

Skala pomiaru nasilenia obsesji i kompulsji Yale-Brown (Y-BOCS)

The Yale-Brown Obsession-Compulsion Scale (Y-BOCS)

ANDRZEJ KIEJNA, MAGDALENA GRZESIAK

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu

STRESZCZENIE. Autorzy przedstawiają tłumaczoną na język polski skalę Y-BOCS wraz z listą objawów, komentarzem dotyczącym konstrukcji i zasad stosowania.

SUMMARY. The authors present a Polish translation of the Y-BOCS together with a list of symptoms and a commentary on the scale construction and administration principles.

Słowa kluczowe: skala Y-BOCS / zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
Key words: Key words: Y-BOCS / obsessive-compulsive disorder

„Skala obsesji i kompulsji Yale-Brown” została opracowana pod koniec lat osiemdziesiątych przez badaczy z uniwersytetów Yale i Brown [Goodman, Price i wsp. 1989] jako nowe narzędzie pomiarowe do oceny nasilenia i rodzaju objawów występujących u pacjentów z rozpoznaniem zespołu obsesyjno-kompulsyjnego (OCD, *obsessive-compulsive disorder*). W przeciwieństwie do innych tego typu narzędzi, na ocenę głębokości zaburzeń nie ma tutaj wpływu ani liczba zgłaszanych objawów, ani ich rodzaj.

Podstawowa część skali, nazwanej *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)* zawiera 10 pozycji ocenianych w punktacji od 0 (brak objawów) do 4 (bardzo ciężkie objawy). Dla wszystkich cech wyższy wynik wiąże się z głębszymi zaburzeniami. Dzięki temu, że oddzielnie ocenia się nasilenie natręctw (pozycje 1–5) oraz kompulsji (pozycje 6–10), skala pozwala na przeprowadzenie niezależnej oceny reakcji na leczenie w grupie objawów związanych z natręctwami i z kompulsjami. Pozycje skali 1–3 i 6–8 oceniają cechy, które bezpośrednio wiążą się z nasileniem zaburzeń. Czas, jaki zajmują na-

tręctwa, stopień zaburzenia funkcjonowania pacjenta, stopień powodowanego przez nie cierpienia są proporcjonalne do głębokości zaburzeń. Pozycje 4 i 9 oceniają opór pacjenta wobec natręctw i kompulsji. W skali Y-BOCS opór ten jest definiowany jako wysiłek pacjenta w przeciwstawianiu się natręctwom. Niższy wynik w skali, czyli większy opór, jest związany z mniejszym nasileniem objawów. Im bardziej pacjent stara się przeciwstawiać objawom, tym mniejszy wpływ mają na jego funkcjonowanie. Pozycje 5 i 10 oceniają, w jakim stopniu pacjent kontroluje swoje objawy. Decyzja, aby wyróżnić w oddzielnych punktach opór i kontrolę, została podjęta po analizie wyników badań pilotażowych, które wykazały, że próby przeciwstawienia się objawom nie zawsze korelują ze stopniem ich kontroli. Do obecnej wersji włączono dodatkowo dwie pozycje, które można określić jako badawczo-orientacyjne (nie powinny być uwzględniane w badaniach farmakologicznych). Pozycje te: 1b (przerwy bez obsesji) i 6b (przerwy bez kompulsji), mają pomóc w ocenie rozmiarów nasilenia objawów (czas trwania bezobjawowych

przerw), co w niektórych przypadkach może uzupełnić ocenę pozycji 1–6 (czas trwania objawów). W miarę uzyskiwania klinicznej poprawy, niektórzy pacjenci z OCD zaczynają relacjonować wydłużanie się okresów bezobjawowych, zanim jeszcze zaczną zgłaszać zauważalne skrócenie się czasu zajmowanego przez objawy obsesyjne i kompulsyjne (zmniejszanie się ilości godzin). Przyszłe badania powinny wykazać, czy włączenie tych pozycji zwiększa czułość skali na zmiany. Obecnie punkty uzyskane w ocenie tych pozycji nie są jeszcze włączone do całkowitej sumy punktów.

Skala Y-BOCS, oprócz części podstawowej, zawiera dodatkowe pozycje od 11 do 16, które oceniają m.in. wgląd, unikanie, niezdecydowanie, odpowiedzialność. Wprawdzie pozycje te mogą mieć wpływ na ocenę głębokości objawów OCD, to jednak na razie suma punktów oceniających powyższe cechy nie jest włączana do punktacji podstawowej skali, bowiem nie przeprowadzono dotychczas badań oceniających ich trafność teoretyczną.

Skala Y-BOCS nie jest skalą diagnostyczną, a jest przeznaczona do oceny nasilenia objawów oraz skuteczności leczenia pacjentów z rozpoznanym OCD. Początkowo stosowana była wyłącznie u osób dorosłych i starszych dzieci. Obecnie dostępna jest także wersja przystosowana do badania dzieci (Children's Y-BOCS). Dla oceny skuteczności leczenia zaleca się stosowanie skali w odstępach cotygodniowych. Przed pierwszym badaniem pacjent sporządza listę aktualnych objawów obsesyjno-kompulsywnych, które są następnie oceniane łącznie. Lista ta przed każdym kolejnym badaniem jest ponownie przeglądana, jako podstawa dla całościowej oceny zaburzeń. Nie jest to narzędzie opierające się na poszczególnych typach objawów. W ocenie nasilenia zaburzeń nie jest ważny rodzaj objawu (jego treść) lecz jego wpływ na funkcjonowanie pacjenta. Natręctwa i kompulsje, ujawniane przez pacjenta, przedstawiane są w formie listy objawów weryfikowanej przed każdym

badaniem, w celu określenia jego profilu objawów. Dopiero całkowity wynik wszystkich tych objawów określa nasilenie zaburzeń ocenianych przez Y-BOCS. Dzięki temu skala ta jest dostatecznie „elastyczna” i pozwala na stosowanie nie tylko do oceny głębokości zaburzeń OCD, lecz także innych pośrednio związanych z OCD, np. nasilenie objawów dysmorfofobii, które mogą przypominać zachowanie pacjenta z OCD.

