

УДК 303.214.2, 303.214.3

**СЕРГІЙ ДЕМБІЦЬКИЙ,**

кандидат соціологічних наук, науковий співробітник відділу методології та методів соціології Інституту соціології НАН України, Київ

**ЮЛІЯ СЕРЕДА,**

кандидат соціологічних наук, старший науковий співробітник відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій ДУ “Інститут економіки і прогнозування НАН України”, Київ

## **Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валідація в Україні**

*Анотація*

*Статтю присвячено валідації методики “The Symptom Checklist-90-Revised” в Україні. У праці послідовно розглянуто такі питання: змістові характеристики й засади використання методики, огляд досліджень, метою яких була валідація SCL-90-R, результати валідації SCL-90-R в Україні, профіль психічного здоров'я населення України відповідно до SCL-90-R. Також у статті розглянуто скорочені версії методики — BSI-53, SCL-27, BSI-18, SCL-14, SCL-9-K — і запропоновано спеціальну скорочену версію для застосування в українських дослідженнях — SCL-9-UA.*

*Складовими валідації були оцінювання надійності шкал (α Кронбаха), перевірка факторної валідності симптоматичних вимірів (конфірматорний факторний аналіз) та еквівалентності окремих варіантів SCL-90-R (порівняння медіан і кореляційний аналіз). Усі оцінки включають аналіз даних трьох досліджень (1997, 1999, 2014). Результати валідації підтверджують внутрішню структуру симптоматичних вимірів методики.*

**Ключові слова:** валідація, шкалювання, SCL-90-R

Історія створення методики SCL-90-R бере початок від Симптоматичного опитувальника Гопкінса (Hopkins Symptom Checklist) [Derogatis, 1974], що охоплював п'ять симптоматичних вимірів (соматизація, obsесивно-компульсивний розлад, міжособистісна сензитивність, депресія і тривожність), але при цьому мав низку обмежень: 1) його використання передбачало роботу тільки зі здоровими індивідами; 2) деякі важливі симптоматичні виміри не були охоплені; 3) значна кількість індикаторів методики були просто “шумом”, тобто не становили особливої діагностичної цінності. Виходячи з цих міркувань, Леонард Дерогатис, Рональд Ліпман і Ліно Кові включили до SCL-90 55 індикаторів Симптоматичного опитувальника Хопкінса і доповнили їх 45 новими, що відображали чотири додаткові симптоматичні виміри. Подальше оцінювання отриманого інструменту показало, що окремі показники тривожності й obsесивно-компульсивного розладу мали певні хиби. Відповідні пункти були замінені, після чого було проведено чергову, цього разу успішну, перевірку. Цей фінальний варіант методики (див. додаток 1) був названий “The Symptom Checklist-90-Revised”<sup>1</sup>, або SCL-90-R [Vaurio, 2011: p. 2448; Тарабрина, 2001: с. 146–147].

SCL-90-R являє собою опитувальний лист, що призначений для самооцінювання і дає змогу зафіксувати низку психологічних симптомів і дистресу загалом. Метою методики є оцінювання дев'яти симптоматичних вимірів: соматизації (somatization), obsесивно-компульсивного розладу (obsessive-compulsive), міжособистісної сензитивності (interpersonal sensitivity), депресії (depression), тривожності (anxiety), ворожості (hostility), фобійної тривожності (phobic anxiety), параноїдальних ідей (paranoid ideation), психозів (psychoticism). Також вона забезпечує можливість обчислення трьох індексів психологічного дистресу: глобального індексу тяжкості дистресу (Global Severity Index), індексу наявного симптоматичного дистресу (Positive Symptom Distress Index), загальної кількості виявлених симптомів (Positive Symptoms Total). Таким чином, інтерпретацію результатів можна проводити на підставі комбінації трьох рівнів агрегованих даних: узагальненого бала за всіма пунктами методики, узагальненого бала за підшкалами (однією і більше), що відображають відповідні симптоматичні виміри, а також на підставі зазначених вище індексів [Vaurio, 2011: p. 2447; Bufka et al., 2010: p. 73–74].

За більш як 40-літню історію використання SCL-90-R було проведено чимало валідизаційних досліджень у різних країнах і щодо різноманітних клінічних і звичайних груп<sup>2</sup>. В Україні методика була переведена російською та українською мовами, а також адаптована Наталією Паніною. З метою валідизації SCL-90-R була включена нею в моніторингові опитування Інституту соціології НАН України у 1997 і 1999 роках. У 2014 році методику було використано в усеукраїнському опитуванні в межах спільного моніторингу Українського інституту соціальних досліджень імені О. Яремен-

---

<sup>1</sup> Для докладнішого ознайомлення з розробленням методики див.: [Derogatis et al., 2004].

