

ГОДИШНИК НА СОФИЙСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ

Психология
Том 105

ANNUAL OF SOFIA UNIVERSITY “ST. KLIMENT OHRIDSKI”
FACULTY OF PHILOSOPHY

Psychology
Volume 105

БЪЛГАРСКА АДАПТАЦИЯ НА ВАНКУВЪРСКИЯ ВЪПРОСНИК ЗА ОБСЕСИИ И КОМПУЛСИИ В ЮНОШЕСКА ИЗВАДКА

ВЕСЕЛА КРЪСТЕВА-СИМЕОНОВА

Катедра „Обща, експериментална и генетична психология“
vesela_k@abv.bg

*Весела Кръстева-Симеонова. БЪЛГАРСКА АДАПТАЦИЯ НА ВАНКУВЪРСКИЯ
ВЪПРОСНИК ЗА ОБСЕСИИ И КОМПУЛСИИ В ЮНОШЕСКА ИЗВАДКА*

Целта на настоящото изследване е представяне резултатите по апробацията на Ванкувърския въпросник за обесии и компулсии (Vancouver Obsessional Compulsive Inventory [VOCI]) в неклинична юношеска извадка – оценка на факторната структура, както и извеждане и анализ на корелациите с другите конструкти, включени в изследването. Данните, получени върху извадка от 852 юноши от 8.–12. клас, дават основания за частична промяна в оригиналната факторна структура. Резултатите потвърждават надеждността (равнище на вътрешна съгласуваност) на общия показател и компонентите на въпросника. Валидността е оценена чрез връзки с широк кръг самоописателни скали: Въпросник за обесии и компулсии – кратка (ревизирана) версия (Obsessive–Compulsive Inventory–Short Version–R [OCI–R]); Въпросник за безпокойства на Щатския университет на Пенсилвания (Penn State Worry Questionnaire [PSWQ]); Въпросник за потискане на мисли „Бялата мечка“ (White Bear Suppression Inventory [WBSI]); Въпросник за обесивни убеждения (Obsessive Beliefs Questionnaire [OBQ]); Скала за депресия на Л. Радлоф (The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale [CES–D]). Получените резултати позволяват да се оценят положително качествата на VOCI като полезен съвременен инструмент за оценка на обесии и компулсии в юношеска възраст.

Ключови думи: обесии, компулсии, валидност, юноши, вътрешна съгласуваност, самоописателни скали, неклинична юношеска извадка, въпросник

Vesela Krasteva-Simeonova. BULGARIAN ADAPTATION OF VANCOUVER OBSESSIONAL COMPULSIVE INVENTORY [VOCI] IN A ADOLESCENT SAMPLE

The purpose of the this study is to present the results from the approbation of the Vancouver Obsessional Compulsive Inventory [VOCI] in a nonclinical adolescent sample – assessment of the factorial structure, as well as analysis of its correlation with other constructs, included in this study. The data, derived from answers of 852 adolescent (13–19 year old), give us basis for a partial correction in the original factorial structure. The results confirm the reliability (level of internal consistency) of the general index and the components of the questionnaire. Its validity is assessed by linking it with a large group of self-describing scales: Obsessive–Compulsive Inventory–Short Version-R [OCI-R], Penn State Worry Questionnaire [PSWQ], White Bear Suppression Inventory [WBSI], Obsessive Beliefs Questionnaire [OBQ], The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale [CES-D]. The obtained results permit the positive assessment of the VOCI as a useful contemporary tool for assessing the obsessive-compulsive disorders in youth age.

Keywords: Obsessions; Compulsions; Validity; Adolescents; Internal consistency; Self-describing scales; Nonclinical sample; Inventory.

Безпокойството, тревожността, страховете, депресивното страдание става част от ежедневието на съвременния човек, а за съжаление и на не малко деца и юноши. Нерядко такива състояния стават предпоставка или вървят ръка за ръка с натрапливи мисли и/или действия. Не е за пренебрегване и връзката им с психиатрични разстройства като обесивно-компулсивно разстройство (ОКР) и личностови разстройства.

Постановка на проблема

ОКР е психиатрично страдание, което причинява повтарящи се, неприятни мисли (обесии) или действия/поведения (компулсии), които са трудни за контролиране, могат да отнемат много време, да пречат на ежедневието на индивида, да предизвикват значителен дистрес, да изискват усилия и обикновено се приемат от личността като неоснователни.

Обесии са периодично повтарящи се и персистиращи мисли, импулси или образи, които се преживяват като натрапващи се и неуместни и причиняват значителна тревожност и дистрес. Личността се опитва да игнорира или потиска такива мисли, импулси или образи или да ги неутрализира с някаква друга мисъл или действие. Разпознават се като продукт на собствения ум (не като външни, както при вменияването на мисли). Все пак човек счита тези мисли и състояния и за несвойствени, субективно се възприемат като чужди, нежелани и неподвластни на контрол и следователно могат да се определят като егодистонни (DSM-IV-TR, 2000, 457–458; 462–463).

Компулсиите са повтарящи се поведения (напр. миене на ръце, подреждане, проверяване) или умствени действия (напр. казване на молитви, броене, тихо повтаряне на думи) по начин, по който личността се чувства принудена да изпълнява действията в отговор на обсеията или според правила, които изпитва нужда ригидно да спазва. Поведенията или умствените действия са насочени към предотвратяване или редуциране на дистреса или ситауация, събитие, от настъпването на които човекът се страхува (DSM-IV-TR, 2000, 457–458; 462–463).

Определенията на двете състояния имат известни, но несъществени различия в МКБ-10 и в DSM-IV-R (2000). Докато в първата класификация обсеиите се дефинират като образи, мисли, идеи, а компулсиите като действия, в Американската класификация дефинирането е на функционален признак – обсеиите пораждат тревожност, а компулсиите имат за цел редуциране на създаденото от натрапливите мисли напрежение. Така някои от скритите „вътрешни“ компулсии (ментални ритуали) според DSM-IV-TR могат да се разглеждат като обсеии според МКБ-10 (ДСН-IV-ТР, 2009, 231).

В детството обсеиите се съсредоточават върху някои плашещи децата, катастрофални семейни събития като смъртта на родител, усещания за заразяване (без задължително да се чувстват в този момент мръсни), страхове относно телата им, сексуални страхове, безпокойства дали правят правилното нещо. Компулсиите най-често са: миене (по-често на ръце, но може да включват и многократно, настойчиво миене на други части от тялото или цялото тяло), повтарящи се дейности, проверяване и подреждане (МКБ-Х, 1998; Каплан, Садок, 1998; Меш, Вольф, 2003).

