



Mat á próffræðilegum eiginleikum DOCS spurningalistans í íslenskri gerð

Jóhann B. Arngrímsson og
Práinn Kolbeinsson

**Lokaverkefni til BS-gráðu
Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið**



HÁSKÓLI ÍSLANDS

**Mat á próffræðilegum eiginleikum
DOCS spurningalistans í íslenskri gerð**

Jóhann B. Arngrímsson og
Þráinn Kolbeinsson

Lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði
Leiðbeinendur: Ragnar Pétur Ólafsson og Fanney Þórsdóttir

Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands
Júní 2011

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi réttihafa.

© Jóhann B. Arngrímsson og Þráinn Kolbeinsson 2011

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, Ísland 2011

Efnisyfirlit

Pakkarorð	4
Útdráttur	5
Inngangur	6
Einkenni og greiningarskilmálar árátta- og þráhyggjuröskunar	6
Algengi og faraldsfræði.....	9
Samsláttur við aðrar geðraskanir.....	10
Kenningar.....	11
Meðferðir.....	13
Matstæki.....	14
<i>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Self Report (Y-BOCS-SR)</i>	14
<i>Próffræðilegir eiginleikar Y-BOCS-SR</i>	15
<i>Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)</i>	17
<i>Próffræðilegir eiginleikar OCI-R</i>	17
<i>Annmarkar á matstækjum</i>	19
<i>Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS)</i>	20
<i>Próffræðilegir eiginleikar DOCS</i>	21
Samantekt og markmið	22
Aðferð	24
Þátttakendur.....	24
Mælitæki	24
<i>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Self-Report (Y-BOCS-SR)</i>	24
<i>Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)</i>	25
<i>Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS)</i>	26
Frankvæmd.....	26
Tölfræðileg úrvinnsla.....	26
Niðurstöður	28
Þáttgreining DOCS og fylgni þátta	28
Meðaltöl og staðalfrávik DOCS.....	29
Áreiðanleiki DOCS	30
Lýsandi tölfræði OCI-R og Y-BOCS-SR	33
Fylgnistuðlar sem athugun á samleitni- og aðgreiningarréttmæti DOCS	33
Umræða	36
Samantekt.....	40
Heimildir	41
Viðauki A	47
Viðauki B	52

Þakkarorð

Við viljum þakka leiðbeinanda okkar Ragnari P. Ólafssyni fyrir góða aðstoð, gagnrýni og ábendingar við vinnslu ritgerðarinnar. Einnig viljum við þakka Kolbeini Þorsteinssyni, Júlíu Guðrúnu Ingólfssdóttur og Grétu Arngrímsdóttur fyrir ítarlegan yfirlestur og góðar ábendingar. Að lokum fær samnemandi okkar Pálmar Ragnarsson sérstakar þakkir fyrir langar og skemmtilegar samverustundir í Háskóla Íslands við vinnslu lokaverkefnis okkar.

Útdráttur

Áráttu- og þráhyggjuröskun er alvarleg kvíðaröskun sem einkennist af þrálátum hugsunum sem koma endurtekið upp í huga fólks og endurtekinni áráttuhegðun sem kemur í kjölfar þeirra sem einskonar svar við hugsununum. Fjöldmörg mælitæki eru til sem eiga að meta einkenni og alvarleika áráttu- og þráhyggjuröskunar. Vegna margskonar annmarka á þeim og í samræmi við rannsóknir síðustu ára var Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) nýlega búinn til. DOCS er 20 atriða sjálfsmatsspurningalisti sem inniheldur fimm atriði tengd hverri af þeim fjórum stöðugustu einkennavíddum áráttu- og þráhyggjuröskunar sem rannsóknir hafa leitt í ljós. Listinn metur einnig alvarleika röskunar á fjórum mismunandi alvarleikavíddum. Í þessari rannsókn voru athugaðir próffræðilegir eiginleikar DOCS spurningalistans í íslenskri þýðingu. Þátttakendur í rannsókninni voru 280 nemendur við Háskóla Íslands. Þáttgreining gaf af sér fjóra skýra þætti ásamt því að áreiðanleiki og réttmæti listans reyndist gott. Áreiðanleiki listans í heild reyndist góður. Áreiðanleiki allra þáttanna nema eins var góður og í samræmi við enska útgáfu listans. Samleitniréttmæti listans var gott miðað við fylgni hans við OCI-R og Y-BOCS-SR. Samleitni- og aðgreiningarréttmæti þáttanna var í flestum tilfellum gott miðað við mismunandi fylgni þeirra við undirvarða OCI-R. Almennt má því segja að niðurstöður rannsóknarinnar bendi til að próffræðilegir eiginleikar DOCS spurningalistans í íslenskri gerð séu góðir.

Áráttu- og þráhyggjuröskun er alvarleg kvíðaröskun sem einkennist af þrálátum hugsunum sem koma endurtekið upp í huga fólks og endurtekinni áráttuhegðun sem kemur í kjölfar þeirra sem einskonar svar við hugsununum (Stein, 2002). Um það bil 2,5% fólks þróar með sér áráttu- og þráhyggjuröskun yfir ævina (American Psychiatric Association, 2000) og kemur röskunin oftast fyrst fram fyrir 25 ára aldur (Angst o.fl., 2004). Mikil vanlíðan getur fylgt röskuninni og því mikilvægt að til séu skilvirk greiningartæki svo hægt sé að greina sjúkling sem fyrst og hefja meðferð. Það getur aftur á móti oft verið erfitt að greina áráttu- og þráhyggjuröskun vegna þess að mikill samsláttur er milli hennar og til dæmis annarra kvíðaraskana og þunglyndis (Nestadt o.fl., 2003; Weissman o.fl., 1994). Algengt er að fyrirlögn spurningalista sé hluti af greiningu og mati á einkennum röskunarinnar. Í þessari rannsókn voru lagðir fyrir þrjú spurningalistar sem ætlað er að mæla einkenni áráttu- og þráhyggjuröskunar. Þessir listar voru Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa o.fl., 2002), Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Self Report (Y-BOCS-SR; Baer, 1991) og Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS; Abramowitz o.fl., 2010).

OCI-R og Y-BOCS-SR hafa mikið verið notaðir síðustu ár en í ljósi nýlegra rannsókna á eðli áráttu- og þráhyggjuröskunar var DOCS listinn búinn til. Hann var hannaður þannig að einkenni og alvarleiki áráttu- og þráhyggjuröskunar eru metin á annan hátt en áður hefur verið gert. Ensk útgáfa listans hefur reynst hafa góða próffræðilega eiginleika (Abramowitz o.fl., 2010) en þörf er á góðum mælitækjum í íslenskri gerð til að meta einkenni röskunarinnar hér á landi. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna próffræðilega eiginleika DOCS spurningalistans í íslenskri útgáfu og bera hann saman við OCI-R og Y-BOCS-SR sem hafa verið í notkun hér á landi um nokkurt skeið.

Einkenni og greiningarskilmálar áráttu- og þráhyggjuröskunar

Samkvæmt DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*; APA, 2000) einkennist áráttu- og þráhyggjuröskun af þrálátum hugsunum og áráttuhegðun af einhverju tagi. Þessar hugsanir kallast þráhyggja (*obsession*). Þráhyggja felur í sér endurteknar og viðvarandi hugsanir, hvatir eða hugmyndir sem fólki finnst það ekki hafa stjórn á og valda því kvíða og/eða vanlíðan. Þetta á ekki við um almennar áhyggjur úr daglegu lífi heldur tengist þráhyggjan oft einhverju slæmu,

ógeðfelldu eða jafnvel einhverju sem ekki er raunverulegt. Þetta getur meðal annars falið í sér hugsanir tengdar óhreinindum og sýklum, ýgi, einkennilegu kynlífi, trú, nákvæmni og skipulagi (Clark, 2004). Áráttu (*compulsion*) er endurtekin hegðun eða hugrænt ferli sem fólki finnst það knúðið til að fylgja. Áráttu tengist þráhyggju á þann hátt að hún er framkvæmd til að draga úr þeirri vanlíðan sem fylgir þráhyggju (APA, 2000). Þannig er áráttan nokkurskonar svar við þráhyggjukenndum hugsunum. Áráttuhegðun getur líka átt að þjóna þeim tilgangi að fyrirbyggja að einhver slæmur atburður eigi sér stað (APA, 2000).

Fólk með áráttu- og þráhyggjuröskun finnur oft fyrir miklum kvíða, bæði vegna þráhyggjukenndra hugsana sinna og áráttuhegðunar (APA, 2000). Einkennum röskunarinnar svipar einnig mjög til annarra kvíðaraskana (Clark, 2004) og því hefur röskunin verið flokkuð sem kvíðaröskun. Í greiningarviðmiðum DSM-IV-TR (APA, 2000) um áráttu- og þráhyggjuröskun kemur fram að á einhverjum tímapunkti viðurkenni einstaklingur, eða átti sig á, að áráttan eða þráhyggjan séu óskynsamleg eða ýkt. Þráhyggja eða áráttu þarf að valda viðkomandi mikilli vanlíða, taka að minnsta kosti klukkustund eða meira á hverjum degi og valda töluverðri truflun á daglegri virkni, félagslífi eða atvinnu. Einkenni áráttu og þráhyggju skulu ekki vera háð annarri geðröskun eða orsakast af lyfjum af einhverju tagi eða einhverjum öðrum líffræðilegum sjúkdómi. Annað greiningarkerfi sem oft er miðað við er ICD-10 (*International Classification of Diseases 10*; WHO, 1992) en greiningarskilmálar þess fyrir áráttu- og þráhyggjuröskun eru að miklu leyti svipaðir DSM-IV-TR en eru þó með mismunandi áherslur (Maj, Sartorius, Okasha og Zohar, 2002).

Áráttu- og þráhyggjuröskun er mjög misleit röskun og eru sjúklingar oft með margar tegundir einkenna sem geta breyst með tímanum (Abramowitz, o.fl., 2010; Foa og Kozak, 1995). Einkenni röskunarinnar eru mjög einstaklingsbundin og endurspeгла oft og tíðum persónubundnar áhyggjur hvers og eins (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger og Leckman, 2008). Þráhyggjan getur snúist um allt frá því að hafa áhyggjur af því að smitast af einhverju til þess að hugsa kynferðislegar hugsanir um börn. Áráttuhegðunin sem fylgir í kjölfarið er einnig mjög persónubundin og getur verið afar sérstæð (Abramowitz o.fl., 2010). Þrátt fyrir að áráttu- og þráhyggjuröskun sé mjög mismunandi hjá fólki hafa rannsóknir sýnt að ákveðnar tegundir áráttu og þráhyggju fari oft saman (Mataix-Cols, Rosario-Campos og Leckman, 2005; McKay o.fl., 2004). Þetta hefur leitt til þess að einkenni áráttu-

og þráhyggjuröskunar eru metin út frá tilteknum einkennavíddum frekar en einstökum tegundum árattu og þráhyggju.

Þær fjórar víddir einkenna sem oftast hafa komið fram í rannsóknum eru: (1) þráhyggja varðandi óhreinindi og mengun ásamt þvotta- og þrifárattu; (2) þráhyggja varðandi ábyrgð og hræðsla um að valda einhverjum skaða ásamt athugunarárattu; (3) þráhyggja varðandi skipulag og samhverfu ásamt uppröðunarárattu; (4) þráhyggja sem felst í óásættanlegum hugsunum um ýmsa hluti ásamt árattu sem ætlað er að minnka eða eyða þessum hugsunum (Abramowitz, 2010; Mataix-Cols o.fl., 2005). Þráhyggja varðandi mengun lýsir sér yfirleitt með hræðslu við óhreinindi eða sýkla. Fólki finnst það sífellt vera skítugt sem verður til þess að hreinlætisvenjur þess brenglast á einhvern hátt. Þráhyggja varðandi ábyrgð og athugunaráratta einkennast af efasemdum og áhyggjum um að eitthvað slæmt gerist sem síðan leiðir til athugunarárattu. Þráhyggja varðandi skipulag og samhverfu felur í sér þörf fyrir að hlutum sé raðað á ákveðinn hátt og leiðir til uppröðunarárattu. Þráhyggja sem felst í óásættanlegum hugsunum tengist oft kynlífi, trúarbrögðum eða ofbeldi sem leiða til forðunarhegðunar eða einhverskonar árattuhegðunar sem ætlað er að leysa upp hugarástandið. Algengustu einkenni árattu- og þráhyggjuröskunar eru þau sem snúa annars vegar að óhreinindum og þrifum og hins vegar að ábyrgðartilfinningu og athugun (Clark, 2004; Stein, 2002). Söfnunaráratta var lengi talin hluti af árattu- og þráhyggjuröskun og er ennþá hluti af mörgum spurningalistum sem mæla árattu- og þráhyggjueinkenni. Rannsóknir benda þó til þess að söfnunaráratta hafi sterkari tengsl við aðrar geðraskanir (Frost, Steketee, Williams og Warren, 2000) og virðist vera líffræðilega ólík öðrum áráttukennendum einkennum röskunarinnar (Wheaton, Timpano, Laselle-Ricci og Murphy, 2008).

Hugsanirnar sem þráhyggja röskunarinnar felur í sér geta talist almennar og eðlilegt þykir að fólk sem ekki er með árattu- og þráhyggjuröskun fái þær af og til. Í rannsókn Rachman og de Silva (1978) fengust þær niðurstöður að 84% af þátttakendum sem ekki voru með árattu- og þráhyggjuröskun greindu frá hugsunum sem svipaði til hugsana þráhyggjusjúklinga. Þær voru samt sem áður ekki jafn ákafar og auðveldara var að stjórna þeim. Einnig var tíðni slíkra hugsana hærrí hjá sjúklingum og erfiðara fyrir þá að hunsa þær. Rannsóknin hefur verið gagnrýnd en svipaðar niðurstöður hafa þó komið fram í öðrum rannsóknum (t.d. Calamari og Janeck, 1997). Þrátt fyrir að hugsanir líkar þráhugsunum séu algengar hjá fólki sem ekki er með röskunina þá sýndu Rassin og Muris (2007) fram á að sálfræðingar geta

greint nokkuð örugglega á milli árattu- og þráhyggjusjúklinga og annarra með því einu að lesa lýsingu á hugsunum þeirra.

Fólk getur einnig verið með einhverskonar árattu án þess að vera með röskunina. Um helmingur fólks fylgir reglulega einhverju ferli eða er með ákveðna siði sem eru sambærilegir árattuhegðun árattu- og þráhyggjusjúklinga (Muris, Merckelbach og Clavan, 1997). Tíðni hegðunarinnar og truflunin sem af henni hlýst er þá mun minni og hún tengist sjaldan kvíða. Hjá árattu- og þráhyggjusjúklingum slær árattuhegðunin aðeins tímabundið á kvíðatilfinninguna og verða þeir því að endurtaka hana í hvert skipti sem tilfinningin gerir vart við sig (Nolen-Hoeksema, 2008). Eðlilegt er að fólk athugi hvort það hafi slökkt á eldavélinni þegar það fer að heiman. Ef um árattu- og þráhyggjusjúkling væri að ræða gæti hann þurft að athuga það aftur og aftur og jafnvel með stuttu millibili. Þannig getur árattuhegðun í fyrstu litið út fyrir að vera eðlileg og skynsamleg en þegar tíðni hennar eykst mikið getur hún aftur á móti orðið mjög óeðlileg.

Ekki eru allir sem þjást af árattu- og þráhyggjuröskun meðvitaðir um hversu óeðlileg og óraunhæf þráhyggja þeirra er. Þegar vinnuhópur um DSM-IV flokkunarkerfið vann að forprófunum á greiningarviðmiðum fyrir árattu- og þráhyggjuröskun, kom til dæmis í ljós að aðeins 13% sjúklinga með röskunina sögðust vera alveg viss um að hugsanir sínar og hræðsla væru ekki á rökum reistar en 4% sögðust vera alveg viss um að þau hefðu raunverulega ástæðu til að óttast (Foa og Kozak, 1995). Flestir (83%) voru þó nokkuð eða mjög vissir um óraunhæft eðli hugsana sinna og á það við um flesta sjúklinga með árattu- og þráhyggjuröskun (Jenike, 2004).