Ocena poszczególnych pozycji skali opiera się zasadniczo na informacjach podawanych przez pacjenta. Na ocenę końcową ma jednak wpływ także ocena kliniczna badającego. Ocenia się cechy każdej pozycji skali w odniesieniu do całego tygodnia poprzedzającego badanie oraz w trakcie badania. Wynik badania powinien odzwierciedlać przeciętne (średnie) występowanie cech każdej pozycji skali w ciągu całego tygodnia. Skala oceny jest częściowo strukturalizowanym wywiadem. Badany powinien oceniać poszczególne pozycje skali w określonym porządku, wg listy, zadając podane pytania. Badający ma możliwość zadania pacjentowi dodatkowych pytań w celu wyjaśnienia niejasności. Jeżeli pacjent w trakcie zbierania wywiadu spontanicznie podaje dodatkowe informacje, powinny być brane pod uwagę. Końcowa ocena opiera się przede wszystkim na informacjach uzyskanych od badanego oraz na obserwacji pacjenta podczas badania. Jeśli badający uważa, że podawane przez pacjenta informacje mogą być bardzo niedokładne, a zatem wiarygodność pacjenta jest wątpliwa, powinno to być odnotowane na końcu wywiadu (poz. 19).

W ocenie mogą być uwzględnione dodatkowe informacje podawane przez inne osoby, np. małżonek, rodzice, o ile badający uzna, że są one bardzo istotne dla właściwej oceny nasilenia objawów i jednocześnie uzyska zapewnienie, że podająca te fakty osoba będzie obecna podczas każdego, cotygodniowego badania.

Przed przystąpieniem do zadawania pytań należy pacjentowi dokładnie wyjaśnić pojęcie obsesji i kompulsji w następujący sposób.

Obsesje są to niechciane, niepokojące myśli, fantazje, wyobrażenia, impulsy, które natrętnie nawracają. Wydają się pojawiać wbrew woli. Mogą być dla pana/pani nieprzyjemne (wstrętne), może je pan/pani uważać za bezsensowne, nie pasujące do pana/pani charakteru.

Kompulsje są to zachowania lub czynności, do których czuje się pan/pani zmuszony/zmuszona, mimo że uważa je pan/pani za bezsensowne lub wyolbrzymione. Czasami próbuje się pan/pani przeciwstawić im, ale okazuje się to trudne. Może pan/pani odczuwać niepokój, który nie zmniejsza się, dopóki nie wykona pan/pani pewnej czynności lub nie zachowa się w określony sposób.

Podam panu/pani kilka przykładów obsesji i kompulsji.

Przykład obsesji: nawracające myśli lub impulsy, aby zrobić krzywdę swoim dzieciom, chociaż nigdy by pan/pani tego nie zrobił/zrobiła.

Przykład kompulsji: Przed wyjściem z domu potrzeba wielokrotnego sprawdzania różnych urządzeń, czy zakrecone są krany, zamknięte drzwi wejściowe. Chociaż większość kompulsji to zachowania możliwe do zaobserwowania przez innych, to niektóre są działaniami niezauważalnymi, np. ciche sprawdzanie lub przymus powtarzania bezsensownych zwrotów, za każdym razem, kiedy pojawiają się przykre myśli.

Czy ma pan/pani pytania dotyczące znaczenia tych słów?

[Jeśli nie, zacznij badanie].

wów można posłużyć się listą objawów Y-BOCS. Lista ta jest także pomocna do rozpoznania objawów występujących w przeszłości, które należy mieć na uwadze podczas każdego badania. Mogą one bowiem pojawić się ponownie w okresie między kolejnymi badaniami. Podane przez badanego objawy należy spisać i uporządkować w formie listy objawów, wg dogodnego klinicznie podziału (np. podział wymienionych kompulsji na kompulsje sprawdzania i mycia). Należy opisać widoczne cechy objawów, aby ułatwić ich rozpoznawanie (np. dodatkowo na liście czynności sprawdzających należy określić, co pacjent sprawdza). Należy wskazać te objawy, które są najbardziej wyróżniające, te na których skoncentrujemy się przy ocenie, chociaż końcowy wynik oceny każdej pozycji skali będzie odzwierciedlał złożoną ocenę wszystkich objawów obsesyjnych i kompulsyjnych pacjenta.

Badający musi upewnić się, że relacjonowane przez pacjenta zachowania są rzeczywistymi objawami OCD, a nie objawami innych zaburzeń, takich jak np. prosta fobia czy parafilia. Różnicowanie między złożonymi tikami ruchowymi a pewnymi kompulsjami (np. dotykanie) może być trudne lub niemożliwe. W takich wypadkach szczególnie ważny jest dokładny opis objawów badanych i konsekwencja w kolejnych badaniach. W takich przypadkach może być potrzebna odrębna ocena nasilenia tików, z zastosowaniem narzędzia przeznaczonego do takiej oceny. Niektóre z pozycji umieszczonych na liście objawów badanych, takie jak trichotillomania, są obecnie klasyfikowane w DSM-III-R jako objawy zaburzeń kontroli popędów. Należy zauważyć, że nie ustalono jeszcze możliwości stosowania skali do oceny zaburzeń innych niż OCD klasyfikowane wg DSM-III-R. Stosując Y-BOCS do oceny nasilenia objawów, które nie są jednoznacznie objawami OCD, np. trichotillomanii, występują jednak u pacjentów spełniających kryteria dla rozpoznania OCD, proponuje się stosować Y-BOCS dwukrotnie w czasie badania: najpierw do

W trakcie kolejnych badań nie ma potrzeby ponownego odczytywania tych definicji i przykładów, jeśli mamy pewność, że pacjent dobrze je rozumie. Być może wystarczy badanemu przypomnieć, że obsesje są to myśli, a kompulsje to czynności, które czuje się zmuszony wykonać, wliczając w to także działania dokonywane w myślach. Aby sporządzić listę objawów, należy poprosić pacjenta o wyliczenie swoich obecnych obsesji i kompulsji. Przy określaniu obecnych obja-

oceny typowych objawów OCD, a następnie oceniać objawy przypuszczalnie związane z OCD. W ten sposób uzyskuje się oddzielny wynik nasilenia objawów OCD oraz ocenę nasilenia pozostałych objawów, których związek z OCD nie został jeszcze ustalony.

