.6. Noul eșantion de studenți și pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă au avut distribuții în intervalul normal, astfel încât s-au utilizat teste t pentru a compara aceste probe.

Tabelul 8. Mediate și intervalele inteeqvartilice pentru subscale și scorurile totale pentru pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă, fobie socială generalizată și tulburare de stres post-traumatic.

Subscală	Grup		Fobie socială			Tulburare de stres posttraumatic		
	Tulburare obsesiv-compulsivă	obsesiv-	generalizată	socială	Mărime efectului (ME)	Mdn	II	ME
Spălare	3.00	Intervalul intercvartilelor (II)	Mdn	II	Mărime efectului (ME)	Mdn	II	ME
Verificare	4.00	8.00	0.00	1.00	0.93	0.00	2.00	0.74
Ordonare	4.00	7.00	1.00	3.00	0.96	2.00	5.00	0.64
Obsesii	4.00	7.00	2.00	4.00	0.55	1.25	4.00	0.65
Adunare	8.00	7.00	2.00	5.53	1.13	3.66	5.00	0.83
Neutralizare	2.00	6.00	2.00	4.00	0.18	1.00	4.00	0.43
Scor total	2.00	5.00	0.00	1.00	0.78	0.00	0.00	0.82
	25.00	18.00	7.00	15.18	1.22	11.00	15.00	1.14

#### *Analizele ROC*





Pentru a determina măsura în care inventarul poate diagnostica cu exactitate tulburarea obsesiv-compulsivă, s-au efectuat analize ROC folosit Microsoft Excel și a fost examinată sensibilitatea și specificitatea măsurii la diferite praguri. Analiza ROC utilizează asocierea dintre sensibilitate și specificitate pentru a obține o zonă sub curbă, care indică cât de bine se distinge o măsură generală în caz pozitiv (tulburare obsesiv-compulsivă) și negativă (grupul de control) într-un anumit eșantion, indiferent de scorul de bază. O valoare de 0,50 indică nivelul șanselor și 1,0 indică un instrument diagnostic perfect.

### **Rezultate**

Testele Kruskal-Wallis au indicat diferențe de grup pe toate scalele: scorul total  $X^2(2, N=458) = 136.8, p < .01$ ; subscala spălare  $X^2(2, N = 458) = 76.7, p < .01$ ; subscala „verificare”  $X^2(2, N = 458) = 77.1, p < .01$ ; subscala „ordonare”  $X^2(2, N = 458) = 39.6, p < .01$ ; subscala „obsesii”  $X^2(2, N = 458) = 95.2, p < .01$ , subscala „adunare”  $X^2(2, N = 458) = 12.8, p = .01$ ; și scala „neutralizare mentală”  $X^2(2, N = 458) = 79.4, p < .01$ . Testele U Mann-Whitney au arătat că grupul pacienților cu tulburare obsesiv-compulsivă a fost semnificativ mai dificil decât celelalte grupuri în scorul total și pe celelalte subscale, mai puțin subscala „adunare”, în care grupurile persoanelor cu tulburare obsesiv-compulsivă și fobie socială generalizată nu diferă semnificativ unul de celălalt. În plus, grupurile cu fobie socială generalizată și tulburare de stres post-traumatic s-au diferențiat semnificativ numai pe scara de verificare. (Tabelul XXX DE MAI SUS).

Deoarece probele au variat semnificativ în compoziția lor de gen, s-au efectuat aceleași analize doar pentru femei. Diagrama rezultatelor a fost aceeași ca și pentru întregul eșantion, iar dimensiunile efectului au fost destul de similare (aproximativ cu 0.10 mai mici decât pentru întregul eșantion), variind de la 0.10 (la subscala „adunare” pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă și fobie socială generalizată) până la 1.02 (pentru scorul total al pacienților cu tulburare obsesiv-compulsivă și tulburare de stres post-traumatic).