Algengi og faraldsfræði

Heimildum ber ekki öllum saman um algengi árattu- og þráhyggjuröskunar en það er á bilinu 1-3,5% (Angst o.fl., 2004; APA, 2000; Clark, 2004; Karno, Golding, Sorenson og Burnam, 1988; Nolen-Hoeksema, 2008; Weissman o.fl., 1994). Það er óalgengt að börn undir tíu ára aldri séu greind en tíðni röskunarinnar eykst með hækkandi aldri (Heyman o.fl., 2001). Algengi röskunarinnar hjá 18 ára unglingum er um 4% (Douglass, Moffitt, Dar, McGee og Silva, 1995). Af fólki með árattu- og þráhyggjuröskun greinast um 15% fyrir tíu ára aldur og tæplega 60% á aldrinum tíu til 25 ára (Angst o.fl., 2004; Millet o.fl., 2004). Röskunin kemur því oftast fyrst fram fyrir 25 ára aldur og aðeins 15-20% af þeim sem greinast eru eldri en 35 ára (Maj

o.fl., 2002; Millet o.fl., 2004). Það ber að nefna að ekki eru allir sem greinast með röskunina haldnir bæði áráttu og þráhyggju. Rannsókn Welkowitz, Struening, Pittman, Guardino og Welkowitz (2000) á áráttu- og þráhyggjusjúklingum leiddi í ljós að af 3212 þátttakendum þeirra var um helmingur haldinn áráttu en ekki þráhyggju og 32% þeirra voru með þráhyggju án áráttueinkenna.

Röskunin virðist vera algengari hjá konum en körlum en samkvæmt Angst o.fl. (2004) greinast 5,4% kvenna með hana en aðeins 1,7% karla. Aðrar rannsóknir hafa þó ekki sýnt fram á jafn mikinn mun en þó er tíðni yfirleitt hærrí hjá konum (t.d. Andrews, Henderson og Hall, 2001; Kringlen, Torgersen og Cramer, 2001). Karlar greinast yfirleitt á aldrinum 6 til 15 ára en konur á aldrinum 20 til 29 ára (Angst o.fl., 2004; Foa og Franklin, 2001). Rannsóknir benda til þess að einhver kynjamunur sé á einkennum barna með áráttu- og þráhyggjuröskun (Zohar, 1999). Hjá fullorðnum eru karlar líklegri til að hafa þráhyggju tengda kynlífi, nákvæmni og samhverfu en þráhyggja kvenna er oftast tengd ofbeldi og ýgi (Lensi o.fl., 1996).

Menningarbundinn munur áráttu- og þráhyggjuröskunar er ekki mikill. Í viðamikilli rannsókn sem gerð var í sjö löndum kom í ljós að lítill munur var á milli landa varðandi tíðni, aldur þegar röskun byrjar og samslátt við aðrar raskanir (Weissman o.fl., 1994). Einkenni röskunarinnar voru þó að einhverju leyti breytileg eftir löndum sem hugsanlega má rekja til þess að einkenni séu tjáð á ólíkan hátt í mismunandi menningarsamfélögum.

Samsláttur við aðrar geðraskanir

Við skimun og greiningu á geðröskunum er notast við stöðluð viðmið á borð við greiningarskilmála DSM-IV-TR og ICD-10 þar sem ákveðinn fjöldi einkenna tiltekinnar röskunar þarf að koma fram til að greining sé gefin. Aftur á móti hafa rannsóknir sýnt að fólk greinist sjaldnast með aðeins eina geðröskun (Clark, Watson og Reynolds, 1995). Það kallast samsláttur í greiningu (*diagnostic comorbidity*) og hafa rannsóknir gefið til kynna mikinn samslátt áráttu- og þráhyggjuröskunar við aðrar geðraskanir (t.d. Hollander o.fl., 1997; Karno o.fl., 1988; Weissman o.fl., 1994). Það er því algengt að áráttu- og þráhyggjusjúklingar þjáist einnig af annarri geðröskun sem getur bent til þess að orsakir raskananna séu að miklu leyti tengdar. Þetta gerir greiningu erfiðari og þegar fólk þjáist af fleiri en einni geðröskun eru einkenni oft mun alvarlegri og meðferð getur skilað minni árangri (Brown og Barlow, 1992; Perugi o.fl., 1997). Það er því mikilvægt að samsláttur geðrasakana sé

hafður í huga þegar rannsóknir eru gerðar á áráttu- og þráhyggjuröskun og þegar hefja á meðferð.

Rannsóknir hafa bent til þess að 50-75% áráttu- og þráhyggjusjúklinga séu með að minnsta kosti eina aðra geðröskun (Raffray og Pelissolo, 2007; Swinson, Antony, Rachman og Richter, 1998) og minna en 15% þeirra greinast eingöngu með áráttu- og þráhyggjuröskun yfir ævina (Crino og Andrews, 1996). Þessar geðraskanir eru oftast lyndisraskanir (*mood disorders*) eða aðrar kvíðaraskanir (Suresh og Reddy, 2004). Um 30-50% áráttu- og þráhyggjusjúklinga þjást af þunglyndi (*major depression*) en um 15% þjást einnig af geðhvarfasýki (*bipolar depression*; Lensi o.fl., 1996; Raffray og Pelissolo, 2007). Þessar tölur eru hærrí þegar litið er á lífstíðaralgengi lyndisraskana meðal sjúklinga (Crino og Andrews, 1996).

Samsláttur við aðrar kvíðaraskanir er einnig mikill þar sem áráttu- og þráhyggjusjúklingar greinast oft með eða finna fyrir einkennum annarra kvíðaraskana. Algengastur er samsláttur við félagsfælni sem er um 35-40% en um 20% við aðrar tegundir fælni (Crino og Andrews, 1996; Swinson o.fl., 1998). Þrátt fyrir að áráttu- og þráhyggjusjúklingar greinist oftar en ekki með aðra geðröskun þá er þessu ekki öfugt farið. Mun sjaldgæfara er að fólk með aðrar kvíðaraskanir eða þunglyndi sé einnig með einkenni áráttu- og þráhyggjuröskunar (Brown, Moras, Zinbarg og Barlow, 1993; Crino og Andrews, 1996; Swinson o.fl. 1998). Það er því ljóst að mikill samsláttur er milli einkenna áráttu- og þráhyggjuröskunar og annarra geðraskana en það getur skapað vandamál þegar búa á til mælitæki fyrir röskunina.

Kenningar

Ýmsar kenningar hafa verið settar fram um orsakir áráttu- og þráhyggjuröskunar en þær helstu eru líffræðilegar, hugrænar eða eftir atferlislíkani. Upphaf líffræðilegra kenninga má líklega rekja til þess þegar tengsl fundust milli áráttu- og þráhyggjueinkenna og ýmissa taugasjúkdóma eins og Parkinsonsveiki (Stein, 2002). Þær gera ráð fyrir að röskunin sé tilkomin vegna taugalíffræðilegra galla í þeim svæðum heilans sem sjá um stjórnunarfærni (*executive function*) og minni (Clark, 2004; Stein, 2002). Meðal annars hefur fundist aukin virkni í ákveðnum hluta framheilabarkar og rófukjarna (*caudate nucleus*) (Stein, 2002) en rýrnun á öðrum stöðum eins og stúku (*thalamus*). Fjölskyldurannsóknir hafa einnig leitt í ljós að gen virðast hafa áhrif á næmi einstaklinga fyrir áráttu- og þráhyggjuröskun (Hettema, Neale og Kendler, 2001; Jenike, 2004; Nolen-Hoeksema, 2008). Fólk sem á fyrstu

gráðu ættingja með röskunina er um 10% líklegra til að þróa hana með sér en aðrir (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen og Leckman, 1995). Þegar samsvörunarhlutfall (*concordance rate*) tvíbura var athugað kom í ljós að það er um 80-87% hjá eineggja tvíbúrum en um 47-50% hjá tvíeggja tvíbúrum (Carey og Gottesman, 2000).

Hugrænar kenningar ganga út frá því að einkenni árátta- og þráhyggjuröskunar megi skýra með hugrænum ferlum og huglægu mati fólks (McNally, 2001; Scherer, 1999). Hægt er að skipta kenningunum gróflega í tvennt. Annars vegar gera þær ráð fyrir að orsök röskunarinnar sé að finna í skekkjum í hugrænni úrvinnslu og hins vegar að hún sé tilkomin vegna hugsanavillna og skekkna í huglægu mati (Frost og Steketee, 2002). Reed (1985) gerði ráð fyrir að árátta- og þráhyggjusjúklingar ættu erfitt með að vinna með reynslu og minningar og að það leiddi til efasemda, óákveðni og ákveðinnar áráttahegðunar eins og að athuga sama hlutinn aftur og aftur. Líkan Beck (1976) hefur aftur á móti fengið hvað mesta athygli (Frost og Steketee, 2002) en það gengur út á að mismunandi gerðir og einkenni geðrasakana stafi af mismunandi hugsanavillum. Samkvæmt útgáfu Salkovskis (1985) af líkaninu skiptir ábyrgðarkennd höfuðmáli í árátta- og þráhyggjuröskun. Með kenningu sinni reynir hann að útskýra röskunina þannig að til að byrja með fær sjúklingur ákveðna hugmynd eins og að meiða barnið sitt. Hugmyndin getur orðið að þráhyggju ef hann trúir því að hún geti haft raunverulegar afleiðingar sem hann beri ábyrgð á. Þessi hugsanavilla getur leitt til kvíða og orðið til þess að viðkomandi reyni að koma í veg fyrir hugmyndina á einhvern hátt. Sú leið sem valin er getur svo orðið að árátta.

Útskýringar byggðar á atferlishugmyndum (t.d. Rachman og Hodgson, 1980) urðu vinsælar meðal annars vegna þess að ýmsar meðferðir sem byggja á þeim hafa reynst mjög vel við meðhöndlun árátta- og þráhyggjuröskunar (Frost og Steketee, 2002). Atferliskenningar byggjast á því að hræðsla sé tilkomin með tengslanámi með klassískri skilyrðingu og sé viðhaldið með virkri skilyrðingu í formi forðunarhegðunar. Þannig getur sá sem er með hreinsunarárátta verið með skilyrtan ótta við sýkingu eða óhreinindi. Með því að forðast óhreinindi og með endurteknum þrifum hverfur eða minnkar kvíðatilfinningin. Viðkomandi getur ekki vanist áreitinu sem verður til þess að hræðslan hverfur ekki og árátta- og þráhyggjuröskunin viðhelst (Frost og Steketee, 2002). Clark (2004) greinir frá rannsóknum sem styðja

margar af skýringum atferlissinna en það eru þó nokkur atriði sem ekki hafa fengið stuðning rannsókna. Atferliskenningar hafa ekki getað skýrt nægilega vel eðli þráhyggju og hvernig hún verður til. Ekki hefur verið sýnt fram á að þráhyggja verði til við slæman atburð eða lífsreynslu og líkanið getur ekki útskýrt tilvist þráhyggju sem ekki veldur kvíða (Clark, 2004).

Meðferðir

Oft getur það tekið fólk mörg ár að fá viðeigandi meðferð við áráttu- og þráhyggjuröskun. Í rannsókn sem Jenike (2004) gerði liðu að meðaltali 17 ár frá tilkomu sjúkdóms þar til meðferð var hafin. Mest hefur verið notast við lyfjameðferð eða hugræna atferlismeðferð en sú meðferð sem skilað hefur hvað bestum árangri er einhverskonar samsetning af þessum tveimur meðferðum (Jenike, 2004).

Þrátt fyrir að áráttu- og þráhyggjuröskun sé í flokki kvíðaraskana virðast lyf sem virka á aðrar kvíðaraskanir ekki gagnast sjúklingum með áráttu- og kvíðaröskun (Nolen-Hoeksema, 2008). Þetta gefur til kynna að röskunin sé að einhverju leyti frábrugðin öðrum kvíðaröskunum. Aftur á móti draga þunglyndislyf úr einkennum áráttu- og þráhyggjuröskunar (Abramowitz, 1997). Þessi lyf hafa áhrif á taugaboðefnið serotonin og hafa 50-80% sjúklinga sýnt minni einkenni við notkun þessara lyfja samanborðið við 5% þeirra sem fá lyfleysu í sumum rannsóknum (March o.fl., 1998; Riddle o.fl., 2001). Einkenni sjúklinga minnka þó aðeins um 40-50% og lyfin hafa ekki áhrif á alla. Einnig hafa lyfin miklar aukaverkanir og margir falla aftur í sama farið eftir að notkun er hætt (Nolen-Hoeksema, 2008).

Hugræn atferlismeðferð við áráttu- og þráhyggjuröskun gengur út á að setja sjúklinginn í aðstæður sem valda honum kvíða en koma í veg fyrir að hann geti framkvæmt áráttuhegðunina (Foa og Franklin, 2001; Marks og Swinson, 1992). Þetta á að venja hann við þráhugsunina, eða áreitið sem orsakar hana, svo hún vekir smám saman minni kvíðatilfinningu. Meðferðir af þessum toga geta minnkað einkenni áráttu- og þráhyggjusjúklinga í 60-90% tilvika og getur árangur þeirra viðhaldist í allt að sex ár (Abramowitz, 1997; Foa og Franklin, 2001; Steketee og Frost, 2003). Gallinn við þær er þó sá að þær virka ekki á allar tegundir áráttu og þráhyggju (Foa og Franklin, 2001).

Matstæki

Margs konar aðferðir eru notaðar við mat á áráttu- og þráhyggjuröskum. Meðal þeirra aðferða sem notast hefur verið við má nefna klínísk viðtöl (*clinical interviews*), klíníska kvarða sem lagðir eru fyrir af fagaðilum (*clinician administered inventories*), atferlisathuganir (*behavioral observation*) og sjálfsmatskvarða (Gallant, Sloman og Stoarch, 2007). Vegna þess hversu mörg mælitæki hafa verið búin til á síðustu árum er ekki unnt að vera með tæmandi umfjöllun um þau hér. Meðal þeirra sjálfsmatskvarða sem búnir hafa verið til á síðasta áratugnum má nefna Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI; Rachman og Hodgson, 1980), Padua Inventory (PI; Sanavio, 1988) og endurútgáfu hans, Padua Inventory-Washington State University Revision (PI-WSUR; Burns, Koertge, Formea og Sternberger, 1996). Umfjöllun hér mun einskorðast við þau mælitæki sem notuð voru í rannsókninni en það voru sjálfsmatsspurningalistarnir OCI-R, Y-BOCS-SR og DOCS.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Self Report (Y-BOCS-SR)

Yale-Brown áráttu og þráhyggjukvarðinn (Y-BOCS; Goodman o.fl., 1989a; Goodman o.fl., 1989b) var hannaður til að koma til móts við galla í öðrum matskvörðum á röskuninni. Markmiðið var ekki að búa til greiningartæki heldur var ætlunin að búa til mælitæki fyrir alvarleika einkenna til að meta árangur meðferðar (Goodman o.fl., 1989a). Upphaflega útgáfan var í viðtalsformi þar sem rannsóknir höfðu sýnt að sjálfsmatskvarðar sem lagðir voru fyrir fólk með alvarlega röskun sýndu lélega fylgni við aðrar hlutbundnari mælingar (Goodman o.fl., 1989a). Fyrri hluti viðtalsins snýr að einkennum og er svarandi beðinn um að gefa til kynna þau þrjú áráttu- og þráhyggjueinkenni sem hafa valdið mestri vanlíðan. Að því loknu koma spurningar þar sem alvarleiki einkenna er metinn. Listinn inniheldur 15 einkennaflokka til að aðgreina tegundir áráttu og þráhyggju. Á eftir þeim koma 16 atriði sem snúa að alvarleika einkenna en listanum var ætlað að meta alvarleika röskunar óháð tegund og fjölda áráttu- og þráhyggjueinkenna. Alvarleiki röskunar er þó aðeins metinn með fyrstu tíu atriðunum þar sem hin sex hafa ekki fengið nægilegan stuðning í rannsóknum á áráttu- og þráhyggjuröskun (Goodman o.fl., 1989a). Alvarleiki er metinn á fimm víddum og eru þráhyggja (atriði 1-5) og árátta (atriði 6 til 10) metin hvor í sínu lagi. Heildaralvarleiki reiknast á bilinu 0 til 40.