W trakcie kolejnych badań należy powtórnie przejrzeć listę ocenianych obsesji przed przystąpieniem do oceny pozycji 1 skali i jeśli zaistnieje taka potrzeba, skorygować ją. Podobnie należy postąpić z listą badanych kompulsji przed przystąpieniem do oceny pozycji 6 skali.

Ocenia się wszystkie pozycje skali od 1 do 19, jednak tylko pozycje 1–10, z wyłączeniem 1b i 6b, są wykorzystywane do obliczania całkowitej liczby punktów. Końcowy wynik badania jest zatem sumą punktów uzyskanych z oceny pozycji 1–10 (bez 1b i 6b), w której nasilenie objawów obsesyjnych określa suma punktów z pozycji 1–5, a nasilenie kompulsji punkty z pozycji 6–10.

Ponieważ w chwili oddawania skali do druku (9/89) dysponowano niepełnymi danymi dotyczącymi właściwości psychometrycznych pozycji 1b, 6b i 11–16, pozycje te powinny być traktowane jako dodatkowe informacje. Musimy ostrzec zatem przed przypisywaniem zbyt dużego znaczenia wynikom uzyskanym z oceny powyższych pozycji skali, dopóki nie zostaną przeprowadzone dokładne badania rzetelności, trafności i czułości na zmiany.

Za zgodą autorów skali Y-BOCS, skala została przetłumaczona na język polski, wg przyjętej procedury. Dokonano także zwrotnego tłumaczenia polskiej wersji na język angielski (*back translation*), które przedstawiono autorom wersji oryginalnej. Dodatkowe informacje dotyczące rozwoju, zastosowania oraz właściwości psychometrycznych skali Y-BOCS można znaleźć w publikacjach [1, 2, 3].

PODZIĘKOWANIE

Autorzy składają serdeczne podziękowanie Panu Drowi W.K. Goodmanowi za zgodę na przygotowanie polskiego tłumaczenia skali Y-BOCS.

PIŚMIENNICTWO

1. Goodman W.K., Rasmussen S.A., Price L.H., Mazure C., Heninger G., Charney D.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Part. 1. Development, use and reliability. Arch. Gen. Psychiatry 1989, 46, 1006–1011.
2. Goodman W.K., Rasmussen S.A., Price L.H., Mazure C., Heninger G., Charney D.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Part. 2. Validity. Arch. Gen. Psychiatry 1989, 46, 1012–1016.
2. Kiejna A., Grzesiak M., Małyszczak K.: Skala Yale-Brown – narzędzie do oceny zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Psychiatr. Pol. (w druku).

*Adres: Prof. Andrzej Kiejna, Katedra i Klinika Psychiatrii AM,
ul. Kraszewskiego 25, 50-229 Wrocław*

Aneks

Y-BOCS Skala obsesji i kompulsji Yale-Brown

Yale-Brown obsessive compulsive Scale

Wg: Goodman W.K., Rasmussen S.A., Price L.H., Mazure C., Heninger G., Charney D.: *Yale-Brown Obsesive Compulsive Acale (Y-BOCS)*, wyd. I, wersja 7/86 (poprawione 9/89), University of Florida, Department of Psychiatry.

LISTA OBJAWÓW Y-BOCS

Sprawdź wszystkie objawy dotyczące danego pacjenta. Główne objawy zaznacz wyraźnie za pomocą litery „P”.

Badający powinien upewnić się, że podawane zachowania są wyłącznie objawami OCD, a nie objawami innych zaburzeń, takich jak prosta fobia lub hipochondria. Pozycje zaznaczone „*” mogą, ale nie muszą, być objawami OCD.

Obsesje agresji

W przeszłości/obecnie

- obawa, że może wyrządzić sobie krzywdę
- obawa, że może skrzywdzić innych
- przerażające wyobrażenia lub wyobrażenia przemocy
- obawa przed niespodziewanym powiedzeniem czegoś sprośnego
- o lub znieważającego
- obawa przed zrobieniem czegoś żenującego*
- obawa, że coś zrobi pod wpływem niechcianego impulsu (np. popchnie przyjaciela)
- obawa, że coś ukradnie
- obawa, że wyrządzi komuś krzywdę z powodu niedostatecznej ostrożności
- obawa, że będzie odpowiedzialny za inne straszne wydarzenia (np. pożar, włamanie)
- inne

Obsesje zanieczyszczenia

- zaniepokojenie lub obrzydzenie związane z wydaliniami i wydzielinami ciała (np. mocz, kał, ślina)
- przejmowanie się brudem lub zarazkami
- nadmierne przejmowanie się zanieczyszczeniami środowiska (np. azbest, promieniowanie, toksyczne odpady)
- nadmierna troska dotycząca środków stosowanych w gospodarstwie domowym (np. środki czyszczące, rozpuszczalniki)
- nadmierne przejmowanie się zwierzętami (np. insektami)
- zaniepokojony/a z powodu lepkich substancji lub odpadów
- przekonany/a, że z powodu zanieczyszczeń zachoruje
- przekonany/a, że roznosząc zanieczyszczenia spowoduje chorobę innych osób (agresywne)
- obsesje dotyczące wrażeń związanych z zanieczyszczeniami, a nie skutków tych zanieczyszczeń
- inne

W przeszłości/obecnie**Obsesje seksualne**

- myśli, impulsy lub wyobrażenia o zakazanej lub perwersyjnej treści seksualnej
- treści seksualne dotyczące dzieci lub kazirodztwa
- treści homoseksualne*
- zachowania seksualne skierowane przeciwko innym (agresywne)*
- inne

Obsesje gromadzenia/oszczędzania

Należy odróżnić od hobby lub zajmowania się przedmiotami o wartości pieniężnej bądź sentymentalnej.