Medianele, mediile, abaterile standard și mărimea efectului pentru scorurile totale și scorurile subscalelor pentru subiecții cu tulburare obsesiv-compulsivă și pentru grupul de control sunt prezentate în tabelul de mai jos (Tabelul 9). Pentru toate testele t care au comparat aceste două grupuri, nu s-au propus variante egale pe baza testului Levene pentru egalitatea varianțelor. În ceea ce privește scorul total al inventarului, testele t au arătat că pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă ( $M = 18,82, AS = 13,53$ ) au obținut un punct semnificativ mai mare decât cei din grupul de control ( $M = 18,82, AS = 11,10$ ),  $t(349,22) = 8,72$ , la  $p < 0.01$  și o valoare semnificativ mai mare decât grupul de control pe patru din șase subscale. Cele două excepții au fost scala „ordonare”  $t(329,10) = 1,15, p = .25$ , și scala „adunare”,  $t(309,19) = -2.59$ , la  $p = 0.01$ .



Tabelul 9. Pragurile pentru scorul total al inventarului și pentru subscala „obsesii” și sensibilitatea și specificitatea rezultată pentru discriminarea între grupul de tulburare obsesiv-compulsivă și grupul de control și grupul cu tulburare obsesiv compulsivă și grupul de control anxios.

Eșantion				
	Grupul cu tulburare obsesiv-compulsivă/Grupul de control		Grupul cu tulburare obsesiv-compulsivă/Grupul cu control anxios	
Prag	Sensibilitate	Specificitate	Sensitivitate	Specificitate
<b>Punctajul total al inventarului</b>				
5	99.5	7.8	99.5	36.0
10	92.1	25.4	92.1	53.5
15	83.7	46.8	83.7	66.9
18	74.0	56.0	<b>74.0</b>	<b>75.2</b>
20	68.4	61.8	68.4	77.8
21	<b>65.6</b>	<b>63.4</b>	<b>65.6</b>	78.9
25	50.2	93.5	49.8	85.5
<b>Subscala „obsesii”</b>				
3	80.0	66.0	80.0	55.8
4	<b>74.4</b>	<b>76.1</b>	74.4	64.9
5	68.8	82.6	<b>68.8</b>	<b>72.7</b>
6	61.9	87.6	61.9	81.8

Curba empirică ROC utilizând fie subscala „obsesii”, fie scorul total pentru indivizii diagnosticați cu tulburare obsesiv-compulsivă și grupul de control este prezentată în Figura 1. și curba pentru grupul pentru indivizii ce prezintă tulburare obsesiv-compulsivă și grupul cu control anxios este reprezentat în Figura 1. Pentru grupul de control, subclasa „obsesii” a făcut diferența între pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă și grupul de control, mai bine decât scorul total. În ansamblu, toate aceste rezultate indică o putere discriminativă excelentă pentru Inventarul obsesiv-compulsiv – Revizuit pentru diferențierea cazurilor obsesiv-compulsive de ambele cazuri, nonanxioase și a celor cu tulburări de anxietate.