Още през XVII в. са били идентифицирани симптомите на ОКР. Обсеиите и компулсиите са определяни като проява на „религиозна меланхолия“ у хора, „обсебени“ от отвъдните сили. Така е до началото на XIX в., когато Jean Dominique Esquirol, френски психиатър, който през 1838 г. описва заболяване, много близко до настоящото ОКР, и го класифицира като „фикс идея“ (т.е. като вариант на някаква частична заблуда). В края на XIX в. ОКР е определено като „неврастения“, а в началото на XX в. Зигмунд Фройд и Пиер Жане отделят това състояние на натрапливости и обсеии от неврастенията. Жане предполага, че пациентите с натрапливости са с по-необичайна личностна структура, която той нарича „психастения“ (psychastenia), с особености като тревожност, ексцесивно безпокойство, и описва успешно лечение с техники, много сходни със съвременните, използвани в когнитивно-поведенческата терапия. Първият клиничен педиатричен случай на ОКР принадлежи на П. Жане, който описва 5-годишно момченце с натрапливи и повтарящи се мисли (Alvarenga, Mastroso, Rosário, 2012). Този проблем се оказва, че е с голяма давност в историята на психиатричните разстройства и се среща значително по-често при децата и юношите, отколкото се е предполагало по-рано (Flament et al., 1988; Rutter et al., 1970, вж. March, Leonard, 1996). Сред

възрастни с ОКР при една трета до една втора развитието на заболяването е с начало в детството (Rasmussen and Eisen, 1990, вж. March, Leonard, 1996). Наблюденията в тази сфера показват, че голяма част от тези деца не са консултирани със специалист повече от две години след първите прояви (Gomes de Alvarenga et al., 2012). Макар и рядко, описват се и случаи на 5–7 годишни деца с категорични симптоми за ОКР, като само 4 от 18 деца с диагноза ОКР са под специализирано, професионално наблюдение според епидемиологията на Flament et al. (March, Leonard, 1996).

Малките деца много често описват обсеиите си като безпокойства или тревоги и е наложително да се има предвид, че може да се объркат с нормалните възрастови страхове, ритуали, рутинни поведения, характерни за съответния стадий (Крайг, 2000) от развитието на детето (някои с начало нормално около 2 години), както и с особеностите на играта (Бенкерт, Ленцен-Шулте, 1999), (Evans, Leckman, 2008).

От друга страна, разграничаването на страха от тревожността е също рядко част от целта на едно клинично или субклинично изследване или наблюдение.

Видовете страх предполагат и различен подход към клиента. Така например нормалният страх, свързан с обективни и обосновани страхове, не предполага диагноза. Някои автори допълнително разграничават страха на *първичен* – 1. спонтанен и 2. ситуативен, предполагащи извличане на подробна анамнеза и анализ на съответно представите и на обектите/ситуациите, извикващи този страх, и *вторичен* – 1. органичен и 2. психиатричен, изискващи специфична диагностика (Щриан, 2001).

Симптомите на разстройството често отнемат много от времето и енергията на децата, така че ОКР може да направи живота им много труден и стресиращ. Нерядко е трудно изпълнението дори на ежедневни задачи от училище или дома. Мислите и поведенията, свързани с ОКР, често са озадачаващи за родителите, учителите и връстниците. Симптомите на разстройството лесно могат да бъдат неправилно интерпретирани като пренебрегване на волята, опозиционно поведение или безсмислено безпокойство, както и като форми на специфични поведения, свързани с възрастта, като обичаи, хобита, интереси (March, Leonard, 1996). Децата и подрастващите може да се опитват да крият симптомите си, да се срамуват от тях или да не знаят как да изразят скритите си страхове, да не са способни да ги обяснят или защо се чувстват принудени да повтарят действията си (Меш, Вольф, 2003).

При децата с ОКР семейното, социалното и училищно функциониране често се оказва твърде затормозено, а началото и края на деня могат да бъдат трудни, напрегнати поради силната им потребност да извършат всички ритуали. Те често и не се чувстват добре физически. Причини за това може да са стресът от това, че имат разстройството, може и да е лошо хранене и/или липсата на сън. Обсеиите и компулсиите, свързани с храната, са чести

и те могат да доведат до нередовни хранителни навици. Нерядко е налице и риск от социална изолация или отдръпване от общуване с връстниците, ниска самооценка по отношение на социалните и академичните дейности, проблемни поведения като сбивания или спорове, резултат от недоразумения между детето и връстниците или учителите (Кон, Реан, Фелдштейн, 2003).

Описаните поведения и състояния при децата и юношите с обесивно-компулсивни проблеми усложняват значително функционирането в училище, утежняват ситуацията в учебната среда, като водят понякога и до обучителни трудности и когнитивни проблеми, понижават социалното функциониране, повлияват личностния комфорт, като атакуват самооценката, влошават семейната атмосфера и качество на живот на всички ангажирани с отглеждането на детето. Всичко това се допълва и от фактите, че малка част от децата имат ОКР като единствена диагноза. Възможни са: Други тревожни разстройства; Специфични обучителни трудности – СОТ; Тикови разстройства; Поведенчески разстройства (Flament et al., 1988; Ridle et al., 1990; Swedo et al., 1989, цит. по March, Leonard, 1996, 1265–1272); Трихотиломания; Дисморфобия; Разстройство на навиците (Leonard et al., 1995); Депресия/Дистимия; Разстройство с дефицит на вниманието и хиперактивност; Генерализирано разстройство на психичното (Меш, Вольф, 2003; Cicchetti, 2008; DSM-IV-TR, 2000).

От друга страна, макар за децата да се счита, че не е необходимо да бъдат критични към своето състояние, то това не се отнася и не се очаква от юношите. Те нерядко се срамуват и са ангажирани с това да потискат и прикриват необичайните си поведения и импулси, което има и своя обратен ефект, а именно на засилване на симптомите, когато са сами, напр. у дома, и когато се чувстват сигурни и необезпокоявани от наблюдението или коментара на околните. Така за много от родителите на такива деца остава скрит фактът на тяхното страдание.

В България сред обществеността – в семействата, в специализираните заведения дори, в училищата, както и в работата на много от детските психолози, към настоящия момент се отделя по-сериозно внимание на смущаващите симптоми и поведения, които се забелязват лесно, чиято честота е значима и чийто ефект е стресогенен. Търси се помощ едва когато страданието има вече клинична значимост.

Изложеното дотук показва необходимостта от ранна идентификация на този проблем. Това, от своя страна, би позволило своевременна интервенция, което ще минимализира или дори в някои случаи до голяма степен ще неутрализира негативните ефекти от описаното страдание.

За целта особено подходящи са самоописателните скали, тъй като: (1) детето е по-склонно да споделя за своя вътрешен, скрит психичен опит, който типично осъзнава като „странен“ и „необичаен“ върху „белия“ лист, отколкото лице в лице, (2) те позволяват събиране на информация за широк

кръг от симптоми, които детето или юношата не е в състояние да сподели, поради по-ниското ниво на самопознание, неправилното разпознаване на симптомите или липсата на адекватна критичност за наличие на проблем, (3) удобни са за събиране на данни на голям брой индивиди, (4) създават добри условия за реоценка и в резултат възможност за „тестиране“ на ефекта от терапията, (5) в някои случаи могат да бъдат фактори, индуциращи липсваща до момента себерефлексия и така да се стигне самостоятелно от детето/юношата до откриване на отричани, замаскирани или неясни до момента симптоми.

За да се осигури оценка на широкия кръг от обесии, компулсии, поведение на избягване и личностни характеристики в обесивно-компулсивното функциониране, да се предостави адекватна възможност за скрининг сред юношите и да се отговори на все по-растящата необходимост от разпознаване и последваща подкрепяща намеса при необходимост е нужна адаптация за български условия на инструмент, осигуряващ изпълнението на гореспоменатите условия – *Ванкувърски въпросник за обесии и компулсии* – Vancouver Obsessional Compulsive Inventory [VOCI] (Thordarson, Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuk, Hakstian, 2004).

