

Narzędzia do pomiaru objawów zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (zastosowanie, właściwości, wady i zalety)

Tools for measuring the symptoms of obsessive-compulsive disorder (application, properties, advantages and disadvantages)

Marcin Jeśka

Centrum Zdrowia Psychicznego



Marcin Jeśka

Doktorant na Wydziale Zarządzania UW w Katedrze Psychologii i Socjologii. Certyfikowany terapeuta poznawczo-behawioralny. Pracuje w Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie, gdzie zajmuje się terapią i diagnozą psychologiczną.

STRESZCZENIE

Poniższy artykuł zawiera przegląd literatury, głównie anglojęzycznej, dotyczącej narzędzi psychometrycznych do oceny występowania i nasilenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD), skonstruowanych na bazie teorii poznawczo-behawioralnej. Artykuł ten porusza też szeroko pojętą problematykę konstrukcji tych narzędzi. W poniższej pracy oprócz omówienia najważniejszych narzędzi do pomiaru zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (zwłaszcza ich przydatności, właściwości psychometrycznych oraz wad i zalet) zostało zamieszczone też pierwsze w Polsce tłumaczenie skróconej wersji kwestionariusza *The Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI), przygotowanego przez Ednę Foa i zespół.

Słowa kluczowe: psychometria, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, inwentarz OCI

ABSTRACT

This article provides an overview of mostly English-language literature on psychometric tools to measure the incidence and severity of obsessive-compulsive disorder (OCD), constructed on the basis of the theory of cognitive-behavioral therapy. This article also looks at the broader issues of design of these tools. In this study in addition to discussing the most important tools for the measurement of obsessive-compulsive disorder, especially their usefulness, psychometric properties and the advantages and disadvantages, there is also the first Polish translation of the questionnaire short version of *The Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI), prepared by Edna Foa and team.

Key words: psychometrics, obsessive-compulsive disorder, OCI

NAJWAŻNIEJSZE

Przegląd narzędzi wspierających diagnozę zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

HIGHLIGHTS

Overview of the diagnose-supporting tools for obsessive-compulsive disorder.

WSTĘP

Narzędzia skonstruowane w oparciu o założenia koncepcji poznawczo-behawioralnej stosowane jako wsparcie diagnozy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD, *obsessive-compulsive disorder*) mają odpowiedzieć na pytanie, czy zaburzenie to występuje, a jeśli tak, to jakie jest jego nasilenie. Najczęściej są to kwestionariusze samooceny, skale pomiarowe i ustrukturyzowane wywiady kliniczne. Przy stosowaniu tych narzędzi należy uwzględnić problemy z diagnozą wynikające ze specyfiki zaburzenia, można je podzielić na: leżące po stronie pacjenta oraz leżące po stronie narzędzia.

Do problemów leżących po stronie pacjenta możemy zaliczyć o ile przeważa postawa obronna:

- tendencje do negocjowania bądź ukrywania swoich objawów (doświadczenie pokazuje, że jeśli pacjenci nie zostaną zapytani wprost o objawy, to nie informują o nich) oraz
- w zależności od wglądu, brak postrzegania swoich objawów jako odbiegających od normy.

Problemy leżące po stronie narzędzia wynikają z jego:

- właściwości psychometrycznych
- czasochłonności
- trafności teoretycznej.

Wadą narzędzi psychometrycznych może być właśnie brak uwzględnienia neutralizacji w diagnozie schorzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Ostatnio zwraca się uwagę na tzw. mentalne kompulsje (*mental compulsions*), które w istocie są myślami neutralizującymi (*neutralizing thoughts*). W anglojęzycznej literaturze przedmiotu *mentalne kompulsje* i *neutralizowanie* traktowane są jak synonimy o tej samej treści i tym samym zakresie.

PIERWSZE NARZĘDZIA DO DIAGNOZY ZABURZEŃ OBSESYJNO-KOMPULSYJNYCH

Wczesne narzędzia do charakteryzowania objawów OCD oparte były na tematach związanych z kompulsyjnym zachowaniem się pacjentów, np. myciem i sprawdzaniem [1]. Jednak na podstawie ich samoopisu zauważono, że symptomy wielu pacjentów z OCD są bardziej wielowymiarowe niż te związane z kompulsyjnym zachowaniem. Samoopis pacjentów dawał szerszą topografię symptomów OCD. Najczęściej, statystycznie rzecz biorąc, w samoopisie pacjentów obsesyjno-kompulsyjnych sygnalizowane są symptomy związane ze sprawdzaniem i myciem. Rzadziej (lub wcale) są sygnalizowane mentalne rytuały (czyli neutralizowanie) lub zbieractwo.