Obsesje religijne (skrupulatność)

- dotyczące świętokradztwa lub bluźnierstwa
- nadmierne zajmowanie się problemem dobra/zła, moralnością
- inne

Obsesje związane z potrzebą symetrii lub dokładności

- z towarzyszącym myśleniem magicznym (np. przekonanie, że matka ulegnie wypadkowi, jeśli rzeczy nie będą na właściwym miejscu)
- nie związane z myśleniem magicznym

Różne obsesje

- potrzeba, aby wiedzieć lub pamiętać
- obawa przed tym, że powie pewne rzeczy
- obawa, że nie powie tego, co właściwe
- obawa przed zgubieniem (utrata) rzeczy
- natrętne wyobrażenia (nie związane z przemocą)
- natrętne, bezsensowne dźwięki, słowa, muzyka
- dręczony/a pewnymi dźwiękami/hałasami*
- szczęśliwe/pechowe numery
- kolory o specjalnym znaczeniu
- przesądne obawy
- inne

Obsesje somatyczne

- przejmowanie się chorobami lub dolegliwościami*
- nadmierne zajmowanie się pewnymi częściami ciała lub wyglądem (np. dysmorfofobia)*
- inne

Kompulsje mycia/czyszczenia

- nadmierne lub rytualne mycie rąk
- nadmierne lub rytualne mycie się, kąpanie, czyszczenie zębów, zabiegi pielęgnacyjne lub zachowania w toalecie
- czyszczenie sprzętów domowych lub innych przedmiotów
- inne środki zaradcze podejmowane, aby nie dopuścić do kontaktu z zanieczyszczeniami
- inne

W przeszłości/obecnie**Kompulsje sprawdzania**

- sprawdzanie zamków, kuchenek, różnych urządzeń
- sprawdzanie, że nie wyrządziło się, lub nie wyrządzi się krzywdy innym
- sprawdzanie, że nie wyrządziło się, lub nie wyrządzi się sobie krzywdy
- sprawdzanie, że nic strasznego się nie wydarzyło/nic strasznego się nie wydarzy
- sprawdzanie, że nie popełniło się błędu
- sprawdzanie związane z obsesjami somatycznymi
- inne

Powtarzane rytuały

- powtarzane odczytywanie lub przepisywanie
- potrzeba powtarzania rutynowych czynności (np. wchodzenie/wychodzenie za drzwi, wstawanie/siadanie na krześle)
- inne

Kompulsje liczenia**Kompulsje porządkowania/układania****Kompulsje gromadzenia/zbierania**

[Różnią się od hobby lub zajmowania się przedmiotami o wartości pieniężnej lub sentymentalnej (np. bardzo dokładne czytanie bezwartościowej poczty – reklamówki, konkursy, ogłoszenia, zbieranie starych gazet, selekcjonowanie rzeczy ze śmieci, zbieranie bezużytecznych przedmiotów)].

Różne kompulsje

- rytuały psychiczne (inne niż sprawdzanie/liczenie)
- nadmierna skłonność do robienia list, wykazów, spisów
- potrzeba mówienia, pytania, zwierzenia się
- potrzeba dotykania, stukania, ocierania*
- rytuały związane z mruganiem lub wpatrywaniem się*
- podejmowane środki zaradcze zapobiegające (nie sprawdzanie) wyrządzeniu krzywdy sobie..., innym..., strasznym skutkom...
- rytualne zachowania związane z jedzeniem*
- zachowania przesądne
- trichotillomania*
- inne zachowania związane z samouszkodzeniem lub samookaleczeniem*
- inne

SKALA OBSESJI I KOMPULSJI YALE-BROWN (Y-BOCS)

Zadam panu/pani teraz kilka pytań dotyczących pańskich myśli obsesyjnych (należy wyraźnie odnieść się do wymienionych przez pacjenta objawów obsesyjnych)

1. Czas zajęty przez myśli obsesyjne

Ile czasu zajmują panu/pani myśli obsesyjne?

[Jeśli obsesje występują w postaci krótkich, sporadycznych wtężeń (natręctw), mogą być trudności z określeniem czasu zajmowanego przez obsesje w przeliczeniu na pełne godziny. W takich przypadkach ocenia się czas określając, jak często pojawiają się obsesje. Należy brać pod uwagę zarówno to, ile razy takie wstawki (natręctwa) się pojawiają i ile godzin w ciągu dnia zajmują. Zapytaj].

Jak często pojawiają się myśli obsesyjne?

[Należy wykluczyć ruminacje i zaabsorbowanie, które, w przeciwieństwie do obsesji, są syntoniczne i racjonalne (choć przesadzone)].

0 = nie występują

1 = występują w stopniu łagodnym, mniej niż 1 godz. dziennie lub sporadyczne natręctwa

2 = umiarkowane, 1–3 godz. dziennie lub częste natręctwa

3 = nasilone, 3–8 godz. dziennie lub bardzo częste natręctwa

4 = niezwykle nasilone, więcej niż 8 godz. dziennie lub prawie ciągłe natręctwa

1b. Przerwy bez obsesji (nie uwzględnione w końcowym wyniku)

Przeciętnie, jakie są najdłuższe przerwy w ciągu dnia, kiedy nie ma pan/pani zupełnie myśli obsesyjnych? ile godzin z rzędu trwają takie okresy?

[Jeśli potrzeba, zapytaj].

Ile godzin trwa taka najdłuższa w ciągu dnia przerwa, kiedy myśli obsesyjne są nieobecne?