Y-BOCS kvarðinn í viðtalsformi er tímafrekur í fyrirlögn og því voru fljótlega búnar til styttri útgáfur af honum. Ein af þeim er sjálfsmatsspurningalistinn Y-BOCS-SR (Baer, 1991) sem notast var við í þessari rannsókn. Helsti munurinn á honum og upphaflegu útgáfunni er að Y-BOCS-SR er spurningalisti þar sem fólk svarar sjálf. Rannsókn Steketee, Frost og Bogart (1996) gaf til kynna að samræmi sé á milli listans í viðtalsformi og sem sjálfsmatsspurningalista, bæði hvað varðar próffræðilega eiginleika og mat á alvarleika röskunar. Fyrri hluti spurningalistans snýr að einkennum og svo er svarandi beðinn um að gefa til kynna hvaða tvær þráhugsanir og tvenns konar áráttuhegðun ollu mestu uppnámi. Að því loknu koma spurningar þar sem alvarleiki einkenna er metinn. Fjöldi atriða sem meta einkenni er 58 en listinn inniheldur sömu 15 einkennaflokka og sama alvarleikakvarða og upprunalegi listinn. Með Y-BOCS-SR eru sú þráhyggja og sú árátta sem eru hvað mest áberandi greindar og alvarleiki þeirra síðan metinn. Svarandi gefur til kynna hvort hvert og eitt atriði sé til staðar í hans tilfelli eða ekki. Að því loknu eru þau einkenni sem hann telur hafa verið mest áberandi metin á tíu atriða kvarða þar sem fyrstu fimm snúa að þráhyggju og seinni fimm snúa að árátta. Atriðin tíu meta alvarleika á fimm víddum: (1) tími sem eytt er í einkenni; (2) truflun á daglegri virkni; (3) áhyggjur sem einkenni valda; (4) mótþrói gegn einkennum og (5) stjórn á einkennum.

Próffræðilegir eiginleikar Y-BOCS-SR

Fjöl margar rannsóknir hafa verið gerðar á próffræðilegum eiginleikum alvarleikahluta Y-BOCS-SR en ósamræmis hefur gætt í niðurstöðunum. Til dæmis hafa ekki allar rannsóknir gefið til kynna jafn hreina skiptingu á milli árátta og þráhyggju og listinn gerir ráð fyrir (Ólafsson, Snorrason og Smári, 2010). Rannsókn Grabill o.fl. (2008) sýndi fram á góða próffræðilega eiginleika og sumar rannsóknir styðja upprunalegu tveggja þátta skiptinguna milli árátta og þráhyggju (McKay, Danyko, Neziroglu og Yaryura-Tobias, 1995; Storch o.fl., 2005). Aðrar rannsóknir gefa aftur á móti til kynna aðrar þáttalausnir atriða á alvarleikakvarðanum (Amir, Foa og Coles, 1997; Moritz o.fl., 2002). Bent hefur verið á að hugsanlega sé þetta misræmi tilkomið vegna lítilla úrtaka eða vegna þess að sum atriði hafi ekki nægilega góða próffræðilega eiginleika (McKay o.fl., 1995).

Ólafsson o.fl. (2010) gerðu rannsókn á próffræðilegum eiginleikum listans í íslenskri þýðingu. Þar var notast við 427 nemenda úrtak úr Háskóla Íslands og þegar

á heildina er lítið voru niðurstöður þeirra góðar. Þeir skoðuðu meðal annars þáttabyggingu alvarleikahluta Y-BOCS-SR þar sem bornar voru saman nokkrar þáttalausnir sem höfðu fengist í fyrri rannsóknum. Samanburðurinn var á eins þáttar lausn, hefðbundinni tveggja þátta laus McKay o.fl. (1995), öðrum tveggja þátta lausnum (Amir o.fl., 1997; Deacon og Abramowitz, 2005) og þriggja þátta lausn (Moritz o.fl., 2002). Niðurstaðan var að tveggja þátta lausn McKay o.fl. (1995) og þriggja þátta lausn Moritz o.fl. (2002) komu best út en lítil munur var á milli þeirra.

Rannsóknir á einkennakvarða Y-BOCS-SR hafa að öllu jöfnu verið gerðar með þáttagreiningu en niðurstöður þeirra hafa verið mismunandi. Ýmist hafa fundist þrjár þættir (Baer, 1994), fjórir þættir (Bloch o.fl., 2008) eða fimm þættir (Wu, Watson og Clark, 2007). Ólafsson o.fl. (2010) skoðuðu fimm slík líkön en fimm þátta líkan Wu o.fl. (2007) kom best út. Wu o.fl. (2007) höfðu búið til nýja svarmöguleika á einkennakvarðanum þar sem þeir breyttu hinum hefðbundna gátlista í fimm punkta kvarða frá 0 upp í 4. Með kvarðanum gefa svarendur til kynna hversu sammála eða ósammála þeir eru staðhæfingunum á einkennalistanum. Þeir þáttagreindu einkennaþætti listans og kom fimm þátta lausn best út. Einkennaþættirnir skiptust á eftirfarandi hátt: (1) þráhyggja tengd ýgi, kynlífi og trúarbrögðum; (2) árátta tengd athugun og endurtekningu og þráhyggja sem beinist að líkamanum; (3) þráhyggja tengd samhverfu og árátta tengd skipulagi og talningu; (4) mengunarþráhyggja og þvottaárátta og (5) árátta og þráhyggja varðandi söfnun. Wu og félagar gáfu þáttunum eftirfarandi heiti: (1) hrein þráhyggja; (2) athugun; (3) uppröðun; (4) mengun/þvottur og (5) söfnun. Þegar einkennaþættir Wu o.fl. (2007) voru bornir saman við sambærilega undirkvarða OCI-R listans var fylgnin á bilinu 0,33 til 0,52 (Ólafsson o.fl., 2010).

Helsti galli Y-BOCS-SR listans er aðgreiningaréttmæti á milli einstaklinga með árátta- og þráhyggjuröskun og einstaklinga með aðrar geðraskanir. Rannsóknir hafa sýnt fram á háa fylgni við mælingar á öðrum kvíðaröskunum og þunglyndi (Goodman o.fl., 1989b; Woody o.fl., 1995). Y-BOCS-SR hefur þó sýnt fram á góðan endurprófunararéiðanleika og samleitniréttmæti (Grabill o.fl., 2008; Schaible, Armbrust og Nutzinger, 2001).

Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)

OCI-R listinn (Foa o.fl., 2002) er styttri útgáfa af OCI spurningalistaum (Foa, Kozak, Salkovskis, Cole og Amir, 1998). Upprunalegi listinn innihélt 42 atriði með sjö undirkvörðum og skiptist listinn upp í mat á tíðni einkenna annars vegar og mat á vanlíðan vegna einkenna hins vegar. Í rannóknum kom í ljós að fylgni milli tíðni- og vanlíðunarkvarðanna var há (Smári, Ólason, Eyþórsdóttir og Frölunde, 2007) ásamt því að fyrirlögn listans var tímafrek. Þetta ásamt því að fjöldi atriða hvers undirkvarða var mismunandi leiddi til þróunar OCI-R listans. Hann var þróaður eftir þáttgreiningu á upprunalega listanum (Huppert o.fl., 2007). Útkoman var 18 atriða sjálfsmatsspurningalisti þar sem notast er við fimm punkta Likert kvarða við mat á þeim óþægindum sem einkennin valda svaranda undanfarinn mánuð. Listinn inniheldur sex undirkvarða sem meta þvotta-, athugunar-, skipulags- og söfnunaráráttu, hlutleysingarhegðun (*neutralizing behavior*) og þráhugsanir. Listinn gefur af sér heildarskor sem er mat á alvarleika áráttu- og þráhyggjuröskunar þar sem miðað er við algengustu einkenni röskunarinnar á meðal sjúklinga (Huppert o.fl., 2007). Huppert o.fl. (2007) bentu á að helstu kostir listans væru hversu stuttur hann er og auðveldur í fyrirlögn. Clark, Antony, Beck, Swinson og Steer (2005) töldu aftur á móti að hugsanlega gæti það hversu stuttur listinn er bitnað á réttmæti hans og þá sérstaklega þegar kemur að því að greina á milli undirflokka röskunarinnar. Í ljósi fjölbreytileika áráttu- og þráhyggjuröskunar er það mjög líklega rétt þar sem OCI-R inniheldur einungis 18 atriði og hver þáttur er metinn með aðeins þremur atriðum. Það getur því verið að mælingin sé ekki nægilega nákvæm eða yfirgripsmikil (Abramowitz o.fl., 2010).

Próffræðilegir eiginleikar OCI-R

Hajcak, Huppert, Simons og Foa (2004) rannsökuðu próffræðilega eiginleika OCI-R í úrtaki nemenda. Niðurstöður þeirra voru að listinn væri með gott samleitni- og aðgreiningarréttmæti. Þeir fengu einnig út sex stöðuga þætti í samræmi við undirkvarða listans og endurprófunaráreiðanleiki listans var góður. Svipaðar niðurstöður fengust í rannsókn Abramowitz o.fl. (2006) ásamt því að aðgreiningarréttmæti listans reyndist gott. Huppert o.fl. (2007) gerðu einnig rannsókn til að meta próffræðilega eiginleika listans í 186 manna úrtaki fólks sem hafði verið greint með áráttu- og þráhyggjuröskun. Markmiðið var að skoða þáttabyggingu

listans og meta innra samræmi ásamt samleitni- og aðgreiningarréttmæti undirkvarðanna. Tilgáta rannsóknarinnar var að ef alvarleiki röskunar einstaklings væri metinn mikill á einum undirkvarða Y-BOCS ætti alvarleikinn að vera metinn mikill á samsvarandi undirkvarða OCI-R. Þannig ætti að vera fylgni á milli samsvarandi undirkvarða listanna.

Niðurstöður voru í samræmi við rannsókn Foa o.fl. (2002) og gáfu til kynna góðan innri áreiðanleika ásamt samleitni- og aðgreiningarréttmæti. Stuðningur fékkst við undirþættina sex með staðfestandi þáttgreiningu (*confirmatory factor analysis*) og fylgni milli þáttanna sex var í meðallagi. Það bendir til að þeir mæli aðskilin atriði sem eru þó tengd að einhverju leyti. Einnig var áreiðanleiki undirkvarðanna góður í úrtakinu sem gefur til kynna að stöðugleiki þeirra sé góður. Sá undirkvarði sem mældist með lægstan áreiðanleika var það sem snéri að hlutleysingu (*neutralizing*). Talið var að ástæða þess væri sú að inntak þeirra atriða sem undirkvarðinn samanstendur af væri ólíkt hinum undirkvörðunum en þau virðast innihalda einsleitari atriði sem meta svipaða hluti. Lagt hefur verið til að undirkvarðinn sé fjarlægður úr listanum (Watson og Wu, 2005) en Huppert o.fl. (2007) telja að til þess að ná betur yfir breytileika í einkennum árattu- og þráhyggjuröskunar sé frekari þróun atriða innan þess betri kostur. Þeir fundu einnig stuðning við aðgreiningarréttmæti undirkvarðans sem mælir söfnunarárattu. Grisham, Brown, Liverant og Campell-Skill (2005) höfðu þó áður bent á að það þýddi ekki að söfnunaráratta væri hluti af árattu- og þráhyggjuröskun. Það þýddi einungis að prófið greindi á milli þeirra sem eru með söfnunarárattu og hinna sem ekki eru með hana. Foa o.fl. (1998, 2002) sýndu að árattu- og þráhyggjusjúklingar mældust ekki hærrí á undirkvarða söfnunarárattu miðað við samanburðarhóp.

Einnig hefur verið gerð próffræðileg rannsókn á OCI-R í íslenski þýðingu (Smári o.fl., 2007). Hún var gerð á 816 nemendum við Háskóla Íslands og bentu niðurstöður hennar til góðra próffræðilegra eiginleika. Í rannsókninni fékkst besta þáttalausnin með sex þáttum sem voru í samræmi við undirkvarða ensku útgáfunnar. Innri áreiðanleiki undirkvarðanna var góður að undanskildu þess sem meta á hlutleysingu. Samleitni- og aðgreiningarréttmæti listans var skoðað með því að bera saman fylgni hans við MOCI og PI-WSUR og sýndu niðurstöður stuðning við réttmæti listans.

Annmarkar á matstækjum

Þrátt fyrir vinsældir sjálfsmatsspurningalista við mat á einkennum áráttu- og þráhyggjuröskunar, hefur verið bent á að þeir hafa ýmsa annmarka. Einn felst í því að sum mælitæki eru hönnuð þannig að fjöldi einkenna hefur mikil áhrif á alvarleikamat á einkennum svarenda. Þar má nefna OCI-R, PI, VOCI (*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*; Thordarson o.fl., 2004) og SCOPI (*Schedule of Obsessions, Compulsions, and Pathological Impulses*; Watson og Wu, 2005). Þannig er fólk sem sýnir mörg og mismunandi einkenni áráttu og þráhyggju metið með alvarlegri röskun en fólk sem sýnir færri og fábreyttari einkenni. Það hefur verið sýnt fram á að alvarleiki röskunar er óháður fjölda einkenna (McKay o.fl., 2004). Alvarleiki áráttu- og þráhyggjuröskunar getur því verið mikill og röskunin valdið mikilli truflun á daglegri virkni þó að einkenni séu fá.

Misleitni og fjölbreytileiki áráttu- og þráhyggjueinkenna og það hversu persónubundin þau eru gera að verkum að listar geta ekki innihaldið öll möguleg einkenni án þess að verða of langir og ómeðfærilegir. Þannig þurfa höfundar matstækja að velja og hafna hvaða einkenni þeir hafa með. Alvarleiki röskunar getur því verið ofmetinn hjá fólki sem er með þau einkenni sem koma fram á listanum en vanmetinn þegar þátttakendur eru með einkenni sem mælitækið nær ekki yfir.

Annað vandamál tengist því á hve mörgum víddum mælitæki meta alvarleika röskunar. Til dæmis metur OCI-R alvarleika röskunar aðeins út frá því að hve miklu leyti ákveðin atriði hafa þjakað viðkomandi eða valdið honum óþægindum síðastliðinn mánuð. Þetta er augljós galli og er raunin sú að alvarleika áráttu- og þráhyggjuröskunar þarf að meta á fleiri víddum (Deacon og Abramowitz, 2005). Sem dæmi um alvarleikavíddir má nefna kvíða sem einkenni valda, tíma sem röskun tekur frá viðkomandi daglega, truflun á daglegu lífi og fleira.

Sumir listar byggjast á þeirri grundvallarforsendu að árátta og þráhyggja séu aðgreind fyrirbæri og meta því þessar einkennategundir á aðskildum þáttum. Aftur á móti hafa rannsóknir gefið til kynna að ákveðnar tegundir áráttu fari oft saman með ákveðnum tegundum þráhyggju og sé því best að skoða röskunina með einkennavíddum sem hafa svipað innihald (Mataix-Cols o.fl., 2005; McKay o.fl., 2004). Tengsl milli áráttu- og þráhyggjueinkenna koma ekki nægilega skýrt fram þegar notast er við lista þar sem árátta og þráhyggja eru aðskilin og einkenni aðeins mæld á einni vídd (Deacon og Abramowitz, 2005; McKay, Neziroglu, Stevens og Yaryura-Tobias, 1998).

Mismunandi hefur verið milli mælitækja hvort forðunarhegðun og söfnunarárátta séu tekin til greina eða ekki. Fólk með áráttu- og þráhyggjuröskun er mjög líklegt til að sýna einhverskonar forðunarhegðun þar sem það forðast aðstæður eða áreiti sem gætu vakið upp þráhyggju og þannig valdið þeim kvíða (Rachman, 2002). Þannig getur forðunarhegðun leikið stórt hlutverk í þeirri truflun sem áráttu- og þráhyggjuröskun veldur. Þrátt fyrir það er hún undanskilin í mörgum listum eins og OCI-R og Y-BOCS og getur það gefið ranga mynd af alvarleika tilfellis (Abramowitz o.fl., 2010). Umdeilt hefur verið hvort söfnunarárátta sé hluti af áráttu- og þráhyggjuröskun en eins og áður hefur komið fram, benda rannsóknir til þess að svo sé ekki (t.d. Abramowitz o.fl., 2006; Frost o.fl., 2000; Rachman, Elliott, Shafran og Radomsky, 2009; Wheaton o.fl., 2008). Bæði OCI-R og Y-BOCS meta söfnunarárátta sem hluta af röskuninni og geta því ofmetið einkenni áráttu- og þráhyggjusjúklinga sem einnig sýna söfnunahegðun.

Þessa galla voru Abramowitz o.fl. (2010) með í huga við gerð DOCS listans sem nú verður verður skýrt frá.

Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS)

DOCS spurningalistinn (Abramowitz o.fl., 2010) var búinn til með það markmið að koma til móts við fyrrnefnda annmarka þannig að listinn innihéldi atriði sem myndu meta einkenni og alvarleika áráttu- og þráhyggjuröskunar á stöðugum víddum. Einkennaavíddirnar fjórar sem notast var við voru þær sem meðal annars Mataix-Cols o.fl. (2005) höfðu fundið með formgerðargreiningu (*structural analysis*). Í stað þess að innihalda alvarleikamat á sérstökum tegundum áráttu og þráhyggju var alvarleiki hverrar einkenaavíddar metinn með nokkrum alvarleikavíddum (þar á meðal forðunarhegðun). Þetta var gert þannig að alvarleiki röskunarinnar væri metinn óháð tegund og fjölda einkenna. Upphaflegu atriðin voru samin og valin af Deacon og Abramowitz (2005) en upprunalegi listinn var sendur til hóps sérfræðinga um áráttu- og þráhyggjuröskun ásamt hópi sérfræðinga í próffræðilegum mælingum. Þessir hópar voru beðnir að gefa álit sitt á atriðum listans og benda á mögulegar endurbætur. Skýrleiki og læsileiki atriðanna var einnig metinn af fólki með áráttu- og þráhyggjuröskun (Abramowitz o.fl., 2010).

Afraksturinn var 20 atriða sjálfsmatsspurningalistimeð fimm atriðum sem tengjast hverri af þeim fjórum stöðugustu víddum sem rannsóknir hafa sýnt fram á: (1) þráhyggja tengd sýklum, óhreinindum og mengun ásamt þvotta- og þrifaráttu; (2)

þráhyggja varðandi ábyrgð og hræðslu um að valda einhverjum skaða ásamt athugunaráráttu; (3) þráhyggja sem felst í óásættanlegum hugsunum um ýmsa hluti ásamt áráttu sem ætlað er að draga úr eða eyða þessum hugsunum; (4) þráhyggja varðandi skipulag og samhverfu ásamt uppröðunaráráttu (Abramowitz, 2010; Mataix-Cols o.fl., 2005). Í samræmi við nýlegar rannsóknir (t.d. Frost o.fl., 2000; Wheaton o.fl., 2008) var söfnunarárátta ekki innifalin í spurningalistanum (Abramowitz o.fl., 2010).

Með formgerðargreiningu hafa einnig fundist fimm alvarleikavíddir sem eru með fylgni við einkenni áráttu- og þráhyggjuröskunar og voru þessar víddir notaðar í alvarleikakvarða listans (Deacon og Abramowitz, 2005). Alvarleikavíddirnar fimm eru: (1) tími sem fólk eyðir í þráhyggju eða áráttuhegðun; (2) forðunarhegðun þar sem fólk forðast ákveðna hluti eða aðstæður; (3) vanlíðan sem fólk finnur fyrir vegna þráhugsana eða áráttuhegðunar og (4) hversu erfitt fólk reynist að hunsa þráhugsanir og hafa stjórn á áráttuhegðun (Abramowitz o.fl., 2010). Í listanum er alvarleiki metinn út frá upplifun fólks síðastliðinn mánuð. Þessi tímarammi var fyrst og fremst valinn til þess að vera í samræmi við önnur mælitæki sem notuð eru á borð við OCI-R (Abramowitz o.fl., 2010). Til þessa að gera alvarleikamælingar listans eins nákvæmar og hægt var voru spurningarnar orðaðar þannig að þær ættu alltaf við þá vídd sem þær voru að mæla. Til þess að fólk átti sig örugglega á þeirri tegund áráttu og þráhyggju sem hver einkennavídd inniheldur er höfð stutt lýsing á nokkrum dæmum þráhugsana og áráttuhegðunar sem eiga við hverja vídd. Með þessu er gefið færi á að meta alvarleika einkenna án þess að krefjast þess að tiltekin einkenni séu nefnd í spurningum listans (Abramowitz o.fl., 2010).

Próffræðilegir eiginleikar DOCS

Með þróun listans að leiðarljósi gerðu Abramowitz o.fl. (2010) próffræðilega rannsókn á DOCS listanum. Þátttakendur í rannsókninni voru sjúklingar sem greinst höfðu með áráttu- og þráhyggjuröskun, sjúklingar með aðrar kvíðaraskanir og nemendaúrtak til samanburðar. Tilgátur þeirra voru að DOCS gæfi af sér fjóra þætti þar sem hver þáttur ætti við mismunandi vídd áráttu- og þráhyggjueinkenna. Bæði leitandi og staðfestandi þáttagreining á niðurstöðum allra hópa gáfu skýra fjögurra þátta lausn. Í rannsókninni kom einnig í ljós hátt innra samræmi spurningalistans í heild ásamt hverri vídd hans fyrir sig. Endurprófunaréiðanleiki listans var einnig hár. Samleitniréttmæti listans mældist gott þar sem fylgni hans við aðrar áráttu- og

Þráhyggjumælingar var á bilinu 0,54 til 0,71. Einnig benti fylgni listans við mælingar á öðrum kvíðaröskunum (0,08 til 0,52) til þess að aðgreiningarréttmæti listans væri gott.

Fylgni milli undirkvarða OCI-R og vídda DOCS var skoðuð og var samræmi á milli samsvarandi þátta listanna. Fylgni milli vídda DOCS sem meta óásættanlegar hugsanir og mengun við samsvarandi undirkvarða OCI-R var há (0,57 til 0,88) í öllum hópum rannsóknarinnar. Fylgni vídda DOCS sem meta ábyrgð og samhverfu var há (0,50 til 0,67) við samsvarandi undirkvarða OCI-R bæði í nemendaúrtakinu og úrtaki sjúklinga með áráttu- og þráhyggjuröskun. Aftur á móti var fylgni þeirra lægri (0,39 til 0,47) í úrtaki sjúklinga með aðrar kvíðaraskanir. Lág fylgni (0,02 til 0,47) var alltaf milli vídda DOCS og ósamsvarandi undirkvarða OCI-R í úrtaki nemenda og sjúklinga með áráttu- og þráhyggjuröskun sem gefur til kynna aðgreiningarréttmæti DOCS listans. Aftur á móti var fylgni víddar DOCS sem snýr að samhverfu há (0,60 til 0,64) við tvo ósamsvarandi undirkvarða OCI-R í úrtaki sjúklinga með aðrar kvíðarasakanir en áráttu- og þráhyggjursökun. Það voru undirkvarðarnir sem eiga að meta athugun og hlutleysingu. Fyrir utan það var fylgni ósamsvarandi vídda DOCS og undirkvarða OCI-R lág (0,02 til 0,49) hjá úrtaki sjúklinga með aðrar kvíðaraskanir.

Ennfremur sýndi marktektarpróf að munurinn á fylgni milli vídda mengunar og óásættanlegra hugsana á DOCS við samsvarandi undirkvarða OCI-R var marktækt hærri en fylgni þeirra við undirkvarða sem voru ekki samsvarandi. Í nemendaúrtakinu og úrtaki sjúklinga með aðrar kvíðaraskanir var fylgni vídda samhverfu og ábyrðar á DOCS við samsvarandi undirkvarða OCI-R þó ekki marktækt hærri en fylgni þeirra við undirkvarða OCI-R sem ekki eru samsvarandi. Í rannsókn þeirra reyndist DOCS marktækt betri en OCI-R þegar greina þurfti á milli þeirra sem eru með áráttu- og þráhyggjuröskun og þeirra sem voru heilbrigðir eða með aðrar kvíðaraskanir (Abramowitz o.fl., 2010).

Samantekt og markmið

Gerð mælitækja fyrir áráttu- og þráhyggjuröskun er mikil áskorun því sökum eðlis og fjölbreytileika hennar er erfitt að búa til nægilega yfirgripsmikil mælitæki. Ef mælitæki á borð við spurningalista eiga að ná yfir allt sem fellur undir röskunina og öll þau einkenni sem hún felur í sér eiga þau á hættu að verða of löng og ómeðfærileg

eins og dæmin hafa sýnt. Of stutt mælitæki eiga aftur á móti á hættu að hafa ekki nægilegt réttmæti.

Það er því ljóst að mælitæki fyrir mat á áráttu- og þráhyggjuröskun þarf að vera hnitmiðað og tiltölulega stutt. Það þarf að vera auðvelt í fyrirlögn, hvort heldur sem um er að ræða sjálfsmat eða viðtal. Mælitækið ætti ekki að innihalda atriði tengd söfnunaráráttu en það þarf að gera ráð fyrir einkennum forðunarhegðunar. Það má ekki aðeins meta alvarleika tilfellis eftir fjölda og tegundum einkenna heldur verður að gera ráð fyrir fleiri víddum alvarleika. Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) er ætlað að uppfylla þessi skilyrði. DOCS spurningalistanum er ekki ætlað að meta sértæk einkenni heldur inniheldur hann fjórar víddir einkenna sem eru í samræmi við nýlegar rannsóknir á tengslum þráhyggju og áráttu. Listinn nær einnig yfir forðunarhegðun en söfnunarárátta er ekki metin (Abramowitz, ofl., 2010).

Hér verða próffræðilegir eiginleikar íslenskrar útgáfu af DOCS listanum skoðaðir í úrtaki nemenda. Gert var ráð fyrir að þáttgreining gæfi af sér einfalda fjögurra þátta lausn þar sem hver þáttur stæði fyrir ákveðna vídd áráttu- og þráhyggjueinkenna og að þessar víddir væru í samræmi við niðurstöður Abramowitz o.fl., (2010). Einnig var búist við að áreiðanleiki og réttmæti listans væri gott í samræmi við enska útgáfu listans.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur í rannsókninni voru nemendur við Háskóla Íslands sem stunduðu nám í eftirtöldum deildum skólans: félagsráðgjafardeild, líf- og umhverfísíndadeild, sálfræðideild og stjórn málafræðideild. Þeir voru 280 talsins og valdir af hentugleika. Kynjahlutfall var þannig að karlar voru 20,7% (n=58) og konur voru 76,8% (n=215). Sjö einstaklingar gáfu þó ekki upp kyn. Aldur þátttakenda var á bilinu 18 til 54 ár og meðalaldur var 24 ár með staðalfrávik 5,9. Karlar voru á aldrinum 19 til 54 ára og meðalaldur var 23 ár með staðalfrávik 4,7. Konur voru á aldrinum 18 til 53 ára og meðalaldur var 25 ár með staðalfrávik 6,1. Það voru þó 11 þátttakendur sem gáfu ekki upp aldur. Þátttakendur voru allir sjálfbóðaliðar og fengu ekki greitt fyrir þátttöku í rannsókninni.

Mælitæki

Þrír spurningalistar voru lagðir fyrir þátttakendur rannsóknarinnar og komu fram í eftirfarandi röð: Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS), Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) og Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Self Report (Y-BOCS-SR).

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Self-Report (Y-BOCS-SR)

Upphaflegi listinn (Y-BOCS; Goodman o.fl., 1989a, b) var í viðtalsformi og var hannaður sem mælitæki á alvarleika áráttu- og þráhyggjuröskunar til að meta árangur meðferðar. Hér var notast við stytta útgáfu hans, Y-BOCS-SR (Baer, 1991). Sýnt hefur verið fram á samræmi milli upprunalega listans og sjálfsmatsútgáfu hans varðandi próffræðilega eiginleika og mat á alvarleika einkenna (Steketee o.fl., 1996).

Y-BOCS-SR er í formi sjálfsmatsspurningalista og skiptist í tvo hluta, annars vegar einkennalista og hins vegar spurningar sem meta alvarleika einkenna. Einkennalistinn samanstendur af 58 spurningum þar sem þátttakendur eru í upphafi beðnir um að lesa stutta lýsingu og dæmi um áráttu og þráhyggju. Að því loknu eru þeir beðnir um að meta hvert atriði með því að segja til um hvort þeir hafi fundið fyrir einkennunum síðustu 30 daga eða einhverntíman áður. Ef svarendur hafa aldrei fundið fyrir tilteknu einkenni skila þeir reitunum auðum. Ef svarendur segjast hafa fundið fyrir áráttu- og/eða þráhyggjueinkennum síðustu 30 daga eru þeir beðnir um

að draga hring utan um númer þeirra tveggja þráhugsana og tvenns konar áráttuhegðunar sem ollu þeim mestu uppnámi. Þátttakendur eru beðnir að meta það út frá skilgreiningum á áráttu og þráhyggju sem þeir fengu í upphafi. Svör voru skráð þannig að ef fólk merkti í hvorugan reitinn var svarið skráð sem 0. Ef svarandi gaf til kynna að einkenni hafi verið til staðar fyrir síðastliðinn mánuð var svarið skráð sem 1. Ef gefið var til kynna að einkenni hafi verið til staðar síðastliðinn mánuð var svarið skráð sem 2. Ef svarandi merkti í báða reitina var svarið skráð sem 3.

Þegar svarendur hafa lokið við einkennalistann eru þeir beðnir um að svara spurningum sem meta alvarleika einkenna. Spurningarnar eru 10 þar sem fyrstu fimm atriðin snúa að alvarleika þráhyggju og seinni fimm að alvarleika áráttu. Atriðin tíu meta alvarleika á fimm víddum: (1) tími sem eytt er í einkenni; (2) truflun á daglegri virkni; (3) áhyggjur sem einkenni valda; (4) mótþrói gegn einkennum og (5) stjórn á einkennum. Þátttakendur eru beðnir að meta alvarleika einkenna undanfarna viku á kvarða frá 0 til 4. Hver reitur stendur fyrir stutta lýsingu sem gefur til kynna hversu alvarleg einkenni eru. Ef merkt er í reit 0 þýðir það að engin tengd vandamál séu til staðar. Ef merkt er í reit 4 þýðir það að alvarleg vandamál séu til staðar. Rannsóknir hafa gefið til kynna að listinn á ensku hafi góða próffræðilega eiginleika (Grabill o.fl., 2008; Schaible o.fl., 2001; Steketee o.fl., 1996). Ívar Snorrason, Jakob Smári og Ragnar P. Ólafsson þýddu listann úr ensku yfir á íslensku og hefur íslenska útgáfan góða próffræðilega eiginleika (Ólafsson o.fl., 2010).

Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)

OCI-R (Foa o.fl., 2002) er 18 atriða sjálfsmatskvarði sem notaður er til að meta hve miklum óþægindum áráttu- og þráhyggjueinkenni hafa valdið svaranda síðastliðinn mánuð. Hvert atriði er stutt lýsing á ákveðnu einkenni sem þátttakendur eru beðnir að meta út frá því hversu miklum óþægindum það hefur valdið. Svarmöguleikarnir eru á fimm punkta kvarða frá 0 (einkenni á alls ekki við viðkomandi) til 4 (einkenni á mjög vel við viðkomandi). Listinn gefur heildarmat á vanlíðan tengda einkennum ásamt því að meta sex undirflokka einkenna: (1) þvottur og þrif; (2) þráhyggja; (3) söfnun; (4) skipulag; (5) athugun og (6) hlutleysing. Próffræðilegir eiginleikar listans í enskri útgáfu hafa mælst góðir (Abramowitz o.fl., 2006; Huppert o.fl., 2007; Foa o.fl., 2002). Listinn var þýddur úr ensku yfir á íslensku af Ásdísi Eypórsdóttur og Jakobi Smára og hefur íslenska útgáfan góða próffræðilega eiginleika (Smári o.fl., 2007).

Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS)

DOCS (Abramowitz o.fl., 2010) er sjálfsmatskvarði þar sem teknar eru fyrir fjórar mismunandi einkennavíddir: (1) mengun, sýklar og óhreinindi; (2) skynjuð ábyrgð á skaða, meiðslum eða óhappi; (3) óásættanlegar hugsanir og (4) samhverfa, uppröðun og/eða þörf fyrir að eitthvað sé alveg eins og það á að vera. Fyrir hverja af þessum einkennavíddum er lýsing á áráttu og þráhyggju sem eru einkennandi fyrir hana. Hverri lýsingu fylgja svo fimm spurningar um reynslu viðkomandi af tiltekinni áráttu og þráhyggju. Þeim er ætlað að meta alvarleika einkenna á fimm mismunandi víddum: (1) tími eytt í þráhyggju eða áráttu; (2) forðunarhegðun, (3) kvíði og/eða vanlíðan og (4) stjórn á þráhugsunum og/eða áráttuhegðun. Svarendur eru beðnir um að miða við reynslu sína síðastliðinn mánuð. Svarmöguleikar hvernar spurningar eru á fimm punkta kvarða frá 0 (ekkert vandamál) upp í 4 (alvarlegt vandamál). Próffræðilegir eiginleikar listans á ensku reyndust góðir (Abramowitz o.fl., 2010). Listinn var þýddur úr ensku yfir á íslensku af Jóhanni B. Arngrímssyni, Páli Árnasyni og Ragnari P. Ólafssyni sem þýddu listann hver í sínu lagi áður en lokaútgáfa var gerð. Íslenska útgáfu listans má sjá í heild sinni í viðauka A.