Jednym z pierwszych narzędzi diagnozujących zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, kładącym nacisk właśnie na kompulsje był **The Compulsive Activity Checklist** (CAC), pierwotnie zwany **The Obsessive-Compulsive Interview Checklist** [2]. Początkowo narzędzie to miało wiele form. Wersja kwestiona-

riuszowa, składająca się z 38 itemów, zawierała 4-stopniową skalę szacunkową przygotowaną przez Foa i zespół. Trafność zewnętrzna oszacowana została na poziomie 0,94. Narzędzie to bardzo dobrze różnicuje zachowania kompulsyjne polegające na myciu się (*washers*) i zachowania kompulsyjne polegające na sprawdzaniu (*checkers*) (85% poprawnych identyfikacji). Ma ono jednak wady i ograniczenia, a podstawowym minusem jest nieuwzględnianie obsesji.

Hodgson i Rachman [3] przygotowali 30-itemowy inwentarz **Maudsley Obsessional Compulsive Inventory** (MOCI), by oszacować obecność różnych typów symptomów obsesyjnych i kompulsyjnych. Inwentarz MOCI zawiera wybór objawów, na podstawie którego można wyliczyć wynik ogólny, oraz cztery podskale wyodrębnione na podstawie analizy czynnikowej: *sprawdzanie*, *mycie*, *powolność/powtarzanie* oraz *wątpliwości/skrupulatność*. Narzędzie to odznacza się wysokim wskaźnikiem trafności kryterialnej i znaczną rzetelnością. Dużą zaletą tego narzędzia jest moc dyskryminacyjna oraz wysoki wskaźnik trafności zewnętrznej. W późniejszym czasie pojawiły się wersje skrócone inwentarza, które miały wady i poważne usterki, np. niektóre itemy wersji skróconych nie odnosiły się sensu stricto do symptomów obsesyjno-kompulsyjnych, a pytania skonstruowane były w taki sposób, że wybór odpowiedzi był dychotomiczny, co ograniczało możliwość szerszego ujmowania symptomów, dodatkowo podskale *sprawdzania* i *mycia* zawierały za mało itemów [4]. Z tego powodu wykonano 52-itemową rewizję skali MOCI, która uwzględniła uwagi krytyczne i zarzuty stawiane pierwszej wersji oraz skalom skróconym. Nosi ona nazwę **The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory** (VOCI) [5].

Oryginalnym narzędziem typu q-sort, zaprojektowanym, by mierzyć obsesyjne cechy i symptomy, jest **Leyton Obsessional Inventory** (LOI). Narzędzie to ma dobre wskaźniki psychometryczne: współczynnik rzetelności α -Cronbacha dla poszczególnych symptomów waha się od 0,75 do 0,90, stabilność bezwzględna testu mierzona metodą test-retest w odstępie dwóch tygodni wynosi $r = 0,87$ dla wyniku mierzącego symptomy i $r = 0,91$ dla wyniku mierzącego cechę [4]. Oprócz zalet LOI ma też wady. Podstawową jest to, że podskale narzędzia silnie korelują ze sobą (wynik ogólny $r = 0,81$, podskale: 0,70–0,90), co mogłoby sugerować, że nie opisują różniących je czynników.

The Lynfield Obsessional-Compulsive Questionnaire (LOCQ) jest skróconą wersją LOI, ale psychometryczne właściwości tego narzędzia nie są znane [6].

Inną modyfikacją kwestionariusza LOI, przeznaczoną dla dzieci, jest **The Leyton Obsessional Inventory – Child Version** (LOI-CV). W porównaniu z pierwotną wersją LOI uproszczono język i zmniejszono liczbę pytań, by dzieci mogły sobie łatwiej poradzić z narzędziem. W narzędziu można wyróżnić następujące podskale: *myśli natrętne*, *sprawdzanie*, *zanieczyszczanie*, *porządkowanie*, *powtarzanie* i *niezdecydowanie*. [7]. Również

w Polsce powstała wersja kwestionariusza *The Leyton Obsessional Inventory – Child Version* (LOI-CV). Rzetelność polskiej wersji, składającej się z 20 itemów, jest zadowalająca zarówno pod względem całości, jak i poszczególnych pytań [8].