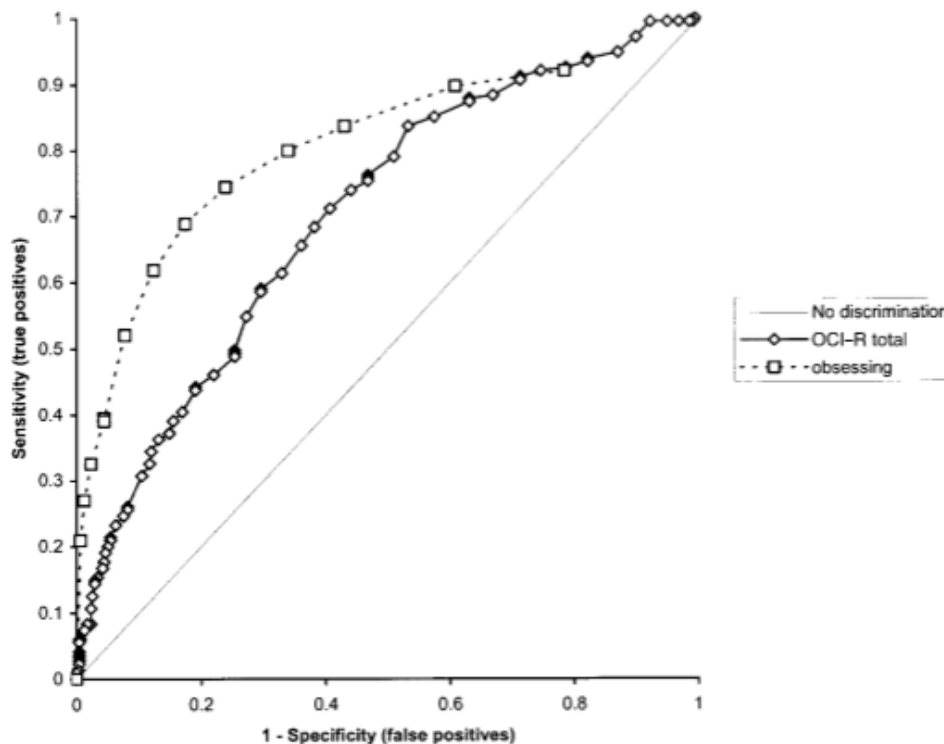


Figura 1. Curba caracteristică de funcționare a receptorului pentru grupul obsesiv-compulsiv/control non-anxios.

Utilizarea instrumentului IOC-R ca instrument de diagnosticare necesită identificarea unui prag, care oferă o combinație optimă de sensibilitate (identificare precisă a punctajelor pozitive reale) și specificitate (identificarea precisă a punctajelor negative reale), care pot varia în funcție de situație. Tabelul de mai jos prezintă sensibilitatea și specificitatea inventarului și a subscalei „obsesii” pentru diferite praguri. S-au calculat pragurile optime, luând în considerare atât sensibilitatea, cât și specificitatea diferitelor praguri. În proba pentru grupurile cu persoanele cu tulburare obsesiv-compulsivă și grupul de control, scorul optim al inventarului este de 21 (sensibilitate: 65,6%, specificitate: 63,9%), rezultând o clasificare corectă a 141 din 215 cu tulburare obsesiv-compulsivă și 305 din 477 din grupul de control. Cu toate acestea, în privința curbelor ROC pentru scorurile subscalelor inventarului, s-a constatat că subscala „obsesii” a fost de fapt mai bună la diferențierea celor două grupuri. Atunci când se utilizează subscala „obsesii”, pragul optim este de 4 (sensibilitate: 74,4%, specificitate: 76,1%), dând o clasificare corectă de 160 din 215 pentru grupul pacienților cu tulburare obsesiv-compulsivă și 363 din 477 pentru grupul de control. În ceea ce privește doar subscala „obsesii”, pragul optim este de 5 (sensibilitate: 68,8%, specificitate: 72,7%), dând o clasificare corectă pentru 148 din 215 cu tulburare obsesiv-compulsivă și 176 din 243 din grupul de control al anxietății.