Framkvæmd

Sótt var um leyfi til Vísindasiðanefndar og tilkynning send til Persónuverndar. Þegar tilskilin leyfi höfðu fengist var haft samband við kennara eftir hentugleika þar sem beðið var um leyfi til að leggja spurningalistana fyrir í kennslustund hjá þeim. Í kennslustund voru spurningalistarnir afhentir nemendum með leiðbeiningum og fyrirmælum. Nemendum var sagt að óskað væri eftir þátttöku þeirra í rannsókn á próffræðilegum eiginleikum þriggja spurningalista fyrir áráttu- og þráhyggjuröskun. Þeim var einnig tjáð að þeim væri heimilt að neita þátttöku eða hætta þátttöku hvenær sem þeim þóknaðist. Enn fremur var þeim tilkynnt að rannsóknin færi fram með nafnleynd og að engin leið væri að rekja svör þeirra. Rannsakendur voru viðstaddir allar fyrirlagnir til að svara spurningum sem kynnu að koma upp. Röð spurningalistanna var DOCS, OCI-R og Y-BOCS-SR.

Tölfræðileg úrvinnsla

Öll tölfræðileg úrvinnsla gagna var gerð í tölfræðiforritinu SPSS. Notast var við leitandi þáttagreiningu (*exploratory factor analysis*) með meginþáttagreiningu (*principal axis factoring*) og hornskökkum snúningi (*direct oblimin*). Leitað var að

bestu þáttalausn DOCS listans í samræmi við þróun hans og rannsókn Abramowitz o.fl. (2010). Áreiðanleiki (alfastuðull Cronbachs) listans í heild var mældur og þeirra þátta sem fengust. Notast var við fylgnistuðul Pearsons til að meta aðgreiningar- og samleitniréttmæti allra listanna í heild og undirkvarða þeirra. Við hreinsun gagna var haft það viðmið að ef þátttakandi slepti því að svara einu atriði á ákveðnum þætti var því ekki sleppt heldur sett í staðinn meðalsvar þess atriðis. Ef fleiri en eitt svar vantaði í tilteknum þætti voru svör þátttakanda tekin úr gagnasafni.

Niðurstöður

Þáttgreining DOCS og fylgni þátta

DOCS listinn var þáttgreindur með því að nota leitandi þáttgreiningu (*exploratory factor analysis*) með meginþáttgreiningu og hornskökkum snúningi. Próf Bartlett's (*Bartlett's test of sphericity*) var marktækt ($\chi^2(190) = 2726,17$, $p < 0,001$) og KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy*) var 0,90. Bæði prófin gáfu því til kynna að gögnin hentuðu til þáttgreiningar.

Með leitandi þáttgreiningu fundust fjórir þættir með eiginlegi yfir einum en samkvæmt viðmiði Kaisers skal ekki hafa þætti sem hafa eiginlegi undir einum með í lausninni (Field, 2009). Tafla 1 sýnir þáttahleðslur DOCS listans ásamt meðalhlutfalli sem þættirnir skýra samanlagt af dreifingu hvers atriðis (h^2). Atriðin í töflunni eru sett upp í sömu röð og þau koma fyrir í spurningalistanum.

Tafla 1. Þáttahleðslur atriða DOCS listans í meginþáttgreiningu með hornskökkum snúningi.

Nr.	Heiti atriðis	DOCS þættir				h^2
		Þáttur 1: Mengun	Þáttur 2: Óásættanlegar hugsanir	Þáttur 3: Samhverfa	Þáttur 4: Ábyrgð	
1.	Mengun: Tíma eytt	0,47	0,00	-0,01	-0,10	0,29
2.	Mengun: Forðun	0,73	-0,04	0,10	-0,03	0,51
3.	Mengun: Vanlíðan	0,48	-0,11	-0,08	-0,01	0,34
4.	Mengun: Truflun	0,63	-0,01	-0,03	-0,10	0,50
5.	Mengun: Stjórn	0,71	0,11	-0,09	0,08	0,48
6.	Ábyrgð: Tíma eytt	0,08	0,04	-0,02	-0,69	0,52
7.	Ábyrgð: Forðun	0,24	-0,16	-0,04	-0,43	0,51
8.	Ábyrgð: Vanlíðan	0,08	-0,05	-0,14	-0,62	0,59
9.	Ábyrgð: Truflun	0,16	-0,26	-0,08	-0,44	0,57
10.	Ábyrgð: Stjórn	0,00	-0,14	-0,07	-0,64	0,56
11.	Óásættanlegar hugsanir: Tíma eytt	0,09	-0,57	0,05	-0,11	0,43
12.	Óásættanlegar hugsanir: Forðun	0,07	-0,73	-0,07	0,06	0,59
13.	Óásættanlegar hugsanir: Vanlíðan	-0,01	-0,76	0,04	-0,04	0,58
14.	Óásættanlegar hugsanir: Truflun	-0,04	-0,82	-0,09	0,07	0,67
15.	Óásættanlegar hugsanir: Stjórn	-0,09	-0,74	-0,01	-0,07	0,56
16.	Samhverfa: Tíma eytt	-0,04	0,09	-0,68	-0,24	0,58
17.	Samhverfa: Forðun	0,07	-0,08	-0,68	0,03	0,55
18.	Samhverfa: Vanlíðan	0,12	-0,06	-0,75	0,17	0,60
19.	Samhverfa: Truflun	0,06	-0,11	-0,68	-0,03	0,62
20.	Samhverfa: Stjórn	-0,08	0,03	-0,79	-0,13	0,64

Til stuðnings við fjögurra þátta úrlausn var skoðað skriðurit sem gaf til kynna fjóra þætti (sjá viðauka B). Aðrar þáttalausnir voru athugaðar eins og þriggja og fimm þátta lausn en hvorug þeirra sýndi jafn skýra þáttabyggingu og fjöggra þátta lausnin. Þáttalausnin er því í samræmi við þróun DOCS listans og rannsókn Abramowitz o.fl. (2010). Þættirnir skýrðu samanlagt 53,4% af heildardreifingu breytanna. Fyrsti þátturinn skýrði 36,3% af dreifingu breyta, annar þáttur skýrði 8,1%, þriðji skýrði 5,7% og sá fjórði 3,3%.

Í töflu 1 sést að formgerð hleðslanna er einföld þar sem hver þáttur hefur háa hleðslu frá fimm atriðum en lága hleðslu frá hinum atriðunum. Jafnframt hafa allar breyturnar lága hleðslu á þrjá þætti en háa á einn. Þáttalausn atriðanna er því mjög skýr. Á fyrsta þáttinn hlóðust atriði tengd mengun eða smiti og á annan þáttinn atriði tengd óásættanlegum hugsunum. Á þriðja þáttinn hlóðust atriði tengd ábyrgð og á fjórða þáttinn atriði tengd samhverfu. Öll atriðin nema fjögur hafa góða hleðslu miðað við viðmið Kline (2008) sem segir að þáttahleðsla á bilinu 0,3 til 0,6 sé miðlungs en hleðsla sem er yfir 0,6 er talin góð.

Fylgni milli þáttanna fjögurra var mæld og sést í töflu 2. Í henni sést að fylgni þáttanna er alltaf yfir 0,3 sem gefur til kynna að þeir tengist innbyrðis og séu að einhverju leyti að mæla tengda hluti. Fylgnin er aftur á móti ekki það há að ætla megi að þeir meti sömu einkennin.

Tafla 2. Fylgni milli þátta DOCS listans.

	Þáttur 1: Mengun	Þáttur 2: Óásættanlegar hugsanir	Þáttur 3: Samhverfa	Þáttur 4: Ábyrgð
Þáttur 1: Mengun	-			
Þáttur 2: Óásættanlegar hugsanir	0,57**	-		
Þáttur 3: Samhverfa	0,35**	0,55**	-	
Þáttur 4: Ábyrgð	0,49**	0,56**	0,44**	-

**Fylgni er marktæk miðað við $p < 0,01$ (tveggja hala).

Meðaltöl og staðalfrávik DOCS

Í töflu 3 koma fram meðaltöl og staðalfrávik DOCS listans og undirþátta hans. Ekki var marktækur munur á meðaltölum milli kynja samkvæmt niðurstöðu t-prófa ($p > 0,05$ í öllum tilvikum) og verða niðurstöður því ekki birtar eftir kyni. Til samanburðar er hægt að skoða sömu mælingar í rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) á nemendaúrtaki þeirra. Meðaltal listans í heild var 11,9 með staðalfrávik 9,9; meðaltal mengunarviddar var 2,0 með staðalfrávik 2,9; meðaltal viddar óásættanlegra hugsana

var 3,1 með staðalfrávik 3,3; meðaltal ábyrgðarvíddar 2,9 með staðalfrávik 2,9 og loks var meðaltal samhverfuvíddar 2,3 með staðalfrávik 2,8. Eins og sjá má eru niðurstöðurnar svipaðar.

Tafla 3. Lýsandi tölfraði fyrir DOCS spurningalistann.

Listi	Hluti lista	Meðaltal	Staðalfrávik	Áreiðanleiki
DOCS	Heild	12,3	9,3	0,91
DOCS	Mengun	3,3	2,8	0,75
DOCS	Óásættanlegar hugsanir	2,8	2,8	0,86
DOCS	Ábyrgð	3,5	3,2	0,85
DOCS	Samhverfa	2,7	3,0	0,89

(n=280)

Áreiðanleiki DOCS

Í töflu 3 kemur einnig fram áreiðanleiki listans og undirþátta hans. Áreiðanleiki listans og allra undirþátta var góður en aðeins var einn undirþáttur með áreiðanleikastuðul undir 0,8. Í töflu 4 sjást áreiðanleikamælingar eftir atriðum DOCS, miðað við ef tilteknu atriði væri eytt.

Tafla 4. Innri áreiðanleiki DOCS listans í heild.

Nr.	Heiti atriðis	Leiðrétt fylgni atriðis við heild	Áreiðanleiki ef atriði er eytt
1.	Mengun: Tíma eytt	0,42	0,91
2.	Mengun: Forðun	0,49	0,91
3.	Mengun: Vanlíðan	0,50	0,91
4.	Mengun: Truflun	0,55	0,91
5.	Mengun: Stjórn	0,44	0,91
6.	Ábyrgð: Tíma eytt	0,53	0,91
7.	Ábyrgð: Forðun	0,64	0,90
8.	Ábyrgð: Vanlíðan	0,65	0,90
9.	Ábyrgð: Truflun	0,69	0,90
10.	Ábyrgð: Stjórn	0,61	0,90
11.	Óásættanlegar hugsanir: Tíma eytt	0,53	0,91
12.	Óásættanlegar hugsanir: Forðun	0,59	0,90
13.	Óásættanlegar hugsanir: Vanlíðan	0,54	0,91
14.	Óásættanlegar hugsanir: Truflun	0,57	0,90
15.	Óásættanlegar hugsanir: Stjórn	0,52	0,91
16.	Samhverfa: Tíma eytt	0,59	0,90
17.	Samhverfa: Forðun	0,59	0,90
18.	Samhverfa: Vanlíðan	0,55	0,91
19.	Samhverfa: Truflun	0,65	0,90
20.	Samhverfa: Stjórn	0,60	0,90

Innri áreiðanleiki DOCS listans var metinn með alfastuðli Cronbach. Enn fremur var innri áreiðanleiki listans metinn með því að skoða áreiðanleika listans ef hvert atriði væri ekki tekið með. Innri áreiðanleiki listans í heild var góður ($\alpha=0,91$). Í aftasta dálki töflunnar sést að öll atriðin eiga heima í listanum þar sem áreiðanleikinn eykst ekki þó að þau væru fjarlægð. Í töflunni sést einnig leiðrétt fylgni fyrir hvert atriði DOCS ef það væri fjarlægt úr heildartölu listans. Fylgnin fyrir hvert atriði við heildarskor (ef það væri ekki tekið með við útreikning skorsins) nær frá 0,42 til 0,69. Atriðin hafa því flest nokkuð góða fylgni við listann í heild fyrir utan atriði 1, 2 og 5 sem eru með fylgni undir 0,5.

Einnig voru gerðar áreiðanleikamælingar fyrir þættina fjóra sem fengust með þáttagreiningu listans. Hvert atriði er með númer eftir þeirri röð sem það birtist í listanum en þættirnir verða birtir eftir því hversu mikinn breytileika í dreifingu gagnanna þeir skýra. Í töflu 5 sést mat á innri áreiðanleika fyrsta þáttar DOCS.

Tafla 5. Innri áreiðanleiki fyrsta þáttar DOCS (Mengun).

Nr.	Heiti atriðis	Leiðrétt fylgni atriðis við heild	Áreiðanleiki ef atriði er eytt
1.	Mengun: Tíma eytt	0,43	0,73
2.	Mengun: Forðun	0,58	0,68
3.	Mengun: Vanlíðan	0,48	0,75
4.	Mengun: Truflun	0,60	0,69
5.	Mengun: Stjórn	0,60	0,68

Í töflu 5 sjást áreiðanleikastuðlar fyrir þann þátt sem snýr að einkennum tengdum mengun og smiti. Innri áreiðanleiki þáttarins mældis $\alpha=0,75$ og í aftasta dálknum sést að innri áreiðanleiki þáttarins hækkar ekki þó að einhverju atriði sé eytt úr listanum. Í töflunni sést að flest atriðin hafa ágæta fylgni við heildarstigatölu þáttarins sem gefur til kynna góðan innri áreiðanleika þáttar. Í töflu 6 sjást sömu mælingar fyrir þátt númer tvö á listanum.

Tafla 6. Innri áreiðanleiki annars þáttar DOCS (Óásættanlegar hugsanir).

Nr.	Heiti atriðis	Leiðrétt fylgni atriðis við heild	Áreiðanleiki ef atriði er eytt
11.	Óásættanlegar hugsanir: Tíma eytt	0,60	0,85
12.	Óásættanlegar hugsanir: Forðun	0,69	0,83
13.	Óásættanlegar hugsanir: Vanlíðan	0,69	0,83
14.	Óásættanlegar hugsanir: Truflun	0,73	0,82
15.	Óásættanlegar hugsanir: Stjórn	0,68	0,83

Í töflu 6 sést að sá þáttur sem sem snýr að óásættanlegum hugsunum hefur góðan innri áreiðanleika sem mældist $\alpha=0,86$. Áreiðanleiki fyrir hvert atriði ef því væri eytt sýnir að áreiðanleiki þáttarins myndi minnka í hverju tilfalli. Það bendir til þess að atriðin eigi vel heima innan hans. Hvert atriði sýnir einnig nokkuð góða fylgni við leiðrétt heildarskor þáttarins þar sem öll nema fyrsta atriðið sýna fylgni í kringum 0,7. Því má ætla að innri áreiðanleiki þáttarins sé góður. Tafla 7 sýnir sömu mælingar fyrir þriðja þátt DOCS.

Tafla 7. Innri áreiðanleiki atriða þriðja þáttar DOCS (Samhverfa).

Nr.	Heiti atriðis	Leiðrétt fylgni atriðis við heild	Áreiðanleiki ef atriði er eytt
16.	Samhverfa: Tíma eytt	0,67	0,84
17.	Samhverfa: Forðun	0,68	0,84
18.	Samhverfa: Vanlíðan	0,69	0,85
19.	Samhverfa: Truflun	0,72	0,83
20.	Samhverfa: Stjórn	0,73	0,83

Í töflu 7 sjást áreiðanleikastuðlar fyrir þann þátt sem snýr að samhverfu. Áreiðanleiki þáttarins í heild var góður og mældist $\alpha=0,89$. Í töflunni sést að áreiðanleiki minnkar fyrir hvert atriði ef því væri sleppt og eru því öll atriðin viðeigandi innan þáttarins. Leiðrétt fylgni atriðis er alltaf í kringum 0,7 sem gefur til kynna nokkuð háan innri áreiðanleika þáttarins. Tafla 8 sýnir mat á innri áreiðanleika fjórða þáttarins.

Tafla 8. Innri áreiðanleiki fjórða þáttar DOCS (Ábyrgð).

Nr.	Heiti atriðis	Leiðrétt fylgni atriðis við heild	Áreiðanleiki ef atriði er eytt
6.	Ábyrgð: Tíma eytt	0,62	0,82
7.	Ábyrgð: Forðun	0,64	0,82
8.	Ábyrgð: Vanlíðan	0,69	0,81
9.	Ábyrgð: Truflun	0,68	0,81
10.	Ábyrgð: Stjórn	0,68	0,81

Fjórði og síðasti þáttur DOCS snýr að ábyrgð og mældist hann með innri áreiðanleika $\alpha=0,85$. Í töflunni sést að áreiðanleiki þáttarins hækkar ekki þó að einhverju atriði sé eytt. Fylgni hvers atriðis við þáttinn í heild sinni er nokkuð góð sem gefur til kynna góðan innri áreiðanleika þáttar.