Kolejnym kwestionariuszem typu *self-report* do pomiaru występowania symptomów obsesyjno-kompulsyjnych jest znany i często używany 60-itemowy **Padua Inventory** (PI) [9]. Składa się on z czterech opracowanych na podstawie analizy czynnikowej podskal, w analizie ilościowej można obliczyć też całościowy wynik. Podskale w tym narzędziu są następujące: *neutralizowanie, zanieczyszczanie, sprawdzanie* oraz *obawa utraty kontroli nad zachowaniem*. Ponieważ skala PI silnie koreluje z inwentarzami niepokoju, zaproponowano skrócone wersje tego kwestionariusza, wyłączające zachodzące na siebie zakresy i treścią itemy dotyczące niepokoju [10], oraz wersję składającą się z 39 itemów [11]. Dobrą rzetelnością i trafnością charakteryzowały się wersje skrócone, szczególnie wersja skali funkcjonująca pod nazwą **Washington State University Revision**, przygotowana przez Burnsa i zespół. Jednakże kwestionariusz PI i jego skrócone wersje mają małą moc dyskryminacyjną, ich wadą jest również to, że pominięto w nich symptomy ważne w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym, natomiast takie symptomy jak neutralizowanie i intruzywne myśli o charakterze seksualnym są słabo reprezentowane.

NOWSZE NARZĘDZIA DO DIAGNOZY ZABURZEŃ OBSESYJNO-KOMPULSYJNYCH

Obecnie najbardziej znanym i powszechnie uznanym narzędziem do szacowania symptomów obsesyjno-kompulsyjnych jest **Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory** (Y-BOCS), który zawiera listę 64 itemów dotyczących aktualnych obsesji i kompulsji, odnoszących się zarówno do przeszłości, jak i do teraźniejszości. Skala poprzedzona jest 10 klinicznymi itemami, które oszacowują i oceniają kompulsje i obsesje niezależnie od zawartości i symptomów [12, 13]. Skala Y-BOCS cechuje się wysokim wskaźnikiem rzetelności dla początkowych 10 klinicznych itemów [12, 14, 15], chociaż trafność kryterialna dla poszczególnych podskal jest różna, również moc dyskryminacyjna testu nie jest bardzo wysoka.

The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) to modyfikacja kwestionariusza Y-BOCS dokonana przez Rapoport [12, 13], przeznaczona dla dzieci i młodzieży w wieku 6–17 lat. Zarówno CY-BOCS, jak i Y-BOCS mają częściowo ustrukturyzowaną formę badania, składającą się z 5 części:

1. Wstęp (wyjaśnienie procedury badania oraz specyfiki objawów obsesyjno-kompulsyjnych).
2. Itemy dotyczące natrętnych myśli.
3. Nasilenie tychże myśli natrętnych.
4. Itemy dotyczące kompulsji.
5. Nasilenie tychże kompulsji.

Wersja dla dzieci i młodzieży (CY-BOCS) zawiera takie same punkty i itemy jak skala Y-BOCS oraz ma identyczną formę graficzną, jednakże została uproszczona pod względem językowym, a pewne pojęcia, takie jak obsesje czy kompulsje, zostały przedstawione w sposób opisowy. Czynności i myśli natrętne podzielono na 15 kategorii. Najważniejszą część skali stanowi 19 itemów, z których pierwsze 10 służy do oceny występujących objawów obsesyjno-kompulsyjnych (pytania 1–5 dotyczą myśli natrętnych, a pytania 6–10 – kompulsji) [8].

Polska wersja **The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale**, opracowana przez Bryńską i Wolańczyka, ma dobre parametry psychometryczne. Współczynnik rzetelności α -Cronbacha dla całości skali wynosi 0,91, dla podskali dotyczącej obsesji – 0,85, a dla skali dotyczącej kompulsji – 0,80 [8].

Chociaż skala Y-BOCS uchodzi za złoty standard w mierzeniu symptomów zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, ma ona też istotne ograniczenia. Narzędzie jest przede wszystkim czasochłonne, wymaga też wywiadu i specjalnie przeszkolonego specjalisty do oceny symptomów, a wskaźnik trafności narzędzia nie został wystarczająco i przekonująco poparty badaniami [16], ma też niezbyt dużą moc dyskryminacyjną. Z tych powodów pomiar symptomów obsesyjno-kompulsyjnych wymaga uzupełnienia.