С цел по-прецизно и точно разграничаване на обесивните характеристики от тези с клинична значимост, от безпокойствата, тревожността, страха, от други клинични диагнози като депресия, от личностни разстройства, също така с цел изясняване на връзките между тях и вероятностите за взаимното им влияние към основния въпросник се включват и други конструкти.

Метод

Изследвани лица

Изследвани са общо 852 ученици от 4 училища в град София (710 пълни протокола). Разпределението по пол е небалансирано, като преобладават момчетата – 475 (55,8%). Броят на момчетата е 377 (44,2%). Възрастта е между 13 и 19 години (8.–12. клас).

Инструментарии

(1) *Ванкувърският въпросник за обесии и компулсии* (Vancouver Obsessional Compulsive Inventory [VOCI]) е нов, разработен неотдавна инструмент (Thordarson, D. et al. 2004). Оригиналният вариант включва 55 айтема, на които се отговаря с помощта на 5-степенна Ликертова скала на съгласие.

Като изходен при конструирането е използван друг популярен инструмент за оценка на обесии и компулсии – *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (МОЦИ) (Hodgson & Rachman, 1977, вж. Thordarson, et al., 2004), включващ 30 айтема. За апробацията на VOCI обаче са формулирани значителен брой нови айтеми, като е направен преглед на възможностите и на дру-

ги самоописателни инструменти (Foa, et al., 2002). Всеки елемент е съставен така, че да има повишена чувствителност към терапевтичната промяна, както и да се отнася до настоящите безпокойства и поведение. Положителна е формулировката, което от своя страна води до по-лесна администрация, отчитане и интерпретация. Развитие на новата скала започва през 1994 г. и преминава през няколко етапа с периодично добавяне и отстраняване на неработещите айтеми. Авторите предоставят доказателства за надеждността (вътрешна съгласуваност и тест-ретест надеждност) и валидността на инструмента чрез връзки с други скали за обесии и компулсии, както и с депресия, тревожност, безпокойства, личностни характеристики. Критериалната валидност е оценена и чрез възможностите на VOCI да разграничава възрастни пациенти с обесивно-компулсивно разстройство от други клинични извадки, както и от масова извадка (студенти). Очаква се, че подобно на своя предшественик VOCI ще намери широко приложение в научните изследвания и клиничните практики (Thordarson, et al., 2004).

Оригиналната факторна структура на VOCI разграничава 6 компонента: *Заразяване/Замърсяване* (12 айтема), *Проверяване* (6 айтема), *Обесии* (12 айтема), *Трупане* (7 айтема), *Перфекционизъм* (12 айтема) и *Нерешителност* (6 айтема) – общо 55 айтема. Тази структура обаче е получена върху малка клинична извадка от възрастни пациенти с обесивно-компулсивно разстройство и на този етап има предварителен характер (Thordarson, et al., 2004).

Българският превод по публикуваната версия (Thordarson, et al., 2004, 42, 1289–1314) е направен в три независими варианта от П. Калчев, К. Ханчева и В. Кръстева-Симеонова, дискутирани допълнително до постигане на съгласие. В подготовения за апробация изходен вариант са добавени два айтема за подреждане, взети от психометричната скала *The Symmetry, Ordering and Arranging Questionnaire* – SOAQ (Radomsky, A. S., Rachman, S., 2003; вж. Radomsky, A. S., Rachman, S., 2003, 42, 893–913). Оригиналната версия на VOCI не съдържа скала *Подреждане*, но поне един от айтемите има такова съдържание. Затова идеята е чрез двата допълнителни признака евентуално да се формира минискала за подобен тип компулсии.

Целта на изследването е представяне резултатите по апробацията на VOCI в неклинична юношеска извадка – оценка на факторната структура, както и извеждане и анализ на корелациите с другите конструкции, включени в изследването.

Други скринингови диагностични инструменти, използвани в настоящото изследване, са:

(2) Въпросник за обесии и компулсии – кратка (ревизирана) версия (*Obsessive-Compulsive Inventory-Short Version-R*, OCI-R, Foa et al., 2008). Това е самоописателен въпросник, изходният вариант е с 42 айтема, разпределени в седем субскали, базирани на симптоматични категории, които са често срещани при обесивно-компулсивното разстройство: *Проверяване*, *Миене*, *Об-*

сесии, Ментална неутрализация, Подреждане, Трупане и Съмнения. Добра до отлична е вътрешната консистентност както общо за цялата скала, така и за субскалите за пациенти с обесивно-компулсивно разстройство (OCD), генерализирана социална фобия (GSP) и посттравматично стресово разстройство (PTSD), както и за нетревожен контрол (NACs). OCI демонстрира също отлична дискриминативна валидност между диагностичните групи и задоволителна конвергентна валидност с други инструменти за OCD. Психометричните свойства на OCI са допълнително проверени в неклинична извадка от студенти (Simonds, Thorpe, & Elliott, 2000, вж. Foa et al., 2002). Характерна е висока вътрешна съгласуваност и за всяка субскала (всички алфа коефициенти са над 0.70). Намерена е добра конвергентна валидност с МОСІ (МОСІ; Hodgson & Rachman, 1977, вж. Foa et al., 2002).

Ревизираната версия на инструмента е изготвена през 2002 г. – *Obsessive–Compulsive Inventory–Short Version, OCI-R* подобрява първоначалната по три начина: 1. съкращава както мащаба, така и времето за попълване 2. опростява резултатите от субскалите 3. намалява припокриването на субскалите. OCI-R, който се състои от 18 айтема и 6 субскали, е запазил отлични психометрични характеристики. Неговите субскали дефинират добре индивидите със и без OCD. Въпросникът се попълва бързо и лесно, като средно времето е около 5 минути. Изследваният индивид отговаря за степента на личния дистрес от обесииите и компулсиите си чрез 5-степенна скала от Ликертов тип (0-4).

Авторите (Foa et al., 2002) представят данни за това, че цялата скала и шестте субскали имат добра вътрешна съгласуваност. Всички коефициенти за цялата скала за всяка извадка са високи. Съотношенията между субскалите са умерени, което показва, че субскалите са свързани, но не прекомерно. Корелациите между субскалите и общия резултат са умерени до високи, което се свързва със сходното съдържание на субскалите (т.е. OCD симптоми) (Foa et al., 2002).

OCI-R притежава солидна факторна структура. Като цяло констатациите подкрепят конвергентна валидност на OCI-R, въпреки че връзката между OCI-R и други инструменти за отчитане на обесивно-компулсивно разстройство и депресия се нуждаят според авторите от по-нататъшно проучване.

Както се очаква, OCI-R и субскалите му са силно корелиращи с цялата, дълга версия на OCI и субскалите му. Вътрешната съгласуваност е висока за общия резултат и за всяка субскала с изключение на психично неутрализиране в NACs. Тест-ретест надеждността е също умерена до висока за общия резултат и всички субскали.

OCI-R е високоефективен инструмент за дискриминация между пациенти с обесивно-компулсивно разстройство и пациенти с други тревожни разстройства, както и между пациенти с обесивно-компулсивно разстройство и нестрадащи индивиди. Инструментът е запазил много от качествата на OCI. Установено е, че има добри до отлични вътрешна съгласуваност, тест-ретест надеждност и конвергентна валидност.