Lýsandi tölfræði OCI-R og Y-BOCS-SR

Í töflu 9 koma fram meðaltöl og staðalfrávik OCI-R (og undirskarða hans) og alvarleikakvarða Y-BOCS-SR ásamt áreiðanleika hvers lista. Eins og sést í töflunni er aðeins hafður sá hluti Y-BOCS-SR sem metur alvarleika röskunar en þeim hluta listans sem snýr að einkennum hennar hefur verið sleppt. Ástæðan fyrir því er sú að kvarðinn sem þar er notaður er ekki sama eðlis og hinir kvarðarnir. Kvarðar hinna listanna og alvarleikahluta Y-BOCS-SR eru Likert kvarðar.

Tafla 9. Lýsandi tölfræði fyrir OCI-R og Y-BOCS-SR spurningalistana.

Listi	Hluti lista	Meðaltal	Staðalfrávik	Áreiðanleiki
OCI-R ¹	Heild	12,1	8,9	0,91
OCI-R ¹	Söfnun	2,5	2,4	0,78
OCI-R ¹	Röðun	2,6	2,5	0,85
OCI-R ¹	Athugun	2,4	2,5	0,78
OCI-R ¹	Þvottur	1,7	2,3	0,79
OCI-R ¹	Hlutleysing	0,8	1,5	0,59
OCI-R ¹	Þráhyggja	2,3	2,5	0,63
Y-BOCS-SR ²	Heildaralvarleiki	2,9	4,9	0,94
Y-BOCS-SR ³	Alvarleiki þráhyggju	1,7	2,9	0,89
Y-BOCS-SR ⁴	Alvarleiki árattu	1,1	2,4	0,89

¹(n=280), ²(n=252)³, (n=257) og ⁴(n=253)

Ekki var marktækur munur á meðaltölum milli kynja samkvæmt niðurstöðu t-prófa ($p > 0,05$ í öllum tilvikum) og verða niðurstöður því ekki birtar eftir kyni. Áreiðanleiki listanna og allra undirskarða þeirra var góður en aðeins voru tveir þættir með áreiðanleikastuðul undir 0,7. Það voru þeir undirskarðar OCI-R sem eiga að mæla þráhyggju og hlutleysingu.

Fylgnistuðlar sem athugun á samleitni- og aðgreiningarréttmæti DOCS

Í töflu 10 eru teknir saman fylgnistuðlar DOCS listans í heild og undirskarða hans við: OCI-R listann og undirskarða hans, alvarleikakvarða Y-BOCS-SR og loks einkennabætti Y-BOCS-SR.

Réttmæti DOCS listans í heild og vídda hans var metið með því að skoða samband hans við OCI-R og Y-BOCS-SR. Búist var við að há fylgni ($r \geq 0,5$) væri milli heildarstigatölu DOCS og heildarstigatölu OCI-R annars vegar og Y-BOCS-SR hins vegar. Í töflu 10 sést að fylgni milli listanna var í báðum tilfellum hærri en 0,5.

Þessar niðurstöður gefa til kynna samleitniréttmæti DOCS spurningalistans. Fylgni heildarstigatölu DOCS við heildarstigatölu OCI-R var hærri ($n=280$, $r=0,70$) en við heildarstigatölu Y-BOCS-SR ($n = 252$, $r = 0,54$).

Tafla 10. Fylgni milli DOCS, OCI-R og Y-BOCS-SR.

Listi	Hluti lista	DOCS heild	DOCS þættir			
			Þáttur 1: Mengun	Þáttur 2: Óásættanlegar hugsanir	Þáttur 3 Ábyrgð	Þáttur 4: Samhverfa
OCI-R	Heild	0,70**	0,48**	0,59**	0,52**	0,62**
OCI-R	Söfnun	0,33**	0,19**	0,26**	0,32**	0,25**
OCI-R	Röðun	0,50**	0,32**	0,37**	0,22**	0,65**
OCI-R	Athugun	0,45**	0,34**	0,49**	0,26**	0,32**
OCI-R	Þvottur	0,47**	0,53**	0,35**	0,22**	0,40**
OCI-R	Hlutleysing	0,41**	0,25**	0,30**	0,34**	0,39**
OCI-R	Þráhyggja	0,59**	0,22**	0,50**	0,69**	0,42**
Y-BOCS-SR	Heildaralvarleiki	0,54**	0,34**	0,45**	0,43**	0,46**
Y-BOCS-SR	Alvarleiki þráhyggju	0,55**	0,29**	0,47**	0,49**	0,45**
Y-BOCS-SR	Alvarleiki árattu	0,42**	0,31**	0,34**	0,28**	0,39**
Y-BOCS-SR ¹	Þráhyggja	0,44**	0,32**	0,41**	0,33**	0,33**
Y-BOCS-SR ¹	Athugun	0,51**	0,37**	0,44**	0,34**	0,46**
Y-BOCS-SR ¹	Skipulag	0,32**	0,23**	0,22**	0,17**	0,39**
Y-BOCS-SR ¹	Mengun/Þvottur	0,41**	0,48**	0,32**	0,19**	0,32**
Y-BOCS-SR ¹	Söfnun	0,32**	0,34**	0,22**	0,22**	0,22**

*Fylgni er marktæk miðað við $p < 0,05$ (tveggja hala); **Fylgni er marktæk miðað við $p < 0,01$ (tveggja hala);

¹Einkennapættir Wu, Watson og Clark. Hæsta fylgni hvers undirþáttar DOCS við annars vegar OCI-R og hins vegar Y-BOCS-SR er feitletruð.

Fylgni vídda DOCS við samsvarandi undirþáttar OCI-R listans var skoðuð. Þegar litið er á víddir DOCS og undirþáttar OCI-R með tilliti til samsvörunar ber þó að hafa í huga að í DOCS listanum er árattu og þráhyggju blandað saman innan vídda og áhersla lögð á efnislegt innihald einkenna. Eins og sést í töflu 10 var fylgni milli mengunarvíddar DOCS og þvottaundirþáttar OCI-R; samhverfuvíddar DOCS og röðunarundirþáttar OCI-R; og víddar DOCS sem snýr að óásættanlegum hugsunum og þráhyggjuundirþáttar OCI-R hærri en 0,5. Aftur á móti var fylgni ábyrgðarvíddar DOCS við athugunarundirþáttar OCI-R aðeins 0,26 og hærri við ósamsvarandi undirþáttar OCI-R. Taka skal þó fram að ábyrgðarvídd DOCS felur ekki eingöngu í sér athugun heldur einnig mörg önnur þráhyggjueinkenni. Þar má nefna hugsun um að eitthvað slys eða óhapp gæti átt sér stað og áhyggjur af því að viðkomandi hafi

ekki verið nægilega aðgætt til að koma í veg fyrir það, hugsun um að týna einhverju mikilvægu sem ólíklegt er að týna og hugsun um að viðkomandi geti komið í veg fyrir skaða eða óhapp með því að framkvæma ákveðnar aðgerðir á ákveðinn hátt eins og að telja upp í tiltekna tölu eða fylgja sérstakri rúttínu. Það útskýrir líklega af hverju fylgni hennar var hæst við þráhyggjukvarða OCI-R.

Þegar fylgni vídda DOCS við alvarleikakvarða Y-BOCS-SR er skoðuð sést að lítil breytileiki er á fylgnistuðlum en þeir ná frá 0,28 til 0,54. Fylgnistuðlar hvorrar víddar við annars vegar alvarleika þráhyggju og hins vegar alvarleika áráttu voru í flestum tilfellum svipað háir. Það er aftur merki um það sérkenni DOCS listans að áráttu og þráhyggju er blandað saman innan vídda.

Í töflu 10 sést einnig fylgni milli þátta DOCS við Y-BOCS-SR einkennapætti Wu o.fl. (2007; n=280) en enginn fylgnistuðull var hærri en 0,5. Fylgni milli mengunarvíddar DOCS og einkennapáttarins varðandi þvott var 0,48. Fylgni milli víddar DOCS sem snýr að óásættanlegum hugsunum og einkennapáttarins varðandi þráhyggju var 0,41. Fylgni ábyrgðarvíddar DOCS og einkennapáttarins varðandi athugun var 0,34. Að lokum var fylgni samhverfuvíddar DOCS við skipulagseinkennapáttinn 0,39. Víddirnar á DOCS sem snúa að mengun og ábyrgð voru með hæsta fylgni við samsvarandi einkennapætti Wu o.fl. en DOCS víddirnar varðandi óásættanlegar hugsanir og samhverfu voru með hæsta fylgni við einkennapátt sem ekki var samsvarandi. Þær voru báðar með hæsta fylgni við einkennapáttinn sem snýr að athugun.

Fylgni milli vídda DOCS og einkennaflokkanna 15 í Y-BOCS-SR var skoðuð og þrátt fyrir að marktæk fylgni hafi mælst milli vídda DOCS og flestra einkennaflokka reyndist enginn fylgnistuðull ná yfir 0,5 og sýndu þeir flestir lága eða miðlungsfylgni. Fylgnin var þó yfirleitt hæst eða í herra lagi á milli samsvarandi einkennavídda DOCS og einkennaflokka Y-BOCS-SR.

Alvarleikakvarði Y-BOCS-SR inniheldur svipaðar alvarleikavíddir og DOCS og því var fylgni þar á milli skoðuð sérstaklega. Enginn fylgnistuðull skar sig þó sérstaklega úr og var fylgnin á milli einstakra atriða á bilinu 0,11 til 0,5. Ekki var hærri fylgni á milli samsvarandi alvarleikaatriða þannig að ekkert skýrt munstur kom í ljós.

Umræða

Þessi ritgerð lýsir niðurstöðum fyrstu rannsóknar á íslenskri útgáfu DOCS spurningalistans en markmið rannsóknarinnar var að kanna próffræðilega eiginleika listans. Nokkrar rannsóknir hafa verið gerðar á OCI-R og Y-BOCS í íslenskri gerð og því hentuðu þeir vel til athugunar á samleitni- og aðgreiningarréttmæti DOCS. Þáttabygging og áreiðanleiki listans voru metin í úrtaki nemenda við Háskóla Íslands. Í stuttu máli sýndu niðurstöður fram á stöðuga og einfalda þáttalausn og fullnægjandi áreiðanleika í samræmi við rannsókn á upprunalega listanum í sambærilegu úrtaki (Abramowitz o.fl., 2010).

Í samræmi við rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) leiddi þáttagreining á DOCS í ljós fjóra þætti. Einnig hlóðust öll atriði listans á þann þátt sem þeim var ætlað og gáfu til kynna eftirfarandi víddir: Mengun, ábyrgð, óásættanlegar hugsanir og samhverfa. Þessar niðurstöður gefa til kynna að undirliggjandi séu fjórar víddir áráttu- og þráhyggjuröskunar. Þáttalausnin féll vel að einfaldri formgerð og fékkst ekki betri þáttalausn með því að draga þrjá eða fimm þætti. Niðurstöður þáttagreiningar voru því eins og búist var við í upphafi þar sem samræmi var á milli upphaflega listans og íslenskrar þýðingar hans. Þættirnir skýrðu vel dreifingu atriðanna en meðalhlutfallið var alltaf um eða yfir 0,5 nema í tveimur tilvikum, það er atriði 1 og 3 á mengunarþætti listans. Í rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) skýrðu þættirnir vel dreifingu allra atriða listans og var aðeins eitt skýringarhlutfall undir 0,5. Það var atriði 4 en hlutfallið sem þættirnir skýrðu af dreifingu þess var 0,41.

Fylgni milli þáttanna fjögurra studdi það að fjórar víddir sé að finna í einkennum áráttu- og þráhyggjuröskunar. Fylgni milli þáttanna var góð sem gefur til kynna að samband sé á milli þeirra en hún var ekki það há að ætla mætti að þeir væru að mæla sömu einkenni.

Dreifing heildastigafjölda á þáttunum var mjög svipuð með tilliti til meðaltala og staðalfrávik. Það bendir til þess að alvarleiki einkenna sé tiltölulega jafn eftir víddum. Í íslenskri þýðingu voru meðaltölin frá 2,7 til 3,3 og staðalfrávikin 2,8 til 3,2. Til samanburðar má nefna að í rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) voru meðaltöl vídda á bilinu 2,0 til 3,1 og staðalfrávikin á bilinu 2,9 til 3,3. Meðaltal heildarstigafjölda íslenskrar þýðingar listans var 12,3 og staðalfrávik 9,3. Í rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) var meðaltal listans í heild 11,93 og staðalfrávik 9,87.

Þessar niðurstöður gefa því til kynna að dreifing alvarleika sé svipuð milli upprunalegrar gerðar listans og íslenskrar þýðingar hans í nemendaúrtaki.

Mælingar sýndu fram á mjög góðan áreiðanleika DOCS. Áreiðanleiki listans í heild mældist 0,91 en í rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) mældist hann 0,93. Atriðagreining sýndi að ekkert atriða hans dró úr áreiðanleika listans. Einnig var áreiðanleiki hvers þáttar fyrir sig skoðaður og voru þættirnir allir með mjög góðan áreiðanleika og innihéldu viðeigandi atriði. Fyrsti þátturinn sem snýr að mengun var þó með ögn lægri áreiðanleika en í rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) en hann var samt ásættanlegur. Í rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) voru þrjú af fjórum þáttum listans með hærri áreiðanleika heldur en sömu þættir í íslenskri þýðingu. Þátturinn mengun var með áreiðanleika 0,83 en íslensk þýðingin á sama þætti var með áreiðanleika 0,75 Þátturinn óásættanlegar hugsanir var með áreiðanleika 0,88 í rannsókn Abramowitz o.fl. en 0,86 í íslenskri gerð. Þátturinn ábyrgð var með áreiðanleika 0,86 hjá Abramowitz o.fl. en 0,85 í íslenskri gerð. Þátturinn samhverfa mældist með áreiðanleika 0,89 og var eini þátturinn þar sem sami áreiðanleikastuðull fékkst á íslenskri þýðingu listans og í rannsókn Abramowitz o.fl.

Hafa skal í huga að alltaf má búast við sveiflum í áreiðanleika milli þýddra mælitækja og upprunalegrar gerðar þeirra. Það kemur því ekki á óvart að smá munur hafi fengist á áreiðanleikastuðlum þáttanna þriggja. Mestur var munurinn á áreiðanleika mengunarþáttar á milli íslenskrar þýðingar listans og upprunalegrar útgáfu hans. Hugsanlega má rekja þann mun til þess að erfiðara er að þýða atriði hans en hinna þáttanna þar sem orðið mengun (*contamination*) hefur sértækari merkingu á íslensku heldur en á ensku. Hugsanlega er þörf á að nota aðra þýðingu á orðinu.

Aðeins eitt atriði hafði ekki áhrif á áreiðanleika síns þáttar ef það væri tekið út og var það innan fyrsta þáttar. Öll hin atriðin myndu minnka áreiðanleika þess þáttar sem þau tilheyra ef þeim væri sleppt úr listanum. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa því til kynna að heildarstigafjöldi á DOCS og stigafjöldi á þáttum hans gefi áreiðanlega mælingu á alvarleika áráttu- og þráhyggjuröskunar í nemendaúrtaki.

Við mat á samleitniréttmæti var skoðuð fylgni DOCS við hina listana. Gert var ráð fyrir að áreiðanleiki og réttmæti listans væri gott og í samræmi við enska útgáfu listans. Það felur í sér að fylgni DOCS við OCI-R og Y-BOCS-SR sé há sem gæfi það til kynna að listinn væri í samræmi við aðrar einkennamælingar á sömu röskun. Niðurstöður voru eins og búist var við og var listinn með háa fylgni við bæði

OCI-R og Y-BOCS-SR. Aftur á móti kom í ljós að heildarstigafjöldi DOCS listans hafði hærri fylgni við heildarstigafjölda OCI-R en við heildarstigafjölda Y-BOCS-SR. Þessar niðurstöður eru áhugaverðar vegna þess að DOCS og Y-BOCS-SR innihalda báðir fimm alvarleikavíddir við mat á einkennum en OCI-R tekur aðeins til einnar alvarleikavíddar, það er vanlíðan sem einkenni valda. Ennfremur er Y-BOCS-SR kvarði sem gefur af sér heildarmat á alvarleika á meðan OCI-R er mun þrengra og afmarkaðra mælitæki. Fylgni milli listanna var þó í samræmi við niðurstöður Abramowitz o.fl (2010) þar sem þeir fengu einnig hærri fylgni DOCS við OCI-R samanborið við fylgni DOCS við Y-BOCS.