Chociaż powyższą skalę skonstruowano do diagnozy OCD, to posługiwano się nią również do empirycznego badania natury tego zaburzenia, szczególnie w celu poprawnego wyszczególnienia podtypów zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Za najlepsze narzędzie do empirycznego badania OCD uznano właśnie **Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale** [12, 13]. Analiza kliniczna, na podstawie której oceniono szeroko rozumiane występowanie symptomów OCD lub ich brak (np. obawa przed insektami lub zwierzętami), pozwoliła wyodrębnić 15 kategorii kompulsji i obsesji. Baer dokonał analizy czynnikowej tych 15 kategorii przy użyciu danych 107 przypadków pacjentów z OCD i wyszczególnił 3 czynniki:

1. symetrię i zbieractwo
2. zanieczyszczenie i czyszczenie
3. czyste obsesje.

Stosując tę samą metodę i narzędzia, Leckman wyróżnił 4 czynniki:

1. obsesje i sprawdzanie
2. symetria i porządek
3. czystość
4. zbieractwo.

Pięć czynników wyróżnionych zostało przez Mataix-Cols i zespół [17]:

1. symetria i porządek
2. zanieczyszczenie/czyszczenie
3. zbieractwo
4. natarczywość i sprawdzanie
5. seksualność i obsesje religijne.

Wreszcie, po badaniach skalą Y-BOCS, przy zastosowaniu analizy czynnikowej Calamari, Wiegartz i Janeck [18] również wyróżnili pięć podtypów zaburzenia OCD:

1. *krzywdzenie*
2. *zbieractwo*
3. *zanieczyszczanie*
4. *upewnianie się*
5. *obsesyjność*.

Minusem skal Y-BOCS i CY-BOCS jest to, że nie uwzględniają one neutralizowania (czyli mentalnych kompulsji) jako charakterystycznego symptomu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, co jest coraz bardziej podkreślane w modelach zaburzenia OCD w teorii poznawczo-behawioralnej.

Inne narzędzie, uwzględniające już neutralizowanie w diagnozie OCD stworzyli Foa z zespołem [19]. Przygotowali oni 42-itemowy kwestionariusz: **The Obsessive-Compulsive Inventory** (OCI) do oszacowania szerokiego zakresu symptomów obsesyjno-kompulsyjnych. W normalizacji wzięto pod uwagę zarówno grupę kliniczną, jak i grupę kontrolną. Itemy podzielone zostały na 7 podskal: *sprawdzanie, mycie, obsesje, neutralizowanie, porządkowanie, zbieractwo oraz wątpliwości*. Skale OCI mają bardzo dobrą trafność, która w podskalach waha się od dobrej do bardzo dobrej ($r: 0,59-0,96$), i wysoką stabilność bezwzględną testu mierzona metodą test-retest w odstępie dwóch tygodni, wahającą się w podskalach w zakresie $0,77-0,97$. Dla grupy kontrolnej stabilność bezwzględna również mierzona metodą test-retest po tygodniu w podskalach waha się od $0,68$ do $0,90$. Pacjenci ze zdiagnozowanym OCD uzyskują istotnie wyższe wyniki od pacjentów z innymi zaburzeniami lękowymi we wszystkich podskalach z wyjątkiem skali *zbieractwa*. Od grupy kontrolnej (badani z grupy nieklinicznej) pacjenci ze zdiagnozowanym OCD uzyskują również istotnie wyższe wyniki we wszystkich podskalach. Skala OCI bardzo silnie koreluje z wymienioną już skalą MOCI oraz ze skalą *Compulsive Activity Schedule*, ale ma słabą korelację ze skalą Y-BOCS.

Wersja skrócona skali OCI, składająca się z 18 itemów (OCI-R), która została opublikowana w 2002 roku, jest bardziej rekomendowana przez autorów niż pełna wersja OCI [20]. W wersji skróconej OCI-R, podobnie jak w pełnej wersji **The Obsessive-Compulsive Inventory**, mierzymy symptomy na 5-punktowej skali typu Likerta. Jednakże podstawowym mankamentem tego narzędzia jest to, że skala OCI-R nie pozwala odpowiednio oszacować obsesji. Poświęca im tylko 3 itemy. Skala OCI-R również ma wysoki współczynnik korelacji ze skalą MOCI, na poziomie $r = 0,85$. Na końcu artykułu przedstawiam prawdopodobnie pierwsze w Polsce tłumaczenie tego narzędzia.