Той е изключително полезен диагностичен скринингов инструмент в областта на научните изследвания и клинични условия. За да се стигне до краткия вариант, се формират основно шест компонента, всеки с по три айтема. Като резултат е настоящото много по-леко, ефективно и икономично администриране. Клиницистите ще отчетат предимствата на OCI-R и когато се отчита напредъкът от лечението. Пациентите биха открили, че OCI-R е по-малко комплициран от оригиналната версия.

Българската адаптация на OCI-R в юношеска възраст е осъществена върху 1695 юноши от 8. до 12. клас (Калчев, 2012). При подskalата *Неутрализация* се посочват евентуални проблеми с вътрешната съгласуваност (в оригиналната версия е също с ниско ниво на надеждност в неклиничната извадка (Калчев, 2012). Това предполага добавянето на още три айтема.

Първият най-голям фактор е *Поддредане*. Примерен айтем: „Ставам напрегнат и неспокоен, ако предметите не са подредени както трябва“.

Вторият е *Обсесии*. Напр.: „Разстройвам се от неприятни мисли, които нахлуват в главата ми, без да ги желая“.

Третият фактор е *Проверяване*. Напр.: „След като съм спрял крана на газта/водата, изключил съм печката, изгасил съм лампите, проверявам отново по няколко пъти дали всичко е наред“.

Четвъртият фактор е *Трупане*. Напр.: „Пазя толкова много стари и безполезни неща, че ми пречат“.

Петият фактор е *Миене*. Напр.: „Понякога си налагам да се мия и чистя, само защото имам чувството, че съм се измърсил и мога да се заразя с нещо“.

Шестият, най-малък фактор е *Неутрализация*. Напр.: „Чувствам, че трябва да си повтарям определени числа“.

В настоящата разработка пълните протоколи са върху 262 ученици от 8.–12. клас.

(3) Въпросник за безпокойства на Щатския университет на Пенсилвания (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ, Mayer et al., 1990). PSWQ се използва за оценка на честотата, интензивността и контрола върху безпокойствата. Той е един от най-често използваните инструменти за изследване на безпокойствата като основен компонент на тревожността и в частност на ГТР. Също така поради общата дисперсия на реалистичните безпокойства (фокус на PSWQ) и обсеиите бихме могли да получим по-разширени възможности за интерпретации на резултатите получени за обсеиите и компулсиите от специализираните скали (Калчев, 2012), каквато е VOCI. Конструиран е български вариант на PSWQ с юношеска извадка от 972 ученици.

Данните в настоящото изследване са върху общо 348 протокола от ученици от две столични гимназии – 9-та Френска езикова гимназия и Софийската математическа гимназия. Възрастта е между 13 и 18 години.

(4) Въпросник за потискане на мисли „Бялата мечка“ (*White Bear Suppression Inventory*, WBSI, Wengler & Zanakos, 1994). Ориентиран е към

оценка на „общата склонност потискането на мислите да се използва като стратегия за ментален контрол в различни ситуации и съдържание на мислите“ или за „хронично потискане на мислите“ (Wenger & Zanakos, 1994, 618, вж. Калчев, 2012). Конструиран е български вариант на WBSI от Пламен Калчев. В настоящата разработка са включени резултатите от протоколите на 348 юноши от 8. до 11. клас.

(5) Следващият инструмент, чиито корелации с VOIC са обект на настоящата разработка, е *Въпросникът за obsесивни убеждения (Obsessive Beliefs Questionnaire, OBQ)*. Използва се за оценка на когнитивни конструкции, които са свързани с obsесиите и компулсиите. В резултат на работата на авторите на въпросника (*Работна група за obsесивно-компулсивни когниции – Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*) се стига до обобщението за шест основни области на убеждения, които са характерни за хората с ОКР (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2001): 1. прекомерно чувство за отговорност; 2. придаване на свръхзначение на мислите; 3. потребност от контрол над мислите; 4. надценяване на опасността; 5. нетолерантност към несигурността; 6. перфекционизъм.

Конструиран е български вариант на OBQ-44 от Пламен Калчев. Извадката е от 693 пълни протокола, като факторните анализи свидетелстват в полза на 4-факторно решение: 1. Първият най-голям фактор е *Перфекционизъм*; 2. Вторият е *Свръхотговорност*; 3. Третият фактор се състои от айтеми, оценяващи *Значение/Контрол върху мислите*; 4. Най-малкият, четвърти фактор е *Надценяване на опасността* (изострено внимание към потенциална опасност) (Калчев, 2012).

В настоящото изследване данните са от 348 изследвани лица.

(6) Скала за депресия на Л. Радлоф (*The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale, CES-D, Radloff, 1997*) – българска адаптация П. Калчев (непубликувани резултати). В първото изследване скалата първоначално апробирана с голям брой извадка от български юноши – 1522, с аргументи в полза на дву- или трифакторно решение, а във второто изследване е използвана скалата, апробирана с разширена извадка от 2482 и потвърдени възможности за четирифакторно решение. Този инструмент е „предназначен да измерва актуалното равнище на депресивната симптоматика с акцент върху афективния компонент – депресивното настроение“ (Radloff, 1997, p. 385, вж. Калчев, 2012) и представлява широко използван и популярен самоописателен метод за оценка на депресивното страдание както за възрастни индивиди, така и за юноши.

Процедура

Изследването се провежда групово в рамките на един учебен час в класната стая. Уточнява се, че участието е анонимно, но при желание за обратна връзка може да се отбележи код или шифър върху листа за отговори. В отделни случаи се налага разясняване по отношение на формули-

ровки като „нежелани мисли или образи за сексуални действия“, „пориви да се подкара в насрещното движение и да се втурне сред колите“, „вътрешна принуда да се брои“, „затрупване или пазене на всевъзможни неща“ и др. Като цяло е налице кооперативност от изследваните лица и подчертано желание за получаване на обратна връзка от страна както на учениците (за персоналните резултати), така и от страна на учителите (за общите тенденции).

Резултати и обсъждане

Факторна структура на VOCI при български юноши

Оригиналните 55 айтема от VOCI са подложени на факторен анализ по метода на главните компоненти, с ротации по Варимакс и Промакс. Данните от scree-теста на Кетъл свидетелстват за възможно 5-, 6- или 7-факторно решение, но без ясно предимство на някои от посочените варианти. Затова последователно са анализирани трите варианта на факторизация. При всички случаи ясно се разпознават 4 от оригиналните фактори: *Обсесии*, *Заразяване/Замърсяване*, *Проверяване* и *Трупане*, както и допълнителен малък фактор, който не присъства в оригиналната версия, формиран от три айтема за броене/ментални ритуали. 7-факторното решение обаче не разграничава оригиналните фактори *Перфекционизъм* и *Нерешителност* – част от предназначените за тях айтеми се разпределят с ниски тегла към други фактори, останалите формират общ компонент. Тъй като оригиналните айтеми, предназначени за оценка на *Перфекционизъм* и *Нерешителност* (общо 18), от една страна, са проблемни от гледна точка на разпределението си, а от друга – оценяват не типични обсесии и компулсии, а асоциирани с тях личностни характеристики, на следващия етап те бяха изключени от анализа, както останалите 37 отново бяха подложени на факторен анализ (по метода на главните компоненти). Полученото 4-факторно решение (43% обяснена дисперсия) изцяло възпроизвежда 4-те оригинални фактора от VOCI, макар и с различна последователност при извличането. Факторната матрица на Таблица 1 свидетелства за „чисто“ факторно решение: високи тегла по оценявания фактор и ниски по останалите.