<sup>2</sup> Огляд відповідних досліджень здійснено далі.

ка, Центру “Соціальний Моніторинг” і відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій Інституту економіки і прогнозування НАН України (за ініціативою наукового керівника моніторингу Балакіревої О.М.)<sup>1</sup>.

Оскільки на підставі зазначених даних статистичний аналіз з метою валідазації SCL-90-R дотепер не здійснювався, головним завданням цієї статті є проведення відповідної валідаційної перевірки. Не менш важливим завданням для авторів статті є перевірка валідності скорочених варіантів методики, що більшою мірою відповідають вимогам масових опитувань і, відповідно, придатні для використання в соціологічних дослідженнях.

Слід також відзначити, що час опитувань збігається із кризами різноманітної природи в українському суспільстві (у 1997 і 1999 роках вони були зумовлені значними економічними негараздами, у 2014-му — сепаратизмом і відповідним військовим конфліктом, що спричинив загальносистемні виклики нашому суспільству). У цьому контексті (та за умови успішної валідазації методики) додатковим завданням буде оцінювання рівня дистресу і його компонентів в українському суспільстві загалом, а також у його окремих групах.

### ***Змістові характеристики й засади використання SCL-90-R***

Передусім розглянемо змістові характеристики дев'яти симптоматичних вимірів, що їх охоплено методикою.

*Соматизація* відображає дистрес, пов'язаний із тілесним дискомфортом — головними болями, болями в серці, м'язах, почуттям слабкості тощо.

*Обсесивно-компульсивний розлад* характеризується такими дисфункціями, як нав'язливі думки, проблеми з пам'яттю, повільність дій через побоювання помилитися, труднощі у прийнятті рішень, розосередженість та ін.

*Міжособистісна сензитивність* пов'язана з незадоволенням іншими людьми, сором'язливістю і скутістю в спілкуванні, низькою самооцінкою, почуттям ніяковості на людях тощо.

*Депресія* виражається в упадку сил і загальмованості, почутті самотності, пригніченому настрої, відсутності інтересу до будь-чого, почутті безнадійності та ін.

*Тривожність* характеризується несподіваним і безпричинним страхом, відчуттям напруженості, нападами жаху та паніки, надмірним хвилюванням, кошмарними думками чи мареннями тощо.

*Ворожість* пов'язана із легко збурюваним роздратуванням, вибухами гніву, бажанням заподіяти комусь тілесні ушкодження або шкоду, надмірною залученістю до суперечок тощо.

---

<sup>1</sup> Докладніше про дослідницький дизайн ідеться далі.

*Фобійна тривожність* полягає в почутті страху у відкритих місцях або на вулиці, побоюванні одному виходити з дому, перебувати у громадському транспорті тощо.

*Параноїдальні ідеї* виявляються у відчутті, що в усіх особистих негараздах винні інші, у відсутності довіри до оточення, у наявності ідей і вірувань, котрі, як певен індивід, не поділяються іншими, тощо.

*Психотизм* характеризується голосами, які чує індивід, але не чують інші, відчуттям, що інші проникають у його думки, відчуттям самотності, навіть у компанії інших людей, думками про необхідність покарання за свої гріхи тощо.

Також у методиці є сім *додаткових важливих симптомів*: поганий апетит, труднощі із засинанням, думки про смерть, переїдання, вранішнє безсоння, неспокійний і тривожний сон, почуття провини.

Кожному симптоматичному виміру відповідають від шести до тринадцяти індикаторів. Номери індикаторів для кожного симптоматичного виміру подано далі (див. табл. 1).