Kolejnym, stosunkowo świeżym kwestionariuszem do pomiaru i szacowania symptomów obsesyjno-kompulsyjnych jest narzędzie, mające w nazwie nazwiska twórców: **Clark – Beck Obsessive-Compulsive Inventory** (CBOCI) [21]. Autorzy postawili sobie za cel stworzenie narzędzia stosunkowo mało czasochłonnego, użytecznego klinicznie, zawierającego w opisie taki sam stosunek itemów dotyczących obsesji i kompulsji, odnoszącego się do DSM-IV oraz zawierającego najnowsze osiągnięcia teorii poznawczo-behawioralnej. Kwestionariusz CBOCI składa się z 25 itemów i jego celem jest przeprowadzenie krótkiego sprawdzianu częstotliwości i występowania symptomów obsesyjno-kompulsyjnych. Jest to narzędzie komplementarne do inwentarza diagnozującego depresję – **Beck Depression Inventory II** (BDI-II) oraz do **Beck Anxiety Inventory** (BAI), dlatego należy je uważać za kompatybilne z powyższymi, lecz mierzące tylko główne symptomy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego zgodnie z kryteriami DSM-IV i aktualną teorią poznawczo-behawioralną. Właściwości psychometryczne narzędzia zostały opracowane bardzo poprawnie metodologicznie. Najpierw wykonano badania pilotażowe, by wyodrębnić odpowiednie itemy, następnie ustalono normy w większej próbie klinicznej porównującej grupę kontrolną z osobami niemającymi diagnozy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Warty odnotowania jest kwestionariusz **Ustrukturyzowany Wywiad (Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego)** autorstwa Bryńskiej i Wolańczyka [8]. Polski kwestionariusz zawiera 18 pytań skonstruowanych na podstawie kryteriów diagnostycznych zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego zawartych w klasyfikacji DSM-IV oraz ICD 10. Najwięcej, bo 14 pytań, dotyczy kryterium A z DSM-IV oraz kryterium B z ICD 10. Itemy te potwierdzają lub negują występowanie objawów obsesyjno-kompulsyjnych, ujmując głównie pojęcie myśli natrętnej i czynności natrętnej. Zanim narzędzie udostępniono, zostało ono zbadane pod kątem językowym i metodologicznym. Ma ono wysoką rzetelność (α -Cronbacha dla całości narzędzia wynosi $0,90$), współczynnik korelacji między **Ustrukturyzowanym Wywiadem (Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego)** a kwestionariuszem **Leyton Obsessional Inventory Child Version** (LOI-CV) wynosi $r = 0,30$ dla $p < 0,05$ [8].

PODSUMOWANIE

Niniejszy przegląd dostępnych kwestionariuszy do badania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u dorosłych i dzieci wskazuje na dostępność narzędzi głównie w języku angielskim. Trzeba mieć nadzieję, że w najbliższym czasie luka ta zostanie wypełniona za pomocą szybkich w stosowaniu i rzetelnych narzędzi spełniających wszystkie wymagania psychometryczne.

ANEKS. TŁUMACZENIE INWENTARZA OCI-R

Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R)

Poniższe stwierdzenia mówią o sytuacjach, z którymi ludzie stykają się w swoim codziennym życiu. Zaznacz kółkiem numer, który najlepiej opisuje, jak bardzo Twoje doświadczenie Cię niepokoiło lub martwiło w ostatnim miesiącu. Numery odnoszą się do poniższych określeń:

0 wcale	1 trochę	2 średnio	3 często	4 bardzo często
1. Nie wyrzucam na śmietnik wielu niepotrzebnych przedmiotów, które później zostawiam nie na swoim miejscu				0 1 2 3 4
2. Sprawdzam rzeczy dużo częściej, niż potrzeba				0 1 2 3 4
3. Niepokoję się, jeśli przedmioty nie są ułożone należycie				0 1 2 3 4
4. Czuję się zmuszony do liczenia w myślach, gdy robię różne rzeczy				0 1 2 3 4
5. Mam problem z dotknięciem jakiejś rzeczy, jeśli wiem, że była ona dotknięta przez inną nieznaną lub znajomą osobę				0 1 2 3 4
6. Mam kłopot z kontrolowaniem moich myśli				0 1 2 3 4
7. Mam myśli, których nie chcę mieć				0 1 2 3 4
8. Po wyjściu z domu upewniam się, czy są zamknięte drzwi, czy są pozamykane okna, szuflady itd.				0 1 2 3 4
9. Niepokoję się, jeśli inni zmieniają sposób, w który ułożyłem rzeczy				0 1 2 3 4
10. Czuję się zmuszony powtarzać pewne liczby				0 1 2 3 4
11. Czasami muszę się umyć, bo czuję się zanieczyszczony				0 1 2 3 4
12. Czuję się zaniepokojony moimi nieprzyjemnymi myślami, które przychodzą mi do głowy wbrew mojej woli				0 1 2 3 4
13. Unikam wyrzucania rzeczy, ponieważ obawiam się, że mogę potrzebować ich później				0 1 2 3 4
14. Wielokrotnie sprawdzam gaz, kran i światło po ich zakręceniu i wyłączeniu				0 1 2 3 4
15. Potrzebuję, by moje myśli były w należyтым porządku				0 1 2 3 4
16. Czuję, że jedne liczby są dobre, a inne złe				0 1 2 3 4
17. Myję ręce dużo częściej, niż potrzeba				0 1 2 3 4
18. Regularnie mam „obrzydlive” myśli i problem, by się od nich uwalniać				0 1 2 3 4