Таблица 1: Факторна структура на VOCI в българска юношеска извадка, след отстраняване на айтемите за Перфекционизъм и Нерешителност (Варимакс ротация)

	Заразяване	Обсесии	Проверяване	Трупане
23	,707	,112	,168	,108
21	,647			,164
50	,630			,101
44	,623	,174	,195	,103
39	,608			,201
8	,590		,299	
15	,538	,292	,138	
25	,519	,121	,128	
3	,488	,190		
32	,485		,185	,245
49	,481	,379	,200	,132
13	,456		,177	
27		,661	,200	
52	,142	,646		,251
28	,200	,591		,144
6		,590	,166	
34	,121	,588	,111	,164
54		,565	,108	,138
30	,162	,536		
16	,164	,522		
12	,122	,508	,192	,253
46	,168	,479	,100	,147
40	,270	,461		,185
2		,459		
7	,127	,139	,808	
43	,187	,141	,806	,125
37	,248	,115	,767	,136
20	,136	,184	,673	,158
33	,237	,236	,573	,229
41	,252	,278	,559	,241
42	,234	,166	,236	,734
35	,185	,127	,131	,729
51		,163	,136	,717
45	,173	,152		,645
22	,351	,233		,425
10		,250		,424
26		,295	,135	,342

Забележки: (а) Факторните тегла под 0,15 са пропуснати; (б) Номерата на айтемите съответстват на подреждането в оригиналната версия.

В първия фактор (12 айтема) *Заразяване/Замърсяване* с най-високи тегла са:

- № 21: *Изключително силно ме притесняват микробите и болестите.*
- № 23: *Много ми е трудно да пипам боклук или кошчета за боклук.*

Във втория фактор (12 айтема) *Обсесии* с най-високи тегла са:

- № 27: *Непрекъснато ме преследва и безпокои една и съща мисъл или картина на смърт.*
- № 52: *Непрекъснато ми идват на ум разстройващи ме, нежелани мисли за неморални неща.*

В третия фактор (6 айтема) *Проверяване* с най-високи тегла са:

- № 7: *Проверявам по няколко пъти, отново и отново неща като кранчета на чеими, електрически ключове дори и след като вече съм ги спрял или изключил.*
- № 43: *Често си налагам да проверявам по няколко пъти неща като електрически ключове, кранове, вентили, електроуреди, врати.*

В четвъртия фактор (7) *Трупане* с най-високи тегла са:

- № 42: *Много ми е трудно да изхвърля каквото и да било от къщи, защото се опасявам да не се лиша от нещо ценно.*
- № 35: *Почти ми е невъзможно да реша какво да запазя и какво да изхвърля.*

На следващия етап отделно са анализирани 18-те оригинални айтема за оценка на *Нерешителност* и *Перфекционизъм*, плюс двата допълнителни айтема за подреждане. Тъй като при всички варианти на факторизация три от тези айтеми са с ниски тегла (напр. № 29 „Твърде много се тревожа да не би да обезпокоя други хора“), те са отстранени от анализа (съдържанието на тези айтеми характеризира по-скоро тревожни нагласи без специфично обесивно съдържание). Данните от факторния анализ (по метода на главните компоненти и Варимакс ротация) показват най-ясно интерпретируемо 4-факторно решение (55% обяснена дисперсия) – вж. Таблица 2.

Таблица 2. Четири фактора, извлечени от 15 айтема от VOCI за Перфекционизъм и Нерешителност, плюс два допълнителни айтема за Подреждане (Варимакс ротация)

	Подреждане	Нерешителност	Перфекционизъм	Броеве
56	,787			
57	,759		,217	,145
19	,641		,386	,171
55	,604	,386		
38	,529	,259	,102	,280
4		,741	,198	
48	,248	,739		,122
17		,699	,246	,253
11		,639	,369	,146
5			,708	
18	,255	,143	,617	,292
14	,154	,325	,582	
1	,119	,198	,544	
53	,404	,282	,413	,133
36	,120	,122		,835
31	,129	,131		,805
9	,192	,177	,239	,468

Забележки: (а) Факторните тегла под 0,15 са пропуснати;

(б) Номерата на айтемите съответстват на подреждането в оригиналната версия (№ 56 и № 57 са добавени към въпросника).

Въз основа на съдържанието си четирите фактора могат да се означат по следния начин:

Фактор 1 (5 айтема) *Подреждане*, например:

- № 56: *За мене е важно вкъщи дрехите ми да са подредени по особен, определен от мене начин.*
- № 57: *Когато нещата около мене не са си на мястото, ставам напрегнат и не мога да се успокоя, докато не ги подредя както трябва.*

Фактор 2 (4 айтема) *Нерешителност*, например:

- № 4: *Трудно вземам решения дори за най-обикновени неща.*
- № 48: *Опитвам се да отлагам вземането на решения, защото се опасявам да не сбъркам.*

Фактор 3 (5 айтема) *Перфекционизъм*, например:

- № 5: *Чувствам, че трябва да съм перфектен във всяко едно отношение.*
- № 18: *Чувствам вътрешна принуда да следвам точно определен ред дори когато правя обикновени неща.*

Фактор 4 (3 айтема) *Броене/Ментални ритуали*, например:

- № 36: *Усецам силна вътрешна принуда да броя разни неща.*
- № 31: *Почти винаги броя, докато се занимавам с обичайни неща.*

От тази гледна точка са налице аргументи за формиране на два допълнителни показателя, които не се изчисляват в оригиналната версия на VOCI – за *Подреждане* и *Броене/Ментални ритуали*, както и за отделна оценка на *Перфекционизъм* и *Нерешителност*, макар и редуциран в сравнение с оригиналната версия вариант. Основания за тези изводи дават и данните за вътрешната съгласуваност на показателите (вж. по-долу Таблица 3). От друга страна, когато се факторизират всички айтеми на VOCI (плюс двата допълнителни за подреждане), при 7-факторното решение *Заразяване*, *Обсесии*, *Проверяване*, *Трупане*, *Подреждане*, *Броене*, *Перфекционизъм* и *Нерешителност* се обединяват в общ фактор, който не се разпада на два компонента, при 8-факторния вариант. Корелацията между *Перфекционизъм* и *Нерешителност* (изчислени според резултатите в Таблица 2) – r на Пирсън е значима (0,56), но не достатъчно силна, за да се обединят айтемите в общ показател (*Перфекционизъм/Нерешителност*). Накратко: налице са основания както за разграничаване, така и за обединяването на двете скали в общ показател, но решението трябва да бъде взето въз основа и на допълнителни аргументи, в частност на базата на връзките с други променливи (анализът на тези резултати излиза извън рамките на настоящото съобщение).

Надеждност

Коефициентите на вътрешна съгласуваност (α на Кронбах) за цялата извадка и по пол са представени в Таблица 3. Резултатите показват добри стойности на вътрешна съгласуваност с оглед на броя на айтемите, формиращи отделните скали.