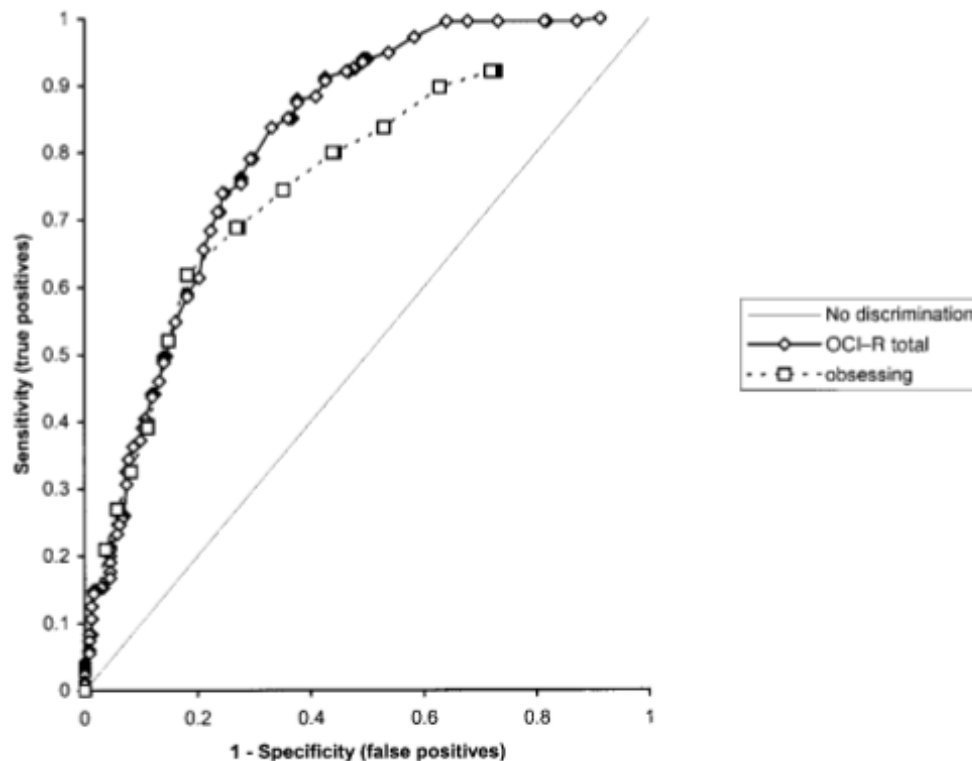


Figura 2. Curba caracteristică de funcționare a receptorului pentru grupul obsesiv-compulsiv/control anxios.

### *Dezbatere*

Așa cum era de așteptat, s-a constatat că scorurile total ale Inventarului obsesiv-compulsiv – revizuit au fost mai mari în grupul pacienților cu tulburare obsesiv-compulsivă, decât în celelalte trei grupuri, susținând în continuare utilitatea clinică a scalei. Aceste diferențe au fost similare cu cele găsite în versiunea originală a inventarului. În toate subscalele cu excepția a două, subscala „adunare” și „ordonare”, grupul cu tulburare obsesiv-compulsivă avea scoruri mai mari decât în restul grupurilor. Acest lucru sugerează sprijinul inițial pentru sensibilitatea clinică a subscalelor. Lipsa de diferențe dintre grupul persoanelor cu tulburare obsesiv-compulsivă și alte grupuri din subscala „adunare” se datorează frecvenței relativ scăzute a persoanelor din acest eșantion care au această trăsătură în cadrul tulburării. Faptul că studenții din universitate au înregistrat, de fapt, scoruri mai mari pe această subscală decât eșantionul pacienților ar putea sugera că elevii sunt mai susceptibili să fie de acord cu unele necazuri legate de dezordinea din viața lor decât pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă. Sunt necesare mai multe informații cu privire la legătura dintre lipsa diferențelor pe subscala „ordonare”.

Analizele ROC indică faptul că inventarul este o măsură extrem de eficientă pentru a face diferența între pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă și pacienții cu alte tulburări de anxietate, sau indivizii ce nu prezintă simptome obsesiv-compulsive. Pentru eșantionul din cercetare, scorul optim pentru diferențierea între tulburarea obsesiv-compulsivă și cei care nu prezintă simptomele a fost de 21. La pragul optim, măsura a avut o bună sensibilitate și specificitate. Subscala „obsesii”



a diferențiat grupul cu tulburare obsesiv-compulsivă de grupul de control mai mult decât scorul total, în timp ce între grupul cu tulburare obsesiv-compulsivă și grupul cu control anxios rezultatele au fost contrare. Acest lucru se poate datora faptului că grupul cu control anxios este mai susceptibil în a manifesta anumite gânduri intruzive și, prin urmare, susțin ideile obsesionale, făcând întreaga consteație de obsesie și contrângerii, așa cum este reprezentată de scorul total, o măsura mai bună pentru diferențierea tulburării obsesiv-compulsive de celelalte tulburări de anxietate.