0 = bez objawów

1 = długie przerwy bez objawów, trwające dziennie dłużej niż 8 godz. z rzędu

2 = umiarkowane długie przerwy bez objawów, 3–8 godz. z rzędu w ciągu dnia

3 = krótkie przerwy bez objawów, 1–3 godz. z rzędu w ciągu dnia

4 = niezwykle krótkie przerwy bez objawów, trwające krócej niż 1 godz. w ciągu dnia

2. Wpływ myśli obsesyjnych na funkcjonowanie

W jakim stopniu pańskie myśli obsesyjne wpływają na pana/pani funkcjonowanie społeczne lub zawodowe (role społeczne lub zawodowe)? Czy jest coś, czego pan/pani nie robi z powodu tych myśli?

[Jeśli obecnie pacjent nie pracuje, określ, na ile objawy miałyby wpływ na jego funkcjonowanie gdyby był zatrudniony].

0 = wcale

1 = łagodnie, słaby wpływ na aktywność społeczną lub zawodową, ale zasadniczo ogólne funkcjonowanie nie zakłócone

- 2 = umiarkowanie, wyraźny wpływ na funkcjonowanie społeczne i zawodowe, ale jeszcze sobie radzi
- 3 = znacząco, powodują znaczne zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym
- 4 = całkowicie, zupełna niezdolność

3. Przygnębienie związane z myślami obsesyjnymi

Na ile pańskie obsesyjne myśli są przyczyną odczuwanego przez pana/panią przygnębienia?

[W większości przypadków, napięcie jest równoważne z niepokojem; jednak pacjenci mogą twierdzić, że ich obsesje przeszkadzają im, ale zaprzeczają niepokojowi. Oceniaj tylko ten niepokój, który wynika z obsesji, a nie lęk uogólniony czy związany z innymi stanami].

- 0 = brak
- 1 = łagodne, niezbyt przeszkadzające
- 2 = umiarkowane, przeszkadzające, ale możliwe do zniesienia
- 3 = znacznie nasilone, bardzo przeszkadzające
- 4 = skrajnie nasilone, prawie stałe i obezwładniające napięcie

4. Opór stawiany obsesjom

Na ile próbuje się pan/pani opierać myślom obsesyjnym? Jak często próbuje pan/pani ignorować je lub odwracać od nich uwagę, kiedy się pojawiają?

Oceniaj tylko podejmowane próby oporu, a nie skuteczność kontrolowania objawów. To, w jakim stopniu pacjent opiera się obsesjom może, ale nie musi, korelować z możliwością kontrolowania ich. Należy zauważyć, że ta pozycja skali nie mierzy bezpośrednio stopnia nasilenia natrętnych myśli; ocenia raczej przejawy zdrowia, tzn. próby przeciwstawienia się obsesjom przy pomocy innych środków niż tylko unikanie lub wykonywanie czynności kompulsyjnych. Zatem, im mocniej pacjent próbuje opierać się swoim obsesjom, tym mniej zaburzone są różne aspekty jego funkcjonowania. Istnieją formy aktywnego i biernego oporu. Pacjent uczestniczący w terapii behawioralnej może być zachęcany do neutralizowania objawów obsesyjnych poprzez zaniechanie walki z nimi (np. „pozwól tym myślom pojawiać się”, bierny opór) lub poprzez celowe przywoływanie tych niepokojących myśli. Dla oceny tej pozycji skali, należy rozumieć techniki behawioralne jako formy oporu. Jeśli nasilenie obsesji jest niewielkie (minimalne), pacjent może nie odczuwać potrzeby przeciwstawiania się im. W takim przypadku ocenia się to jako 0 punktów.

- 0 = zawsze próbuje się opierać lub objawy są tak minimalne, że nie potrzebuje się im opierać
- 1 = próbuje się opierać przez większość czasu
- 2 = czasami próbuje się opierać
- 3 = poddaje się (ulega) wszystkim obsesjom, bez próby kontrolowania ich, ale robi to raczej niechętnie
- 4 = całkowicie i chętnie poddaje się wszystkim obsesjom

5. Stopień panowania nad myślami obsesyjnymi

W jakim stopniu panuje pan/pani nad swoimi myślami obsesyjnymi? Na ile udaje się panu/pani wstrzymać lub odwrócić uwagę od swoich myśli obsesyjnych?

Czy jest pan/pani w stanie pozbyć się tych myśli?

[W przeciwieństwie do poprzedniej pozycji skali dotyczącej oporu, możliwość pacjenta kontrolowania obsesji jest bardziej związana z nasileniem natrętnych myśli].

0 = całkowita kontrola

1 = znaczna kontrola; zwykle zdolny, przy pewnym wysiłku i koncentracji, do powstrzymania obsesji lub odwrócenia od nich uwagi

2 = umiarkowana kontrola; czasami jest w stanie powstrzymać myśli lub odwrócić od nich uwagę

3 = niewielka kontrola; rzadko udaje się zatrzymać lub pozbyć się obsesji, może jedynie z trudem odwrócić od nich uwagę

4 = brak kontroli; objawy doświadczane jako całkowicie mimowolne, rzadko jest w stanie do chociaż chwilowej zmiany myślenia 10

Następne pytania będą dotyczyły pańskich zachowań kompulsyjnych.

[Przypomnij podane przez pacjenta objawy kompulsyjne].

6. Czas spędzany na wykonywaniu czynności kompulsyjnych

Ile czasu spędza pan/pani wykonując czynności kompulsyjne?

[Jeśli przeważają rytuały związane z codziennymi czynnościami, zapytaj].

Z powodu pańskich rytuałów, o ile więcej czasu, w porównaniu z innymi, musi pan/pani poświęcić na wykonanie zwykłych codziennych czynności?