Таблица 3. *Вътрешна съгласуваност (α на Кронбах) на скалите на VOCI в неклинична юношеска извадка*

Скали от VOCI	Общо N=710	Момчета N=377	Момичета N=475
<i>Заразяване</i>	0.84	0.86	0.82
<i>Обсесии</i>	0.83	0.84	0.83
<i>Проверяване</i>	0.86	0.84	0.88
<i>Трупане</i>	0.78	0.77	0.78
<i>Подреждане</i>	0.77	0.78	0.76
<i>Броене</i>	0.64	0.63	0.65
<i>Нерешителност</i>	0.77	0.74	0.78
<i>Перфекционизъм</i>	0.68	0.68	0.69

Разлики по пол

Сравнението на база единични t-тестове за независими извадки показват отсъствие или близки до статистически незначимите разлики по пол, като най-изразена (в полза на момичетата) е разликата по *Трупане* и *Нерешителност* ($p < 0,001$).

В заключение: данните, получени с VOCI с български юноши, възпроизвеждат изцяло 4 основни обесивно-компулсивни фактора (*Обсесии*, *Заразяване*, *Проверяване* и *Трупане*), като дават основание за извличане и на допълнителни, потенциално полезни по-малки фактори. Резултатите свидетелстват и за добри равнища на вътрешна съгласуваност.

На следващия етап за оценка на качествата на VOCI от основно значение са данните за валидността. За целта са изследвани корелациите между двата въпросника VOCI и OCI-R.

Корелациите между двата въпросника и съответстващите си скали са представени в Таблица 4 чрез коефициентите на конвергентна валидност (корелациите между тях).

Таблица 4. Корелации (r на Пирсън) на компонентите и общия бал на VOCI и OCI-R

	Обсесии	Заразяване	Проверка	Трупане	Подрездане	Мент. Неутр.	Общ бал
Обсесии	,588(**)	,343(**)	,344(**)	,360(**)	,353(**)	,342(**)	,585(**)
Заразяване	,247(**)	,624(**)	,340(**)	,260(**)	,342(**)	,237(**)	,493(**)
Проверяване	,316(**)	,368(**)	,751(**)	,300(**)	,364(**)	,322(**)	,567(**)
Трупане	,350(**)	,315(**)	,424(**)	,682(**)	,352(**)	,297(**)	,593(**)
Подрездане	,308(**)	,432(**)	,364(**)	,366(**)	,683(**)	,350(**)	,616(**)
Броене/Мент. ритуали	,263(**)	,328(**)	,399(**)	,337(**)	,350(**)	,528(**)	,516(**)
Перфекционизъм	,307(**)	,303(**)	,349(**)	,281(**)	,435(**)	,223(**)	,469(**)
Нерешителност	,435(**)	,246(**)	,355(**)	,373(**)	,260(**)	,227(**)	,465(**)
VOCI	,509(**)	,542(**)	,571(**)	,506(**)	,488(**)	,404(**)	,732(**)

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

– Отбелязва се наличие на значими корелации между отделните субскали и по двата въпросника.

– Скалите, измерващи сходни конструкти са с по-силна корелация помежду си – всички над 0.5.

– Двете скали за *Заразяване/Замърсяване* корелират най-силно една с друга ($r = 0,624$) и по-слабо с останалите.

– Двата въпросника корелират помежду си със стойност $r = 0.732$.

– По-слаба е корелацията (на фона на останалите) между скалите за обсесии от двата въпросника. Вероятна причина би могло да е по-малкият брой айтеми, формиращи OCI-R, и по-общата им формулировка там.

– С най-силна корелация са скалите *Проверяване*, т.е. вероятността да измерват един и същ феномен е най-голяма при тях. Причина може да бъде фактът, че в двата въпросника твърденията се отнасят за много ясни и категорични действия и поредица от такива.

– Умерена е напр. корелацията между *Нерешителност* от VOCI и *Обсесии* от OCI-R, което вероятно се дължи на факта, че съществува връзка между предразположената към ОКР личност и ананкастната структура, част от чито основни характеристики са нерешителност, съмнение, голяма вътрешна несигурност.

– Макар и *Нерешителност* и *Перфекционизъм* да се асоциират с ОКР, *Нерешителност* от VOCI корелира в по-висока степен с *Обсесии* от OCI-R, отколкото *Перфекционизъм* от първия въпросник с *Обсесии* от втория, което е още един факт, който ще се вземе предвид при решението ще останат ли те в един фактор, или ще се обособят окончателно отделно.

На следващия етап се разглеждат последователно връзките на отделните скали от VOCI със скрининговите скали, представени по-горе в частта Метод.

При изследването на конвергентната и дискриминантна валидност авторският колектив Thordarson et al. (Thordarson et al., 2004) посочват, че общият бал по VOCI е силно свързан с други самостоятелни скринингови скали, отнасящи се до симптоми на обсеивно-компулсивно разстройство (PI общ бал, МОСИ общ бал и YBSR общ бал); корелациите са по-слаби със скали за други видове психопатология – депресия, тревожност и безпокойства (BDI, BAI и PSWQ).

По-конкретно VOCI – *Заразяване* по-слабо корелира с BDI, BAI и PSWQ и с несвързани подскали на PI и МОСИ. VOCI – *Проверка* има ниски корелации с BDI, BAI, и PSWQ и има ниски до умерени корелации с други подскали на PI или МОСИ. VOCI – *Обсесии* умерено корелира с BDI, BAI и PSWQ. Другите подскали VOCI (*Презапасяване*, *Точност* и *Нерешителност*) не съответстват на някоя от PI или МОСИ подскалите, но въпреки това корелират поне умерено с подскали по свързани теми. VOCI – *Перфекционизъм* умерено корелира с BDI, BAI и PSWQ. VOCI – *Нерешителност* е силно свързана с BDI, което може да се дължи на припокриване на конструктите, което авторите обясняват с факта, че нерешителността се признава като симптом на голям депресивен епизод в DSM-IV). VOCI – *Нерешителност* е умерено свързан с PSWQ (Thordarson et al., 2004).

В студентска извадка VOCI – *Общ бал* е силно свързан и с PSWQ (Thordarson et al., 2004).

1. Връзки между VOCI и компонентите и общите показатели PSWQ и WBSI (Таблица 5). Целта е първоначално да се оценят корелациите между

VOCI и останалите компоненти от скалите *Безпокойства* и *Потискане на мисли* съответно на PSWQ и на WBSI. Първата е с два компонента – 1. наличие и 2. отсъствие на безпокойства. Втората е също с два компонента – 1. натрапливи мисли и 2. потискане.

Таблица 5. Корелации (r на Пирсън) на компонентите и общия бал на Ванкувърския въпросник за обсесии и компулсии VOCI и Въпросника за потискане на мисли „Бялата мечка“ WBSI. Брой изследвани лица $N = 348$.