Faptul că pragurile pentru grupul cu control anxios a fost mai mic decât pentru grupul de control este în concordanță cu cercetarea pentru Inventarul obsesiv-compulsiv inițial (Foa et al., 1998) și poate fi legată de concentrarea grupului cu control anxios asupra simptomelor lor în comparație cu simptomele tulburării obsesiv-compulsive sau ale grupului de control.

Atunci când se determină pragurile care discriminează cel mai bine o populație de alta, trebuie să se ia în considerare prevalența populației de interes din eșantion. Sensibilitatea și specificitatea ce au dat randament în anumite praguri nu sunt afectate de prevalență (deoarece le sunt atribuite procentaje), dar numerele absolute de scoruri false negative sau false pozitive sunt afectate de rata de bază a tulburării din eșantionul de interes. Spre exemplu, într-un eșantion cu o prevalență foarte scăzută a tulburării obsesiv-compulsive, stabilirea unui prag scăzut ar da doar câteva cazuri suplimentare diagnosticate corect, comparativ cu un prag mai mare, însă multe cazuri fără tulburare obsesiv-compulsivă ar fi diagnosticate fals. Astfel, costurile și avantajele sensibilității și specificității trebuie luate în considerare la stabilirea pragurilor.

## **Concluzii**

Inventarul obsesiv-compulsiv – revizuit păstrează multe dintre calitățile inventarului inițial. S-a constatat o consistență internă, o fiabilitate test-retest și o validitate convergentă bune spre excelente. Analizele ROC au demonstrat că măsura discriminează în mod eficient între pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă și celelalte grupuri. Subscala „obsesii” a diferențiat cel mai bine grupul țintă de grupul de control. Astfel, prin revizuirea inventarului s-a redus numărul itemilor de la 84 (42 pentru distres și 42 de frecvență) la 18, fără a pierde calitatea instrumentului, ceea ce face ca acest nou inventar să fie un instrument de screening extrem de util în diagnosticarea și cercetarea clinică. Pentru a ajunge la scala mai scurtă, s-a eliminat scala de frecvență redundantă, s-au păstrat trei elemente pe subscale și s-a eliminat scala „îndoială”, deoarece s-au suprapus cu subscala „verificare”. Ca urmare a echivalării numărului de itemi din subscale, acum este posibilă calcularea unui scor total prin simpla adăugare a scorurilor tuturor itemilor și este posibilă compararea gravității simptomelor în cadrul subscalelor prin adăugarea scorurilor pentru itemii lor.

Potrivit clinicienilor, forma revizuită a inventarului este mai ușor de administrat și scorat în mod repetat, atunci când monitorizează progresele tratamentului, iar pacienții l-ar considera mai puțin o povară decât inventarul inițial, datorită formei mai scurte.

Câteva aspecte necesită o evaluare suplimentară. În primul rând, nu toate subscalele inventarului au diferențiat în mod adecvat subiecții cu tulburare obsesiv-compulsivă față de ceilalți. De exemplu, subscala „adunare” nu a dovedit o diferență semnificativă. Acest lucru s-ar putea datora prevalenței scăzute a simptomelor de acumulare în eșantionului cu tulburare obsesiv-compulsivă. În acest sens, este posibil ca subscala „adunare” să permită diferențierea pacienților cu și fără simptome de adunare într-o probă cu prevalență mai mare a acestor simptome. Lipsa diferențierii dintre grupul țintă și grupul de control la nivelul subscalei „ordonare” poate fi explicată în mod similar. Variabilitatea subscalelor în măsura în care acestea diferențiază grupul țintă față de



celelalte grupuri poate reflecta variabilitatea simptomelor în tulburarea obsesiv-compulsivă. Constatarea că subscalele „obsesii” nu s-a diferențiat atât între pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă și alți pacienți anxioși este în concordanță cu observațiile clinice că multe persoane cu tulburări de anxietate suferă de gânduri deranjante, intruzive (în special în tulburarea de stres post-traumatic). Studiile ulterioare ar trebui să examineze performanța fiecărei subscale folosind eșantioane de pacienți cu afecțiuni cu prezentări clinice care se potrivesc fiecărei subscale.