[Jeśli kompulsje pojawiają się w postaci krótkich, sporadycznych natrętnych zachowań, mogą być trudności z określeniem czasu zajmowanego przez kompulsje w przeliczeniu na pełne godziny. W takich przypadkach ocenia się czas określając, jak często są one wykonywane. Należy brać pod uwagę zarówno to, ile razy takie kompulsje są wykonywane i ile godzin w ciągu dnia zajmują. Licz oddzielnie występowanie kompulsyjnych zachowań, a nie liczbę powtórzeń, np. pacjent, który idzie do łazienki 20 razy w ciągu dnia i za każdym razem myje ręce 5-krotnie, bardzo szybko, realizuje kompulsje 20 razy dziennie, a nie 5 razy, czy $5 \times 20 = 100$ razy. Zapytaj].

Jak często wykonuje pan/pani czynności kompulsyjne?

[W większości przypadków kompulsje są zachowaniami możliwymi do zaobserwowania (np. mycie rąk), ale niektóre są ukryte/niezauważane (np. ciche sprawdzanie)].

0 = brak objawów

1 = łagodne nasilenie (spędza mniej niż 1 godz. dziennie wykonując czynności kompulsyjne) lub sporadyczne zachowania kompulsyjne

2 = umiarkowane nasilenie (spędza 1–3 godz. dziennie wykonując czynności kompulsyjne) lub częste zachowania kompulsyjne

- 3 = znaczne nasilenie (spędza 3–8 godz. dziennie wykonując czynności kompulsyjne) lub bardzo częste zachowania kompulsyjne
- 4 = skrajne nasilenie (spędza więcej niż 8 godz. dziennie wykonując czynności kompulsyjne) lub prawie stale zachowania kompulsyjne (zbyt liczne aby je policzyć)

6b. Przerwy bez kompulsji

Przeciętnie, jakie są najdłuższe przerwy w ciągu dnia, kiedy zupełnie nie przejawia pan/pani zachowań kompulsyjnych; ile godzin z rzędu trwają takie okresy?

[Jeśli potrzeba, zapytaj]. Ile godzin trwa taka najdłuższa w ciągu dnia przerwa, kiedy kompulsje są nieobecne?

- 0 = bez objawów
- 1 = długie przerwy bez objawów, trwające dziennie dłużej niż 8 godz. z rzędu
- 2 = umiarkowanie długie przerwy bez objawów, 3–8 godz. z rzędu w ciągu dnia
- 3 = krótkie przerwy bez objawów, 1–3 godz. z rzędu w ciągu dnia
- 4 = niezwykle krótkie przerwy bez objawów, trwające krócej niż 1 godz.

7. Zakłócenie funkcjonowania wynikające z zachowań kompulsyjnych

W jakim stopniu pańskie zachowania kompulsyjne wpływają na pana/pani funkcjonowanie społeczne lub zawodowe (role społeczne lub zawodowe)? Czy jest coś, czego pan/pani nie robi z powodu kompulsji?

[Jeśli obecny pacjent nie pracuje, określ na ile objawy miałyby wpływ na jego funkcjonowanie gdyby był zatrudniony].

- 1 = brak
- 1 = łagodnie; słaby wpływ na aktywność społeczną lub zawodową, ale zasadniczo ogólne funkcjonowanie nie zakłócone
- 2 = umiarkowanie; wyraźny wpływ na funkcjonowanie społeczne i zawodowe, ale jeszcze sobie radzi
- 3 = znacząco; powodują znaczne zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym
- 4 = całkowicie; zupełna niezdolność

8. Przygnębienie związane z zachowaniami kompulsyjnymi

Jak czułby/czułaby się pan/pani, gdyby powstrzymał/a się od wykonania czynności kompulsyjnych? [przerwa] Jak bardzo by się pan/pani zaniepokoił/a?

[Oceń stopień przygnębienia (*distress*), jakie pacjent mógłby odczuwać, jeśli realizacja kompulsji została nagle przerwana, bez zaoferowania pacjentowi wsparcia. W większości przypadków, ale nie we wszystkich, realizacja czynności kompulsyjnych zmniejsza niepokój. Jeśli, w ocenie badającego, niepokój jest faktycznie zredukowany poprzez powstrzymywanie kompulsji, w sposób opisany powyżej, zapytaj].

Dopóki w pełni nie zrealizuje pan/pani kompulsji, jak bardzo staje się pan/pani niespokojny/a w czasie wykonywania tych czynności?

- 0 = brak
- 1 = łagodne; tylko nieznaczny niepokój w przypadku powstrzymywania się od realizacji kompulsji lub nieznaczny niepokój podczas wykonywania czynności kompulsyjnych
- 2 = umiarkowane; podaje, że w przypadku powstrzymywania się od realizacji kompulsji niepokój może wzrastać, ale jest możliwy do opanowania lub niepokój wzrasta podczas wykonywania czynności kompulsyjnych, ale jest możliwy do zniesienia
- 3 = znacznie nasilone; widoczny i bardzo przeszkadzający wzrost niepokoju w przypadku przerywania realizacji kompulsji lub podczas wykonywania czynności kompulsyjnych
- 4 = skrajnie nasilone; niepokój powodujący całkowitą niewydolność, pojawiający się przy próbie interwencji, skierowanej na zmianę aktywności lub powodujący całkowitą niewydolność, niepokój narastający podczas realizacji kompulsji.

9. Opór stawiany kompulsjom

Na ile próbuje się pan/pani opierać kompulsjom?

[Oceniaj tylko podejmowane próby oporu, a nie skuteczność kontrolowania objawów. To, w jakim stopniu pacjent opiera się kompulsjom może, ale nie musi, korelować z możliwością kontrolowania ich. Należy zauważyć, że ta pozycja skali nie mierzy bezpośrednio stopnia nasilenia kompulsji; ocenia raczej przejawy zdrowia, tzn. próby przeciwstawienia się kompulsjom. Zatem, im mocniej pacjent próbuje się opierać, tym mniej zaburzone są różne aspekty jego funkcjonowania. Jeśli nasilenie kompulsji jest minimalne, pacjent może nie odczuwać potrzeby przeciwstawiania się im. W takim przypadku ocenia się to jako 0 punktów].