	Общ показател	Наличие на безпокойства	Отсъствие на безпокойства	Потискане на мисли	Натрапливи мисли	WBSI
Обсесии	.451**	.511**	-.096	.339**	.227**	.317**
Заразяване	.293**	.290**	-.167**	.218**	.147**	.225**
Проверяване	.406**	.422**	-.176**	.236**	.177**	.236**
Трупане	.410**	.463**	-.154*	.411**	.198**	.339**
Подреждане	.439**	.443**	-.207**	.292**	.170**	.259**
Броене/Мент. рит.	.325**	.353**	-.102	.288**	.180**	.258**
Перфекц./Нерешит.	.588**	.605**	-.290**	.319**	.129**	.244**
Перфекционизъм	.483**	.523**	-.213**	.260**	.168**	.232**
Нерешителност	.566**	.554**	-.291**	.314**	.068**	.210**
VOCI	.576**	.604**	-.248**	.394**	.205**	.337**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Освен че перфекционизмът е предпоставка за обсесиите, най-високи корелации се откриват между *Перфекционизъм* и *Нерешителност* в смесен фактор и *Наличие на безпокойства* – 0.65. Следващите високи корелации са на *Нерешителност* с *Наличие на безпокойства* – 0.55 и предполагаемо на *Обсесии* с *Безпокойства* – 0.51. Вероятно тези зависимости са свързани с факта, че нерешителността се асоциира с трудността за вземане на решения в конкретна, належаща и предполагаща отговор ситуация и индивидите, които притежават тази характеристика, са затруднени в избора на алтернатива и се чувстват заплашени в ситуация на неопределеност или двузначност. Това, от своя страна, би повишило при тях нивото на безпокойство, а за снемане на напрежението и понижаване на несигурността перфекционизмът би бил добра алтернатива. Той би осигурил яснота там, където тя липсва или би донесъл някаква конкретика чрез точността на определени действия, би успокоил донякъде с временното усещане, че по този начин

нещата, които иначе са неясни или двусмислени, придобиват конкретика и са под известен контрол на съответната личност. Също така е необходимо да се има предвид, че безпокойствата се определят от три базисни характеристики, една от които е именно несигурността: 1. Когнитивен характер на конструкта; 2. Фокус върху очакване за евентуален негативен изход; 3. Централна роля на нерешителността/несигурността относно настъпването на дадено събитие (Калчев, 2012). Това се допълва и от когнитивния модел за обяснение на прекомерните безпокойства (Dugas et al., 1998, цит. по Laugesen et al., 2003, вж. Калчев, 2012), който има четири параметъра: 1. Слаба толерантност към неопределеността, свързана с убеждението, че неочакваните събития са негативни и е необходимо да се избягват; 2. Позитивни нагласи по отношение на безпокойствата – убеденост, че безпокоенето за бъдещо събитие ще разреши успешно хода му; 3. Негативна ориентация към проблема, считан най-често за неразрешим; 4. Когнитивно избягване в два аспекта – като избягване на заплашителни, ментални образи и като активни опити на индивида да потисне нежеланите мисли. Тоест силната връзка между *Безпокойства* и *Нерешителност* е предопределена от този така важен когнитивен фактор – ниската толерантност към неопределеността, което извиква nerядко у страдащия чувство на несигурност, раздвоеност, обърканост, а оттам и нерешителност.

Очаквана е силната корелация между *Безпокойства* и *Обсесии*, тъй като безпокойствата относно нереалистични, извън ежедневието и обичайността събития, заедно с негативните очаквания, са от основните характеристики на ОКР. Безпокойствата nerядко предизвикват значими съпротиви, както това се случва и при obsесиите, особено в ранните етапи. Т.е. биха се преживявали в такива случаи, както и obsесиите, като натрапливи и неконтролируеми. Дефинират се като процес на предвиждане, изразен чрез повтарящи се мисли за възможните бъдещи резултати и потенциално негативни последици (Vasey & Daleiden, 1994), като този процес на прогнозиране се повтаря многократно (подобно на obsесиите), без да бъде разрешен (Mathews, 1990, вж. Калчев, 2006). Освен това, подобно на obsесиите, и безпокойствата се свързват с поведенчески отговор (компулсии), дори и по-интензивен. В неклинични извадки безпокойството е nerядко срещана форма на посредничество между obsесията и неутрализацията (Wells, 2005, 121–122, вж. Калчев, 2012). В този случай вероятността *Безпокойства* и *Обсесии* да се сливат и да се припокриват частично не е изключена, тъй като разграничаването на безпокойствата и obsесиите на базата на тяхното съдържание и личната оценка от страна на индивида е трудно за част от юношите. Причината е известната неопределеност на въпросите, които задават обща тенденция за психичен дискомфорт, като твърденията „Понякога притесненията ме звадват напълно“, „Много ситуации ме карат да се тревожа“. От друга страна, айтеми със съдържание като посоченото, а също и напр. „Когато съм под на-

прежие, много се притеснявам“, описват състояния на постоянно напрежение, дискомфорт, невротичност, неспокойствие. Тоест *Безпокойства* се свързват с *Обсесии*, тъй като и така описани тези състояния могат да предоставят характеристики от ОКР-спектър. Връзката между обсеиите и безпокойствата се подкрепя и от още една тяхна обща особеност – чувството за неконтролируемост – напр. айтем № 9; също и № 12: „Искам, но не мога да спра да мисля за определени неща“.

2. Следващият инструмент, чиито корелации с *VOCI* са обект на настоящата разработка, е Въпросникът за обсеивни убеждения (*Obsessive Beliefs Questionnaire, OBQ*). Представени са в Таблица 6.

Таблица 6. Корелации (*r* на Пирсън) на компонентите и общия бал на Ванкувърския въпросник за обсеии и компулсии *VOCI* и Въпросника за обсеивни убеждения *OBQ*. Изследвани лица *N* = 348.

	Надценяване на опасността	Свърх -отговорност	Перфекционизъм	Значение/Контрол на мислите	DBQ27
Обсеии	.390**	.241**	.190**	.334**	.382**
Заразяване	.401**	.273**	.290**	.535**	.506**
Проверяване	.309**	.372**	.213**	.354**	.416**
Трупане	.332**	.280**	.230*	.260**	.340**
Подреждане	.343**	.407**	.399**	.413**	.527**
Броене/Мент. рит.	.276**	.229**	.157*	.340**	.341**
Перфекц./Нерешит.	.438**	.365**	.463**	.261**	.495**
Перфекционизъм	.346**	.305**	.499**	.148*	.440**
Нерешителност	.421**	.345**	.277**	.301**	.419**
<i>VOCI</i>	.505**	.382**	.368**	.491**	.554**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Най-силна е корелацията на скалата *Значение/Контрол на мислите* със *Замърсяване* от *VOCI* – 0.53. Вероятно причина за това, както и за добрата зависимост между *Значение/Контрол на мислите* и *Подреждане* (0,41), *Проверка* (0.35), *Ментална неутрализация* (0.34) е фактът, че наличието на такъв затормозяващ процес, при който човек е притиснат да придава особено значение на определени мисли, и то с чувство на принуда и достатъчно често, изисква и някакви обратни процеси по различни опити за контрол над тези мисли – чрез неутрализация, отстраняване чрез определени действия и т.н.

Подреждане от *VOCI* е със значими корелации с всички обсеивни убеждения от *OBQ*.

Тъй като *Свърхотговорност* и *Значение/Контрол на мислите* се асоциират в голяма степен с особеностите на хората, които са с ОКР, т.е. те са един вид тяхна същностна характеристика, очаква се и техните корелации с *Обсесии* да са по-високи. В случая обаче *Надценяване на опасността* е с най-висока корелация с *Обсесии* от *VOCI*, което може да се тълкува като резултат по-скоро валиден за неклинична извадка и потвърждаващ непатологичния характер на проявените обсесии.