În al doilea rând, Inventarul obsesiv-compulsiv și forma sa revizuită sunt foarte ponderate pentru a evalua compulsiile mai mult decât obsesiile. Cercetări ulterioare ar trebui să exploreze utilitatea adăugării subscalelor pentru diferite tipuri de obsesii, cu ar fi scrupulozitatea, intruziuni sexuale și dăunătoare.

În al treilea rând, proprietățile psihometrice ale inventarului au fost evaluate prin extragerea unui subset de itemi din versiunea inițială. Creșterea semnificativă a simptomelor raportate s-a datorat probabil eliminării itemilor de frecvență, care ar fi putut ancora itemii de primejdie. În plus, lista mai lungă de itemi poate sugera simptome mai severe decât lista scurtă și, prin urmare, a fost legată de scoruri mai mici. Studiile viitoare ar trebui să examineze proprietățile psihometrice ale versiunii scurte atunci când sunt administrate pe cont propriu altor eșantioane clinice.

În al patrulea rând, validitatea discriminatorie a măsurilor tulburării obsesiv-compulsive cu instrumente pentru depresie a afectat în mod constant cercetătorii și psihometricienii care au elaborat instrumente de măsurare a simptomelor obsesiv-compulsive. Inventarul de față nu este mai rău, dar nici nu este o excepție. Corelațiile ridicate întâlnite între măsurile de depresie și măsurile obsesiv-compulsive reflectă nivelurile ridicate de depresie observate la mulți pacienți cu tulburare obsesiv-compulsivă. Studiile viitoare ar trebui să examineze performanța diferențiată a inventarului și a instrumentelor de depresie la pacienții diagnosticați cu depresie majoră cu și fără tulburare obsesiv-compulsivă. Mai mult, sunt necesare mai multe informații privind capacitatea inventarului de a discrimina tulburarea obsesiv-compulsivă de alte tulburări de anxietate, cum ar fi îngrijorarea și anxietatea generală. Pe scurt, validitatea discriminatorie a inventarului necesită o examinare suplimentară.

În al cincilea rând, datele au sugerat că grupurile de control anxios diferă în funcție de etnie și sex față de grupul obsesiv-compulsiv. Deși nu s-au găsit diferențe între grupul obsesiv-compulsiv și grupul cu control anxios, atunci când au fost examinate doar femeile, diferențele etnice în susținerea simptomelor tulburării obsesiv-compulsive ar trebui explorate în continuare.

În concluzie, inventarul pare a fi o scală psihometrică scurtă, care măsoară preocupările majore ale pacienților cu tulburare obsesiv-compulsivă. Este o măsură fiabilă, are validitate convergentă bună și diferențiază bine indivizii cu tulburare obsesiv-compulsivă, față de ceilalți indivizi. Sunt necesare mai multe informații privind abilitatea discriminatorie a inventarului, sensibilitatea la tratament și validitatea subscalelor sale.

### **Bibliografie**

Hudak, R. & Dougherty, D. (2011). *Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children*. Cambridge University Press.

Popescu-Neveanu, P. (1978). *Dicționar de psihologie*. București: Editura Albatros.

Atkinson R.L., Atkinson R.C., Smith E.E., Bem D.J. (2002). *Introducere în psihologie – Ediția a XI-a*. București: Editura Tehnică.

Enăchescu, C. (2007). *Tratat de psihopatologie*. București: Editura Polirom.





**BLACKSEA JOURNAL  
OF PSYCHOLOGY**

eISSN: 2068-4649; Print ISSN: 2068-1186

*The "Black Sea" Journal of Psychology*

*Vol. 6, Issue 1, 1-20, Spring, 2016*

*ISSN: 2068-4649*

*www.bspsychology.ro*

Rachel, C.L., Bradley C.R. (2012) The co-occurrence of obsessions and compulsions in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Volume 1, Issue 3.*

Baxter, L.R.Jr., Schwartz J.M., Guze B.H., Bergman K, Szuba M.P. (1990). PET imaging in obsessive compulsive disorder with and without depression. Department of Psychiatry and Biobehavioral Science.