PISMIENICTWO

1. Rachmann S, Hodgson R. *Obsessions and compulsions*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ 1980.
2. Marks IM, Hallam RS, Connolly J, Philpot R. *Nursing in behavioural psychotherapy*. Royal College of Nursing; United Kingdom London 1977: 5-56.
3. Hodgson RJ, Rachman SJ. *Obsessional-compulsive complaints*. *Behav Res Ther* 1977; 15: 389-395.
4. Taylor S. *Assessment of obsessions and compulsion: Reliability, validity, and sensitivity to treatment effects*. *Clin Psychol Rev* 1995; 15: 261-296.
5. Thordarson DS, Radomsky AS, Rachman S, Shafran R, Sawchuk CN, Hakstian AR. *The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)*. *Behav Res Ther* 2004; 42: 1289-1314.
6. Allen JJ, Tune GS. *The Lynfield Obsessional Compulsive Questionnaire*. *Scott Med J* 1975; 20: 25-28.
7. Berg CJ, Rapoport JL, Flament MF. *The Leyton Obsessional Inventory – Child Version*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 141: 363-369.
8. Bryńska A. *Zaburzenie Obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007: 46-49.
9. Sanavio E. *Obsessions and compulsions: The Padua Inventory*. *Behav Res Ther* 1988; 26: 169-177.
10. van Oppen P, Hoekstra RJ, Emmelkamp PMG. *The structure of obsessive-compulsive symptoms*. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33: 15-23.
11. Burns GL, Keorge SG, Formea GM, Sternberger LG. *Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions and compulsions*. *Behav Res Ther* 1996; 34: 163-173.
12. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C. *The Yale – Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Development, use, reliability*. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-1011.
13. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C. *The Yale – Brown Obsessive-Compulsive Scale: Validity*. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012-1016.
14. Nakagawa A, Marks IM, Takei N, De Araujo LA, Ito LM. *Comparisons among the Yale – Brown Obsessive-Compulsive Scale, Compulsion Checklist, and other measures of obsessive-compulsive disorder*. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 108-112.
15. Woody SR, Steketee G, Chambless DL. *Reliability and validity of the Yale – Brown Obsessive-Compulsive Scale*. *Behav Res Ther* 1995; 33: 597-605.
16. Amir N, Foa EB, Coles ME. *Factor structure of the Yale – Brown Obsessive-Compulsive Scale*. *Psychological Assessment* 1997; 9: 312-316.
17. Mataix-Cols D, Rauch S, Manzo P, Jenike M, Baer L. *Use of factor-analyzed symptom subtypes to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in obsessive-compulsive disorder*. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1409-1416.
18. Calamari J, Wiegartz P, Janeck A. *Obsessive-compulsive disorder subgroups: A symptom based cluster approach*. *Behav Res Ther* 1999; 37: 113-125.
19. Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. *The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory*. *Psychological Assessment* 1998; 10: 206-214.
20. Foa EB, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, Salkovskis PM. *The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version*. *Psychological Assessment* 2002; 14: 485-496.
21. Clark DA, Beck AT, Antony MM, Swinson RP, Steer RA. *Screening for obsessive and compulsive symptoms: Validation of the Clark – Beck Obsessive-Compulsive Inventory*. *Psychological Assessment* 2005; 2: 132-143.

Adres do korespondencji:

Marcin Jeśka
Centrum Zdrowia Psychicznego
al. Wilanowska 43 a, 02-765 Warszawa
tel.: 606-170-125
e-mail: marcinjeska@gmail.com