- 0 = zawsze próbuje się opierać lub objawy są tak minimalne, że nie potrzebuje się im opierać
- 1 = próbuje się opierać przez większość czasu
- 2 = czasami próbuje się opierać
- 3 = poddaje się (ulega) wszystkim kompulsjom, bez próby kontrolowania ich, ale robi to raczej niechętnie
- 4 = całkowicie i chętnie poddaje się wszystkim kompulsjom

10. Stopień panowania nad zachowaniem kompulsyjnym

Jak silny jest przymus realizacji czynności kompulsyjnych? [przerwa] W jakim stopniu panuje pan/pani nad swoimi kompulsjami?

[W przeciwieństwie do poprzedniej pozycji skali dotyczącej oporu, możliwość kontrolowania kompulsji przez pacjenta jest bardziej związana z nasileniem kompulsji].

- 0 = całkowita kontrola
- 1 = znaczna kontrola; odczuwa presję aby zrealizować kompulsje, ale zwykle jest w stanie panować nad nimi
- 2 = umiarkowana kontrola; odczuwa silną presję aby zrealizować kompulsje, może z trudem nad nimi panować
- 3 = niewielka kontrola; bardzo silny przymus do realizacji zachowań kompulsyjnych, które muszą być ukończone, może jedynie z trudem opóźnić ich wykonanie

- 4 = brak kontroli; przymus realizacji zachowań kompulsyjnych, odczuwany jako całkowicie miwowlolny i obezwładniający, rzadko zdolny do chociaż chwilowego opóźnienia realizacji kompulsji.

Następne pytania dotyczą zarówno obsesji jak i kompulsji. Niektóre pytają o związane z tymi objawami problemy. Te pozycje skali nie są włączane do całkowitej sumy punktów, mogą być jednak użyteczne przy ocenie nasilenia objawów.

11. Wgląd w obsesje i kompulsje

Czy myśli pan/pani, że pańskie troski i przekonania są rozsądne? Jak pan/pani sądzi, co wydarzyłoby się, gdyby nie wykonał/a pan/pani pewnych czynności kompulsyjnych? Czy jest pan/pani przekonany/a, że coś rzeczywiście by się stało?

[Oceń wgląd pacjenta w bezsensowność lub nadmierne rozbudowanie obsesji, w oparciu o sądy wyrażane podczas badania].

- 0 = bardzo dobry wgląd, pełny rozsądek
 1 = dobry wgląd; gotowy do potwierdzenia absurdalności lub przesady swoich myśli lub zachowań, ale nie wydaje się być całkowicie przekonanym, że jego przeżycia związane są z lękiem
 2 = zadowolający wgląd; niechętnie przyznaje, że myśli lub zachowania mogą być nierozsądne lub nadmierne, ale waha się. Może mieć pewne nierealistyczne obawy, ale nie ma ugruntowanych przekonań
 3 = słaby wgląd; utrzymuje, że myśli lub zachowania nie są nierozsądne lub nadmierne, przyznaje też wartość przeciwnych argumentów (tj. przeceniane obecne przeświadczenia)
 4 = brak wglądu, urojeniowy; całkowicie przekonany, że myśli i zachowania są rozsądne, obojętny na argumenty

12. Unikanie

Czy unikał/a pan/pani zrobienia czegoś, udania się gdzieś, czy przebywania z kimś z powodu obsesji lub z powodu przekonania, że będzie wykonywał/a czynności kompulsyjne?

[Jeśli tak, zapytaj].

Jak bardzo pan/pani unika tego?

[Oceń stopień, do którego pacjent rozmyślnie unika pewnych rzeczy; czasami kompulsje są celowe, pozwalają unikać kontaktu z czymś, czego pacjent się boi. Np. rytuały prania rzeczy mogą być rozumiane jako kompulsje, a nie jako zachowania unikające. Jeśli pacjent przestałby robić pranie, można to określić jako unikanie].

- 0 = bez świadomego unikania
 1 = łagodne; minimalne unikanie
 2 = umiarkowane; niewielkie unikanie, wyraźnie obecne
 3 = znacznie nasilone; znaczne unikanie, widoczne
 4 = skrajnie nasilone; bardzo rozbudowane unikanie, pacjent robi wszystko co może, aby uniknąć objawów

13. Stopień niezdecydowania

Czy ma pan/pani problemy z podejmowaniem decyzji dotyczących mało ważnych rzeczy, o których większość osób nie myśli nawet 2 razy (np. jakie ubranie włożyć rano, jaki rodzaj płatków kupić)?

[Wyklucz trudności w podejmowaniu decyzji, które odzwierciedlają ruminacje myślowe. Należy wykluczyć też ambiwalencję związaną z rzeczywiście trudnymi decyzjami].

0 = wcale

1 = łagodny; trochę trudności z podejmowaniem decyzji dotyczących mniejszych spraw

2 = umiarkowany; swobodnie relacjonuje znaczące trudności w podejmowaniu decyzji, o których inni nie myślą nawet 2 razy

3 = znacznie nasilony; stałe rozważania za i przeciw dotyczące rzeczy nieistotnych

4 = skrajnie nasilony; niezdolny do podjęcia żadnej decyzji, całkiem niewydolny

14. Nadmierne poczucie odpowiedzialności

Czy czuje się pan/pani bardzo odpowiedzialny/a za skutki swoich działań? Czy wini się pan/pani za skutki wydarzeń, na które zupełnie nie miał/a pan/pani wpływu?

[Należy odróżnić od normalnego poczucia odpowiedzialności, poczucia bezwartościowości lub patologicznego poczucia winy. Osoba z nadmiernym poczuciem winy przeżywa siebie i swoje czyny jako złe i nikczemne].