Fylgni þátta DOCS við samsvarandi undirkvarða á OCI-R gaf til kynna gott samleitni- og aðgreiningarréttmæti. Niðurstöðurnar voru í samræmi við rannsókn Abramowitz o.fl (2010) að því leyti að þrír þættir DOCS voru með hæstu fylgni við samsvarandi undirkvarða OCI-R miðað við hina undirkvarðana. Þessar niðurstöður benda til þess að aðgreiningarréttmæti sé til staðar í þremur fyrrnefndum þáttum. Þar sem samleitni- og aðgreiningarréttmæti var gott styður það hugtakaréttmæti listans og að hann mæli það sem honum er ætlað að mæla. Það sem kom á óvart var að fylgni ábyrgðarþáttar DOCS við athugunarundirkvarða OCI-R var ekki nema 0,26. Ábyrgðarþáttur DOCS var einnig eini þátturinn sem sýndi hærri fylgni við ósamsvarandi undirkvarða OCI-R en það var undirkvarðinn sem metur þráhyggju. Ekki er víst hvort að ábyrgðarþáttur DOCS skorti í raun aðgreiningarréttmæti eða hvort að niðurstaðan endurspeglir einhverja galla í rannsókninni en í rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) var ábyrgðarþátturinn með hæsta fylgni við samsvarandi undirkvarða á OCI-R. Það er þó líklegt að þessar niðurstöður megi rekja til þess að víddir DOCS innihalda þráhyggju jafnt sem árátu og einkenni eru metin eftir efnislegu innihaldi þeirra. Það er því líklega ekki alveg rétt að líta á þráhyggjuundirkvarða OCI-R sem ósamsvarandi og á það einnig við um samsvörun hinna vídda DOCS og undirkvarða OCI-R.

Allir þættir DOCS voru með háa fylgni við þráhyggjuundirkvarða OCI-R sem kemur ekki á óvart þar sem allir þættir DOCS meta þráhyggju jafnt sem árátu. Fylgni hvers þáttar DOCS við þá undirkvarða OCI-R og YBOCS-SR sem meta söfnunarárátu var ekki há og var því í samræmi við rannsóknir og umræðu innan fræðanna um að söfnunaráráttu sé líklega ekki hluti af árátu- og þráhyggjuröskun (Frost o.fl., 2000; Wheaton o.fl., 2008).

Fylgni milli þátta DOCS við einkennaþætti Wu o.fl. (2007) í Y-BOCS-SR var skoðuð og voru fylgnistuðlar á bilinu 0,17 til 0,48. Enginn fylgnistuðull gat því talist mjög hár. Víddirnar á DOCS sem snúa að mengun og ábyrgð voru með hæsta fylgni við samsvarandi einkennaþætti Wu o.fl. en DOCS víddirnar varðandi óásættanlegar hugsanir og samhverfu voru með hæsta fylgni við einkennaþátt sem ekki var samsvarandi. Þær voru báðar með hæsta fylgni við einkennaþáttinn sem snýr að athugun. Fylgni þeirra við samsvarandi einkennaþætti var þó næsthæst og munaði ekki miklu. Fylgni DOCS í heild var einnig hæst við einkennaþátt Wu o.fl. sem snýr að athugun. Ennfremur var fylgni mengunarvíddar DOCS næsthæst við athugunareinkennaþáttinn. DOCS listinn og víddir hans voru því í öllum tilfellum með einna hæsta fylgni við athugunareinkennaþátt Wu o.fl. Ekki er fyrir hendi rannsókn á enskri útgáfu DOCS og einkennaþáttum Y-BOCS-SR til samanburðar og því erfitt að segja til um ástæðu þess. Það er þó vitað að fylgnistuðlar sveiflast eftir úrtökum og í ljósi meðaltala og skýrrar þáttabyggingar er ólíklegt að um galla í þýðingunni sé að ræða. Hugsanlega er þessi fylgni einungis einkennandi fyrir úrtakið sem hér var notast við eða jafnvel merki um galla í einkennaþáttum Wu o.fl.

Nefna má nokkra galla á rannsókninni sem hér var gerð. Fyrir það fyrsta var hún ekki nægilega yfirgripsmikil. Í rannsókn sinni frá 2010 báru Abramowitz o.fl. saman hóp sjúklinga með áráttu- og þráhyggjuröskun annars vegar við nemendaúrtak og hins vegar við úrtak sjúklinga með aðrar kvíðaraskanir. Það var aftur á móti ekki gert í þessari rannsókn. Til þess að meta getu listans til að greina á milli þeirra sem eru með áráttu- og þráhyggjuröskun og annarra sem eru með kvíðaraskanir er nauðsynlegt að hafa þessa hópa með í úrtakinu. Eins og áður hefur komið fram hafa rannsóknir sýnt að mikill samsláttur er á milli áráttu- og þráhyggjuröskunar og lyndisraskana. Slíkan samanburðarhóp væri áhugavert að hafa með í rannsókn á próffræðilegum eiginleikum DOCS þar sem að mælingar listans ættu að hafa tiltölulega lága fylgni við mælingar á þunglyndi. Einnig er ekki hægt að yfirfæra niðurstöður úr nemendaúrtakinu yfir á almenning.

Galli við fyrirlögn í þessari rannsókn gæti verið að allir þátttakendur fengu listana í sömu röð og því gæti svarhlutfall hafa orðið fyrir áhrifum af lengd fyrirlagnar í einhverjum tilfellum. Allir svöruðu DOCS og OCI-R þar sem þeir voru lagðir fyrir fyrst en af 280 þátttakendum svöruðu aðeins 252 öllum Y-BOCS-SR. Þar sem fyrirlögnin tók á bilinu 15-25 mínútur er hugsanlegt að þreyta hafi sótt að þátttakendum og þeir hætt áður en öllum listum var lokið. Einnig er mögulegt að svör

við Y-BOCS-SR og OCI-R hefðu verið öðruvísi ef þátttakendur hefðu svarað þeim fyrir.

Annað sem væri áhugavert að mæla er endurprófunaréiðanleiki listans ásamt því að athuga getu hans sem skimunartæki samanborið við aðra lista. Rannsókn Abramowitz o.fl. (2010) sýndi fram á að DOCS listinn sé betri til að greina árátu- og þráhyggjuröskun miðað við OCI-R. Slíkan samanburð var ekki hægt að gera þar sem enginn samanburðarhópur var í úrtakinu.

Samantekt

DOCS listinn hefur nokkra kosti fram yfir lista á borð við Y-BOCS-SR og OCI-R. Í DOCS listanum þurfa svarendur að meta hvert og eitt atriði á kvarða þar sem enginn svarmöguleiki felst í því að skila auðu. Ef ekkert svar er gefið við ákveðnu atriði er ljóst að því var sleppt og þannig fer ekki á milli mála hvaða spurningum var svarað. Aftur á móti er Y-BOCS-SR oft notaður í formi gátlista þar sem auður reitur hefur ákveðna merkingu. Þannig getur verið erfitt að vita hvort þátttakandi hafi svarað öllum atriðum listans eða sleppt sumum. DOCS er einnig stuttur og auðveldur í fyrirlögn þar sem hann inniheldur fá atriði. Með því að gefa svarendum dæmi um árátu og þráhyggju innan hveirrar víddar er hægt að hafa færri atriði í listanum. Það er því ekki þörf á að búa til tæmandi lista yfir alla mögulega árátu og þráhyggju til að ná yfir einkenni svarenda þar sem dæmi eru birt fyrir hvern þátt. Með þessu er hægt að meta alvarleika einkenna óháð fjölda þeirra eða tegund. Með fimm alvarleikavíddum er einnig hægt að meta mismunandi víddir alvarleika einkenna.

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að íslensk þýðing DOCS spurningalistans hafi góða próffræðilega eiginleika. Nokkuð skortir þó upp á alhæfingargildi rannsóknarinnar og er þörf er á frekari rannsóknum á eiginleikum listans meðal fólks með árátu- og þráhyggjuröskun og aðrar kvíðaraskanir.

Heimildir

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 65*, 44-52.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D. L. o.fl. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptoms: development and evaluation of the dimensional obsessive-compulsive scale. *Psychological Assessment, 22*, 180-198.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útgáfa). Washington: Höfundur.
- Amir, N., Foa, E. B. og Coles, M. E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Assessment, 9*, 312–316.
- Andrews, G., Henderson, S. og Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Austrian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry, 178*, 145-153.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. o.fl. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, 354*, 156-264.
- Baer, L. (1991). *Getting control: overcoming obsessions and compulsions*. Boston: Little Brown.
- Baer, L. (1994). Factor-analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 18–23.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C. og Leckman, J. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1532–1542.
- Brown, T. A. og Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 835-844.
- Brown, T. A., Moras, K., Zinbarg, R. E. og Barlow, D. H. (1993). Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 24*, 227-240.
- Burns, G. L., Koertge, S. G., Formea, G. M. og Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive-compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions and compulsions. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 163–173.
- Calamari, J. E. og Janeck, A. S. (1997). *Negative intrusive thoughts in obsessivecompulsive disorder: Appraisal and response differences*. Veggspjald

sem kynnt var á 18. ráðstefnu amerískra Samtaka kvíðaraskana (*Anxiety Disorders Association of America*), New Orleans, Louisiana.

- Carey, G. og Gottesman, I. (2000). Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders. Í D. F. Klein og J. G. Rabkin (ritstjórar), *Anxiety: new research and changing concepts* (bls. 117-36). New York: Raven Press.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press
- Clark, D. A., Antony, M. M., Beck, A. T., Swinson, R. P. og Steer, R. A. (2005). Screening for obsessive and compulsive symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, *17*, 132–143.
- Clark, L. A., Watson, D. og Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, *46*, 121-153.
- Crino, R. D. og Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*, 37-46.
- Deacon, B. J. og Abramowitz, J. S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 573–585.
- Douglass, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R. og Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, *34*(11), 1424-1431.
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3. útgáfa). London: Sage Publication.
- Foa, E. B. og Franklin, M. E. (2001). Obsessive-compulsive disorder. Í D. H. Barlow (ritstjóri), *Clinical handbook of psychological disorders* (3. útgáfa, bls. 209-263). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. o.fl. (2002). The Obsessive Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, *14*, 485–495.
- Foa, E. B. og Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*(1), 90-96.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E. og Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, *10*, 206–214.
- Frost, R. O. og Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford: Elsevier Press.
- Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L. og Warren, R. (2000). Mood, disability, and personality disorder symptoms in hoarding, obsessive-compulsive disorder, and control subjects. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 1071–1082.
- Gallant, J., Sloman, G. M. og Storch, E. A. (2007). A school-based treatment model for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry Human Development*, *38*, 303-331.

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L. o.fl. (1989a). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: 1. development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1006–1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. o.fl. (1989b). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: 2. validity. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1012–1016.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K. L., Keeley, M. L., Geffken, G. R. o.fl. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 1–17.
- Grisham, J. R., Brown, T. A., Liverant, G. I. og Campbell-Sills, L. (2005). The distinctiveness of compulsive hoarding from obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 767–779.
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F., og Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research & Therapy*, *42*, 115–123.
- Hettema, J. M., Neale, M. C. og Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1568-1578.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H. og Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*, *179*, 324-329.
- Hollander, E., Greenwald, S., Neville, D., Johnson, J., Hornig, C. D. og Weissman, M. M. (1997). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depression and Anxiety*, *4*, 111–19.
- Huppert, J. D., Walther, M. R., Hajcak, G., Yadin, E., Foa, E. B., Simpson H. B. o.fl. (2007). The OCI-R: Validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 394-406.
- Jenike, M. A. (2004). Obsessive-compulsive disorder. *The New England Journal of Medicine*, *350*, 259-265.
- Karno M., Golding, J. M., Sorenson S. B. og Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1094-1099.
- Kline, P. (2006). *An Easy Guide to Factor Analysis*. London: Routledge.
- Kringlen, E., Torgersen, S. og Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1091-1098.
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L. og Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, *169*, 101-107.
- Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. og Zohar, J. (2002). *Obsessive-compulsive disorder* (2. útgáfa). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- March, J. S., Biederman, J., Wolkow, R., Safferman, A., Mardekian, J., Cook, E. H. o.fl. (1998). Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Medical Association*, *280*, 1752-1756.

- Marks, I. M. og Swinson, R. (1992). Behavioral and/or drug therapy. Í G. D. Burrows, S. M. Roth og R. Noyes, Jr. (ritsjórar), *Handbook of anxiety* (fimmta bindi). Oxford: Elsevier
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C og Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 228-238.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A. S., Sookman, D. o.fl. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, *24*, 283–313.
- McKay, D., Danyko, S., Neziroglu, F. og Yaryura-Tobias, J. A. (1995). Factor structure of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale - a 2-dimensional measure. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 865–869.
- McKay, D., Neziroglu, F., Stevens, K., og Yaryura-Tobias, J. A. (1998). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Confirmatory factor analytic findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *20*, 265–274.
- McNally, R. J. (2001). On the scientific status of cognitive appraisal models of anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 513-521.
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I. o.fl. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, *79*, 241-246.
- Moritz, S., Meier, B., Kloss, M., Jacobsen, D., Wein, C., Fricke, S., o.fl. (2002). Dimensional structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). *Psychiatry Research*, *109*, 193–199.
- Muris, P., Merckelbach, H. og Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(3), 249-252.
- Nestadt, G., Addington, A., Samuels, J., Liang, K., Bienvenu, O. J., Riddle, M. o.fl. (2003). The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity. *Biological Psychiatry*, *53*(10), 914-920.
- Nolen-Hoeksema, S. (2008). *Abnormal psychology* (4.útgáfa). New-York: McGraw Hill.
- Ólafsson, R. P., Snorrason, Í. og Smári, J. (2010). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Psychometric properties of the self-report version in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*, 226-235.
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S. og Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*(1), 76-84.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., o.fl. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *46*, 15–23.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(6), 625-639.

- Rachman, S., Elliott, C., Shafran, R. og Radomsky, A. (2009). Separating hoarding from OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 520–522.
- Rachman, S. og Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Rachman, S. og de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Raffray, T. og Pelissolo, A. (2007). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder. *La Revue du Praticien*, 57(1), 37-41.
- Rassin, E. og Muris, P. (2007). Abnormal and normal obsessions: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 1065-1070.
- Reed, G. F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behavior: A cognitive-structural approach*. Toronto: Academic Press.
- Riddle, M. A., Reeve, E. A., Yaryura-Tobias, J. A., Yang, H. M., Claghorn, J. L., Gaffney, G. o.fl. (2001). Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized, controlled, multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 222-229.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 25, 571-583.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169–177.
- Schaible, R., Armbrust, M. og Nutzinger, D. O. (2001). Yale-Brown obsessive compulsive scale: Are self-rating and interview equivalent measures? *Verhaltenstherapie*, 11, 298–303.
- Scherer, K. R. (1999). Appraisal theory. Í T. Dalgleish og M. J. Power (ritstjórar), *Handbook of cognition and emotion* (bls. 637-663). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Smári, J., Ólason, D. T., Eythorsdottir, A. og Frölunde, M. B. (2007). Psychometric properties of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised among Icelandic college students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 127–133.
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360, 397-405.
- Steketee, G., Chambless, D. L., Tran, G. Q. og Worden, H. (1996). Behavioral Avoidance Test for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 73–83.
- Steketee, G. og Frost, R. (2003). Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23, 905-927.
- Steketee, G., Frost R. og Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Interview versus Self-Report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 675-684.
- Storch, E. A., Shapira, N. A., Dimoulas, E., Geffken, G. R., Murphy, T. K. og Goodman, W. K. (2005). Yale-Brown obsessive compulsive scale: the dimensional structure revisited. *Depression and Anxiety*, 22, 22-35.

- Suresh, B. M. og Reddy, Y. C. J. (2004). Comorbidity in OCD. Í S. Khanna og Y. C. J. Reddy (ritstjórar), *Obsessive compulsive disorder: An Indian perspective* (bls. 23-31). Mumbai: Abbott India, Ltd.
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Rachman, S. og Richter, M. A. (ritstjórar). (1998). *Obsessive-compulsive disorder: theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N. og Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behavioural Research & Therapy*, 42, 1289-1314.
- Watson, D. og Wu, K. D. (2005). Development and validation of the schedule of compulsions, obsessions, and pathological impulses (SCOPI). *Assessment*, 12, 50–65.
- Weissman M. M., Bland R. C., Canino G. J., Greenwald, S., Hwu H. G., Lee, C. K. o.fl. (1994). The cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Welkowitz, L. A., Struening, E. L., Pittman, J., Guardino, M. og Welkowitz, J. (2000). Obsessive-compulsive disorder and comorbid anxiety problems in a national anxiety screening sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(5), 471-482.
- Wheaton, M., Timpano, K., Lasalle-Ricci, V. og Murphy, D. (2008). Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: Associations with comorbidity, severity, and gender. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 243–252.
- Woody, S. R., Steketee, G. og Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 597–605.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental Behavioral Disorders*. Geneva: WHO.
- Wu, K. D., Watson, D. og Clark, L. A. (2007). A self-report version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale symptom checklist: Psychometric properties of factor-based scales in three samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(5), 644-661.
- Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(3), 445-460.