Също така преувеличаването на вероятността от възможна вреда, каквото са *Надценяване на опасността* и *Перфекционизъм*, между които е налице също добра корелация (0.44), се свързват освен с ОКР, но и с типични и за други тревожни състояния характеристики.

Последното, както и по-стабилната и изразена връзка, която се демонстрира от резултатите между *Надценяване на опасността* и *Нерешителност*, може да се дискутират в контекста и на допускането според когнитивната теория, че и двете са подобни на личностни черти, сравнително устойчиви разбирания на индивида за ролята на нежеланите мисли, образи и импулси.

3. На следващия етап се сравняват обсесиите с депресията. Очакванията, че ще корелират, се потвърждават. За целта е използвана българската адаптация на Пламен Калчев на скалата за депресия на Л. Радлоф – *The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D, Radloff, 1997)*. Сравняват се последователно скалите от *VOCI* и от инструмента на Edna Foa с общия бал по *CES-D* (вж. Таблица 7).

Очакваните по-силни връзки на обсесиите с депресията в сравнение с тези на компулсиите с депресията се потвърждават. Те са донякъде съпоставими с подобни резултати, получени от извадка български юноши (Калчев, 2012, 234).

Общият бал по *VOCI* корелира по-слабо с депресивната скала, отколкото този от *OCI-R* с *CES-D* – съответно 0.49 и 0.56. Корелациите на обсесиите от *VOCI* и от *OCI-R* с депресията от *CES-D* са съответно 0.55 и 0.65. По-силно изразената връзка между вторите два конструкта е възможно да се определя от по-общия, донякъде дискретен характер на съдържанието на айтемите от скалата на Е. Фоа, което да е допринасяло юношите да дават по-конкретни отговори. Докато някои от въпросите от Ванкувърския въпросник са по-директни, описват поведения, които юношите определят като срамни, недопустими, крайно неприемливи, като и реакциите им на такива айтеми са по-бурни. Съответно това е намерило израз и в техните отговори, които отхвърлят поведения, които могат да ги злепоставят или посрамят според техните схващания.

Таблица 7. Сравнение на скалите от Ванкувърския въпросник за обесии и компулсии VOCI и Въпросника за обесии и компулсии – кратка (ревизирана) версия OCI-R с общия бал по Скала за депресия на Л. Радлоф CES-D

	CES-D N = 348
Обесии	.548**
Заразяване	.275**
Проверяване	.322**
Трупане	.375**
Подреждане	.382**
Броене/Мент.рит.	.239**
Перфекц./Нерешит.	.367**
Перфекционизъм	.252**
Нерешителност	.407**
VOCI	.486**
Проверяване	.286**
Трупане	.395**
Подреждане	.304**
Обесии	.654**
Неутрализация	.457**
Замърсяване	.285**
FOA	.564**

** $p < 0,01$

Оценката на този първи етап дава основание да се направят следните изводи:

1. Да се препотвърдят силните корелации на *Перфекционизъм/Нерешителност* с *Наличие на безпокойства*, както и на *Нерешителност* с *Наличие на безпокойства*. Макар и в по-лека степен, но значителни и предполагаеми са връзките на *Обесии* с *Безпокойство*.
2. Значими са корелациите и между *Безпокойство* от *WBSI* и *Трупане*, както и между *Проверка* и *Подреждане* от *OCI-R*.
3. *Подреждане* от *VOCI* е със значими корелации с всички обесивни убеждения от *OBQ*. Отбелязана е и силна корелация на скалата *Значение/Контрол на мислите* от същия въпросник със *Замърсяване* от *OBQ*.
4. Очакването корелациите на *Свърхотговорност* и *Значение/Контрол на мислите* с *Обесии* да са по-високи не се потвърждава в пълна степен, като в случая *Надценяване на опасността* е с най-висока корелация с *Обесии* от *VOCI*.
5. При сравняването на обесии с депресията очакванията, че ще корелират, се потвърждават, като общият бал по *VOCI* корелира по-слабо

с депресивната скала, отколкото този по OCI-R с CES-D. Също така и корелациите на *Обсесии* от VOCI с депресията от CES-D са леко по-слаби от тези на OCI-R с депресията от CES-D.

ЛИТЕРАТУРА

- Бенкерт, О., Ленцен-Шулте, М.** (1999). *Наатрапливостите. Причини, симптоми, терапия.* С.: ЛИК.
- Калчев, П.** (2012). *Скали за тревожност в детска и юношеска възраст.* Част 5. *Обсесии и компулсии.* С.: Изток-Запад.
- Калчев, П.** (2006). *Скали за тревожност в детска и юношеска възраст.* Част 1. *Детска проявена тревожност.* С.: Изток-Запад.
- Калчев, П.** (2007). *Скали за тревожност в детска и юношеска възраст.* Част 3. *Изпитна тревожност.* Част 4. *Страхове.* С.: Изток-Запад.
- Калчев, П.** (2011). Българска адаптация на Ревизирания въпросник за обсесии и компулсии (OCI-R) в юношеска възраст. *VI Национален конгрес по психология (ноември 2011 г.). Сборник с доклади, Българско списание по психология, 3-4, 189-196.*
- МКБ 10.** *Психични и поведенчески разстройства* (1992/1998). С.: Национален център за комплексно изследване на човека.
- Справочник за диагностичните критерии на ДСН-IV-TR** (2009). С.: Българска психиатрична асоциация / Изток-Запад.
- Щриан, Фр.** (2001). *Страх и страхови болести. Причини, симптоми, терапии.* С.: ЛИК
- Кон, И., Реан, А., Фельдштейн, Д. и др.** (2003). *Психология подростка. Полное руководство.* Санкт-Петербург.
- Крайг, Г.** (2000). *Психология развития.* Санкт-Петербург.
- Каплан, Х., Садок, Б.** (1998). *Клиническая психиатрия.* Москва.
- Меш, Е., Д. Вольф** (2003). *Детская патопсихопатология. Нарушения психики ребенка.* Санкт – Петербург: Прайм-Еврознак
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- Clark, D.** (Ed.) (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research, and treatment.* New York: Guilford.
- Foa, E., J. Huppert, S. Leiberg, R. Langner, R. Kichic, G. Hajcak & P. Salkovskis** (2002). The Obsessive–Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 14,* 485–495.
- Evans, D., Leckman, J.** (2008). Origins of Obsessive-Compulsive Disorder: Developmental and Evolutionary Perspectives. In Cicchetti, D., Cohen, D (Eds.) *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation.* Chapter 10. 404–428
- March, J., Leonard, H.** (1996). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34:*10, 1265–1272.
- Menzies, R., Padmal de Silva** (Eds.), (2003). *Obsessive-Compulsive Disorder, Theory, Research and Treatment.* UK: Wiley.

- Pedro Gomes de Alvarenga, Rosana Savio Mastroiosa & Maria Conceição do Rosario.** (2012). Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents; In Rey, JM. (Ed.). *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Sections F: Anxiety Disorder. Chapter F.3. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Radomsky, A. S., Rachman S.** (2003). Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 893–913.
- Thordarson, D., Radomsky, A., S. Rachman, Shafran, R., Sawchuk, C., Hakstian, R.** (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289–1314.