0 = wcale

1 = łagodny; tylko wspomina o tym w odpowiedzi na pytania

2 = umiarkowane; wypowiada te przeświadczenia spontanicznie, wyraźnie obecne; pacjent przeżywa znacząco nadmierne poczucie odpowiedzialności za wydarzenia pozostające poza jego rzeczywistą kontrolą

3 = znacznie nasilone; przeświadczenia widoczne, rozbudowane, głęboko przekonany, że jest odpowiedzialny za wydarzenia, na które rzeczywiście nie ma wpływu; samooskarżenia przesadzone i prawie irracjonalne

4 = skrajnie nasilone; urojeniowe poczucie odpowiedzialności, np. jeśli w odległości prawie 6000 km zdarzy się trzęsienie ziemi, pacjent wini siebie, ponieważ nie wykonał czynności kompulsyjnych

15. Nadmierne spowolnienie/bezczynność

Czy ma pan/pani trudności z rozpoczęciem lub zakończeniem swoich zadań? Czy wiele z wykonywanych czynności zabiera panu/pani więcej czasu niż powinny?

[Należy odróżnić od psychomotorycznego spowolnienia wtórnego, w depresji. Oceń wydłużający się czas poświęcany na wykonanie rutynowych czynności, nawet jeśli nie można zidentyfikować określonych obsesji].

0 = wcale

1 = łagodne; sporadyczne opóźnienia w rozpoczęciu lub zakończeniu

2 = umiarkowane; często wydłużające się rutynowe czynności, ale zadania zwykle są ukończone, częściej opóźnione

- 3 = znacznie nasilone; nadmierne i wyraźne trudności z rozpoczęciem lub zakończeniem zadań, zwykle z opóźnieniem
- 4 = skrajnie nasilone; niezdolny do rozpoczęcia lub ukończenia prac bez całkowitej pomocy

16. Patologiczne wątpliwości

Czy po ukończeniu danej czynności ma pan/pani wątpliwości, czy wykonał/a to dobrze?

Czy ma pan/pani wątpliwości, czy w ogóle pan/pani to zrobił/a?

Czy podczas wykonywania rutynowych czynności, stwierdza pan/pani, że nie może ufać swoim zmysłom (np. temu, co pan/pani widzi, słyszy lub dotyka)?

0 = wcale

1 = łagodne; tylko wspomina o tym w odpowiedzi na pytania, nieznaczne patologiczne wątpliwości. Podane przykłady mogą mieścić się w granicach normy

2 = umiarkowane; przeświadczenia wypowiedziane spontanicznie, wyraźnie obecne i widoczne w pewnych zachowaniach pacjenta. Pacjent cierpiący z powodu znacznych patologicznych wątpliwości. Pewien wpływ na funkcjonowanie, ale jeszcze sobie radzi

3 = znacznie nasilone; wyraźna niepewność dotycząca spostrzegania i pamięci, patologiczne wątpliwości często wpływają na funkcjonowanie

4 = skrajnie nasilone; niepewność dotycząca percepcji stale obecna, patologiczne wątpliwości poważnie wpływa na prawie całą aktywność. Niemożność zrobienia czegokolwiek (np. pacjent stwierdza: „mój rozum nie ufa niczemu, co widzą moje oczy”)

[Pozycje 17 i 18 odnoszą się do ogólnego nasilenia choroby. Wymagane jest, aby badający brał pod uwagę całościowe funkcjonowanie, nie tylko związane z nasileniem objawów obsesyjno-kompulsyjnych].

17. Ogólne nasilenie

Ocena badającego przeciętnego nasilenia choroby pacjenta. Oceniane w skali od 0 (brak choroby) do 6 punktów (najbardziej nasilone).

[Weź pod uwagę stopień przygnębienia (*distress*) zgłaszany przez pacjenta, objawy obserwowane oraz relacjonowane zakłócenia funkcjonowania. Twoja ocena jest wymagana zarówno do uśrednienia tych informacji, jak i do wyważenia rzetelności i dokładności uzyskanych danych. Ta ocena oparta jest na informacjach uzyskanych w czasie całego badania].

0 = brak

1 = nieznaczny poziom choroby; wątpliwa, przemijająca; bez zaburzeń funkcjonowania

2 = łagodne objawy; niewielkie zakłócenie funkcjonowania

3 = umiarkowane objawy; funkcjonuje z pewnym wysiłkiem

4 = objawy od umiarkowanych do znacznie nasilonych; ograniczone funkcjonowanie

5 = objawy znacznie nasilone; funkcjonuje jedynie z pomocą

6 = skrajnie nasilone objawy; zupełnie nie funkcjonuje

18. Ogólna poprawa

Oceń całkowitą przeciętną poprawę, jaka nastąpiła od czasu wstępnego badania, niezależnie od tego, czy wg twojej opinii, jest ona skutkiem leczenia farmakologicznego czy nie.

- 0 = bardzo duże pogorszenie
- 1 = duże pogorszenie
- 2 = niewielkie pogorszenie
- 3 = bez zmian
- 4 = niewielka poprawa
- 5 = duża poprawa
- 6 = bardzo duża poprawa

19. Rzetelność

Oceń przeciętną rzetelność uzyskanych punktów skalowania. Czynniki, które mogą mieć wpływ na rzetelność danych jest m.in. chęć pacjenta do współpracy oraz jego naturalne umiejętności komunikowania się. Rodzaj i nasilenie obecnych objawów obsesyjno-kompulsyjnych mogą mieć niekorzystny wpływ na możliwości koncentracji pacjenta, jego uwagę lub nieskrępowane spontaniczne wypowiedzi (np. treści niektórych obsesji mogą wpływać na to, że pacjent bardzo starannie dobiera słowa).

- 0 = doskonała, nie ma powodów do podejrzeń, że dane są niepewne
- 1 = dobra, obecne są czynniki, które mogą niepomyślnie wpływać na rzetelność danych
- 2 = zadowalająca, obecne są czynniki, które wyraźnie obniżają rzetelność
- 3 = słaba, bardzo niska rzetelność