Viðauki A

DOCS spurningalistinn í íslenskri þýðingu. Hér er listinn í því formi sem hann birtist svarendum að öllu leyti fyrir utan að í fyrirlögn var hver flokkur á sér blaðsíðu.

Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS)

Þessi spurningalisti fjallar um fjögur mismunandi viðfangsefni sem ef til vill eiga við þig eða ekki. Fyrir hvert af þessum efnum er lýsing á hugsunum (stundum kallað þráhyggja) og hegðun (stundum kallað ritúöl eða árátta) sem er einkennandi fyrir hvert þeirra og er lýsingunum fylgt eftir með 5 spurningum um reynslu þína af þessum hugsunum og hegðun. Vinsamlega lestu hverja lýsingu vandlega og svaraðu spurningunum út frá reynslu þinni undanfarinn einn mánuð.

Flokkur 1: Það sem viðkemur sýklum og “mengun” eða óhreinindum

Dæmi....

-Hugsanir eða tilfinning um að þú sért “mengaður/menguð” eða óhrein(n) af því þú komst í snertingu við (eða varst nálægt) tiltekinn hlut eða manneskju.

-Sú tilfinning að vera “mengaður/menguð” eða óhrein(n) vegna þess að þú varst á tilteknum stað (til dæmis salerni).

-Hugsanir um sýkla, veikindi eða möguleikann á að “menga” út frá sér eða dreifa óhreinindum.

-Þvo hendur þínar, nota hreinsigel, fara í sturtu, skipta um föt, eða þrifa hluti vegna áhyggja af “mengun” eða óhreinindum.

-Fylgja ákveðni rúttínu (til dæmis á baðherberginu eða við að klæða sig) vegna “mengunar”.

-Forðast tiltekna manneskjur, hluti eða staði vegna “mengunar”.

Næstu spurningar fjalla um reynslu þína af hugsunum og hegðun sem tengjast “mengun” eða óhreinindum, undanfarinn einn mánuð. Hafðu í huga að reynsla þín getur verið ólík því sem lýst er í dæmunum hér fyrir ofan. Vinsamlegast settu hring utan um töluna við hliðina á svarinu:

1. Hve miklum tíma hefur þú um það bil varið í að hugsa um “mengun” eða óhreinindi og í þvotta- eða hreinsunarhegðun vegna “mengunar” eða óhreininda?
 - 0 Alls engum tíma
 - 1 Minna en 1 klukkustund á dag
 - 2 Á milli 1 og 3 klukkustundir á dag
 - 3 Á milli 3 og 8 klukkustundir á dag
 - 4 8 klukkustundir eða meira á dag
2. Að hve miklu leiti hefur þú forðast aðstæður til að koma í veg fyrir áhyggjur af “mengun”/óhreinindum eða að þurfa eyða tíma í þvott, hreinsun eða að fara í sturtu?
 - 0 Alls engin forðun
 - 1 Dálítil forðun
 - 2 Miðlungs forðun
 - 3 Mikil forðun
 - 4 Mjög mikil forðun við nánast alla hluti
3. Hversu mikla vanlíðan eða kvíða myndir þú finna, ef þú hefur hugsanir um “mengun” eða óhreinindi en gætir ekki þvegið þér, hreinsað eða farið í sturtu (eða fjarlægð “mengunina”/óhreinindin á einhvern annan hátt)?
 - 0 Alls enga vanlíðan/kvíða
 - 1 Væga vanlíðan/kvíða
 - 2 Miðlungs vanlíðan/kvíða
 - 3 Mikla vanlíðan/kvíða
 - 4 Mjög mikla vanlíðan/kvíða

4. Að hve miklu leiti hafa áhyggjur af "mengun"/óhreinindum eða mikill þvottur, sturtur, þrif eða forðunarhegðun, truflað daglegt líf hjá þér (vinnu, skóla, sinna sjálfum þér, félagslíf)?
- 0 Alls engin truflun
 - 1 Dálítil truflun, en ég virka að mestu leiti vel í daglegu lífi
 - 2 Truflar margt í mínu daglega lífi, en ég ræð ennþá við það
 - 3 Truflar daglegt líf mitt á margvíslegan hátt og ég á erfitt með að ráða við það
 - 4 Truflar allt mitt daglega líf og ég ræð alls ekki við það
5. Hve erfitt er það þegar þú reynir að veita ekki athygli hugsunum um "mengun"/óhreinindi og stilla þig um að þvo þér um hendurnar, fara í sturtu, hreinsa eða annað sem þú grípur til að draga úr "mengun"/óhreinindum?
- 0 Alls ekki erfitt
 - 1 Dálítið erfitt
 - 2 Miðlungs erfitt
 - 3 Mjög erfitt
 - 4 Ofboðslega erfitt

Flokkur 2: Það sem viðkemur ábyrgð á skaða, meiðslum eða óhappi

Dæmi...

- Að vera í vafa um hvort þú hafir gert mistök sem gæti leitt til þess að eitthvað hræðilegt eða skaðlegt gerðist.
- Hugsunin um að eitthvað skelfilegt slys, hörmungar, meiðsli eða óhapp gætu átt sér stað og þú hafir ekki verið nægilega aðgætin(n) til að koma í veg fyrir það.
- Hugsunin um að þú gætir komið í veg fyrir skaða eða óhapp með því að gera hlutina á tiltekinn hátt, telja upp í tiltekna tölu, eða að forðast vissar „slæmar“ tölur eða „slæm“ orð.
- Hugsunin um að tína einhverju mikilvægu sem ólíklegt er að þú tínir (til dæmis veski, skilríkjum, pappírurum).
- Athuga oft en þarft er, hluti svo sem læsingar, rofa, veskið þitt og svo framvegis.
- Endurtekið spyrja eða athuga til að fullvissa sig um að ekkert slæmt hafi gerst (eða muni gerast).
- Fara yfir atburði í huganum til að vera viss um að þú gerðir ekkert vitlaust.
- Þörf til að fylgja sérstakri rúttínu vegna þess að það muni koma í veg fyrir að eitthvað hörmulegt eigi sér stað.
- Þörf til að telja upp í tiltekna tölu eða forðast vissar "slæmar" tölur, út af ötta við skaða.

Næstu spurningar fjalla um reynslu þína af hugsunum og hegðun sem tengjast skaða eða hörmungum, undanfarinn einn mánuð. Hafðu í huga að reynsla þín getur verið á einhvern hátt ólík því sem lýst er í dæmunum hér fyrir ofan. Vinsamlegast settu hring utan um töluna við hliðina á svarinu:

1. Hve miklum tíma hefur þú um það bil eitt í að hugsa um mögulegan skaða eða hörmungar og athugað endurtekið eða gert eitthvað til að fá vissu fyrir því að slíkt muni ekki gerast (eða hafi ekki gerst)?
- 0 Alls engum tíma
 - 1 Minna en 1 klukkustund á dag
 - 2 Á milli 1 og 3 klukkustundir á dag
 - 3 Á milli 3 og 8 klukkustundir á dag
 - 4 8 klukkustundir eða meira á dag
2. Að hve miklu leiti hefur þú forðast aðstæður svo þú þyrftir ekki að aðgæta hættu eða hafa áhyggjur af hugsanlegum skaða eða hörmungum?
- 0 Alls engin forðun
 - 1 Dálítil forðun
 - 2 Miðlungs forðun
 - 3 Mikil forðun
 - 4 Mjög mikil forðun við nánast alla hluti
3. Hversu mikla vanlíðan eða kvíða finnur þú, ef þú hugsar um mögulegan skaða eða hörmungar eða þú getur ekki aðgætt eða orðið fullviss varðandi þessa hluti?
- 0 Alls enga vanlíðan/kvíða
 - 1 Væga vanlíðan/kvíða

- 2 Miðlungs vanlíðan/kvíða
 - 3 Mikla vanlíðan/kvíða
 - 4 Mjög mikla vanlíðan/kvíða
4. Að hve miklu leiti hafa hugsanir um skaða eða hörmungar og endurteknar athuganir eða spurningar til að fullvissa sig, truflað daglegt líf hjá þér (vinnu, skóla, sinna sjálfum þér, félagslíf)?
- 0 Alls engin truflun
 - 1 Dálítil truflun, en ég virka að mestu leiti vel í daglegu lífi
 - 2 Truflar margt í mínu daglega lífi, en ég ræð ennþá við það
 - 3 Truflar daglegt líf mitt á margvíslegan hátt og ég á erfitt með að ráða við það
 - 4 Truflar allt mitt daglega líf og ég ræð alls ekki við það
5. Hve erfitt er það þegar þú reynir að veita ekki athygli hugsunum um mögulegan skaða eða hörmungar og stilla þig um að athuga eða fullvissa þig?
- 0 Alls ekki erfitt
 - 1 Dálítið erfitt
 - 2 Miðlungs erfitt
 - 3 Mjög erfitt
 - 4 Ofboðslega erfitt

Flokkur 3: Óásættanlegar hugsanir

Dæmi...

- Óþægilegar hugsanir um kynlíf, siðleysi, eða ofbeldi sem koma upp í hugann gegn vilja þínum.
- Hugsanir um að gera eitthvað hræðilegt, óviðeigandi eða vandræðalegt sem þig langar í raun ekki að gera.
- Endurtaka eitthvað eða fylgja einhverri sérstakri reglu eða rútinu út af "slæmri" hugsun.
- Framkvæma eitthvað í huganum eða fara með bænir til að losna við óæskilega eða óþægilega hugsun.
- Forðast vissar manneskjur, staði, aðstæður eða annað sem kveikir óæskilegar eða óþægilegar hugsanir.

Næstu spurningar fjalla um reynslu þína af óæskilegum hugsunum sem koma upp í hugann gegn vilja þínum og viðbrögð þín til að takast á slíkar hugsanir, undanfarinn einn mánuð. Hafðu í huga að reynsla þín getur verið á einhvern hátt ólík því sem lýst er í dæmunum hér fyrir ofan. Vinsamlegast settu hring utan um töluna við hliðina á svarinu:

1. Hve mikinn tíma um það bil, taka óæskilegar og óþægilegar hugsanir og hegðun eða hugleiðingar til að bregðast við þeim hjá þér?
- 0 Alls engann tíma
 - 1 Minna en 1 klukkustund á dag
 - 2 Á milli 1 og 3 klukkustundir á dag
 - 3 Á milli 3 og 8 klukkustundir á dag
 - 4 8 klukkustundir eða meira á dag
2. Að hve miklu leiti hefur þú forðast aðstæður, staði, hluti eða annað (til dæmis tölur, fólk) sem kveikja óæskilegar eða óþægilegar hugsanir?
- 0 Alls engin forðun
 - 1 Dálítil forðun
 - 2 Miðlungs forðun
 - 3 Mikil forðun
 - 4 Mjög mikil forðun við nánast alla hluti
3. Hversu mikla vanlíðan eða kvíða finnur þú, ef óæskilegar eða óþægilegar hugsanir koma upp í hugann gegn vilja þínum?
- 0 Alls enga vanlíðan/kvíða
 - 1 Væga vanlíðan/kvíða
 - 2 Miðlungs vanlíðan/kvíða
 - 3 Mikla vanlíðan/kvíða
 - 4 Mjög mikla vanlíðan/kvíða

4. Hve mikið hafa óæskilegar eða óþægilegar hugsanir og tilraunir til að forðast eða bregðast við slíkum hugsunum, truflað daglegt líf hjá þér (vinnu, skóla, sinna sjálfum þér, félagslíf)?
- 0 Alls engin truflun
 - 1 Dálítil truflun, en ég virka að mestu leiti vel í daglegu lífi
 - 2 Truflar margt í mínu daglega lífi, en ég ræð ennþá við það
 - 3 Truflar daglegt líf mitt á margvíslegan hátt og ég á erfitt með að ráða við það
 - 4 Truflar allt mitt daglega líf og ég ræð alls ekki við það
5. Hve erfitt er það þegar þú reynir að veita ekki athygli óæskilegum eða óþægilegum hugsunum og stilla þig um að bregðast við þeim á einhvern hátt?
- 0 Alls ekki erfitt
 - 1 Dálítið erfitt
 - 2 Miðlungs erfitt
 - 3 Mjög erfitt
 - 4 Ofboðslega erfitt

Flokkur 4: Það sem viðkemur samhverfu, heild og þörf fyrir að eitthvað sé „alveg rétt“

Dæmi...

-Þörfin fyrir samhverfu, jöfnun, jafnvægi og nákvæmni.

-Tilfinning um að eitthvað sé ekki „alveg rétt“.

-Endurtaka vanabundna hegðun þar til manni finnst hún vera „alveg rétt“ eða í „jafnvægi“

-Telja hluti sem skipta ekki máli (til dæmis flísar á gólfi eða veggjum, orð í setningum).

-Ráða hlutum í „réttu röð“ að óþörfu.

-Þurfa að segja eitthvað aftur og aftur á sama hátt þar til manni finnst það vera „alveg rétt“.

Næstu spurningar fjalla um reynslu þína af tilfinningum um að eitthvað sé “ekki alveg rétt” og hegðun sem beinist að því að hafa röð og reglu, samhverfu og jafnvægi, undanfarinn einn mánuð. Hafðu í huga að reynsla þín getur verið á einhvern hátt ólík því sem lýst er í dæmunum hér fyrir ofan. Vinsamlegast settu hring utan um töluna við hliðina á svarinu:

1. Hve miklum tíma hefur þú um það bil varið hvern dag, í hugsanir sem koma upp gegn vilja þínum, um samhverfu, röð og reglu eða jafnvægi og í hegðun sem beinist að því að hafa hluti samhverfa, í röð og reglu eða jafnvægi?
- 0 Alls engum tíma
 - 1 Minna en 1 klukkustund á dag
 - 2 Á milli 1 og 3 klukkustundir á dag
 - 3 Á milli 3 og 8 klukkustundir á dag
 - 4 8 klukkustundir eða meira á dag
2. Að hve miklu leiti hefur þú forðast aðstæður, staði, eða hluti sem tengjast tilfinningum um að eitthvað sé ekki samhverft eða “alveg rétt”?
- 0 Alls engin forðun
 - 1 Dálítil forðun
 - 2 Miðlungs forðun
 - 3 Mikil forðun
 - 4 Mjög mikil forðun við nánast alla hluti
3. Hversu mikla vanlíðan eða kvíða finnur þú, ef þú finnur þá tilfinningu að eitthvað sé “ekki alveg rétt”?
- 0 Alls enga vanlíðan/kvíða
 - 1 Væga vanlíðan/kvíða
 - 2 Miðlungs vanlíðan/kvíða
 - 3 Mikla vanlíðan/kvíða
 - 4 Mjög mikla vanlíðan/kvíða

4. Hve mikið hefur tilfinning um að eitthvað sé “ekki alveg rétt” eða tilraunir þínar til að koma röð og reglu á hlutina eða finna þá tilfinningu að þeir séu réttir, truflað daglegt líf hjá þér (vinnu, skóla, sinna sjálfum þér, félagslíf)?
- 0 Alls engin truflun
 - 1 Dálítil truflun, en ég virka að mestu leiti vel í daglegu lífi
 - 2 Truflar marga í mínu daglega lífi, en ég ræð ennþá við það
 - 3 Truflar daglegt líf mitt á margvíslegan hátt og ég á erfitt með að ráða við það
 - 4 Truflar allt mitt daglega líf og ég ræð alls ekki við það
5. Hve erfitt er það þegar þú reynir að veita ekki athygli hugsunum um skort á reglu og samhverfu eða stilla þig um að raða hlutum í rétta röð eða endurtaka vissa hegðun?
- 0 Alls ekki erfitt
 - 1 Dálítið erfitt
 - 2 Miðlungs erfitt
 - 3 Mjög erfitt
 - 4 Ofboðslega erfitt

© Jonathan S. Abramowitz.

Ísl. þýðing: Ragnar P. Ólafsson, Jóhann B. Arngrímsson og Páll Árnason (2011).

Viðauki B

Skriðurit af þáttalaun DOCS.