**Таблиця 1**

**Номери індикаторів симптоматичних вимірів у SCL-90-R**

Симптоматичний вимір	Номери індикаторів
Соматизація	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Обсесивно-компульсивний розлад	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Міжособистісна сензитивність	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривожність	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	11, 24, 63, 67, 74, 81
Фобійна тривожність	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параноїдальні ідеї	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90
Додаткові симптоми	19, 44, 59, 60, 64, 66, 89

Тут слід розглянути також скорочені варіанти SCL-90-R, а саме: BSI-53, SCL-27, BSI-18, SCL-14, SCL-9-K, описані в недавній праці Ульриха Принца (у співавт.) [Prinz et al., 2013]. Аналіз їхніх симптоматичних вимірів і відповідних індикаторів дає підстави для висновку, що BSI-53 (використовує у скороченні всі десять підшкал), BSI-18 (використовує скорочені варіанти підшкал соматизації, депресії та тривожності), а також SCL-14 (використовує скорочені варіанти підшкал депресії, фобійної тривожності й соматизації) є тими варіантами, що не відходять або мінімально відходять від інтерпретації оригінальних симптоматичних вимірів, закладених у SCL-90-R.

Своєю чергою, SCL-27 і SCL-9-K відхиляються від “канонічного зразка” більшою мірою. Так, SCL-27 призначена для вивчення таких симптоматичних вимірів, як депресія (три індикатори з підшкали депресії й один із додаткових симптомів), дистимія (три індикатори з підшкали обсесивно-ком-

пульсивного розладу й один із підшкали депресії), вегетативні розлади (п'ять індикаторів із підшкали соматизації й один із підшкали тривожності), агорафобія (чотири індикатори з підшкали фобійної тривожності й один із підшкали тривожності), соціофобія (чотири індикатори із підшкали міжособистісної сензитивності) і підозрілість (чотири індикатори з підшкали міжособистісної сензитивності). Натомість SCL-9-K подає набір із дев'яти індикаторів (по одному з кожної підшкали), метою яких є відображення загального дистресу індивіда. Номери індикаторів для симптоматичних вимірів у скорочених варіантах методики наведено у таблиці 2.

Таблиця 2

**Номери індикаторів симптоматичних вимірів  
у скорочених варіантах SCL-90-K**

Симптоматичний вимір	Номери індикаторів
<b>BSI-53</b>	
Соматизація	4, 12, 40, 48, 49, 52, 56
Обсесивно-компульсивний розлад	9, 28, 45, 46, 51, 55
Міжособистісна сензитивність	34, 37, 41, 69
Депресія	15, 29, 30, 32, 54, 79
Тривожність	2, 23, 33, 57, 72, 78
Ворожість	11, 24, 63, 67, 74
Фобійна тривожність	13, 47, 50, 70, 75
Параноїдальні ідеї	8, 18, 43, 76, 83
Психотизм	7, 77, 85, 88, 90
Додаткові симптоми	19, 44, 59, 89
<b>SCL-27</b>	
Депресія	15, 30, 54, 59
Дистимія	9, 14, 51, 55
Вегетативні розлади	4, 39, 40, 48, 49, 53
Агорафобія	13, 25, 33, 50, 82
Соціофобія	37, 41, 61, 69
Підозрілість	18, 68, 76, 83
<b>BSI-18</b>	
Соматизація	12, 40, 48, 52, 56, 58
Депресія	15, 29, 30, 32, 54, 79
Тривожність	2, 33, 57, 72, 78, 86
<b>SCL-14</b>	
Депресія	26, 28, 30, 54, 77, 79
Фобійна тривожність	13, 25, 47, 82
Соматизація	42, 52, 56, 58
<b>SCL-K-9</b>	
Загальний дистрес	24, 28, 31, 34, 43, 57, 58, 75, 77

Щоб оцінити кожен із 90 пунктів у випробуваного запитують, наскільки сильно його тривожили відповідні проблеми впродовж останнього тижня, включно із днем опитування. При цьому пропонується 5-бальна шкала: 0 — “зовсім не турбували”, 1 — “трохи”, 2 — “помірно”, 3 — “сильно”, 4 — “дуже сильно”.

Час інструкування триває від двох до п’яти хвилин, а саме заповнення опитувального бланка не має перевищувати п’ятнадцяти хвилин.

Після отримання даних можна обчислювати такі показники<sup>1</sup>:

1. Середнє значення для кожної з підшкал. За наявності пропусків за окремими пунктами, що входять до тієї чи іншої підшкали, середнє обчислюють на підставі скоригованого в менший бік знаменника (наприклад, якщо для підшкали “Соматизація” відсутні відповіді за двома пунктами, то суму значень відповідних пунктів необхідно розділити не на 12, а на 10). Якщо пропущено понад 40% пунктів тієї чи іншої підшкали, результати щодо неї вважаються недостовірними.

2. Середнє значення за методикою загалом (глобальний індекс тяжкості дистресу — GSI). Цей показник вважається найбільш інформативним. Опрацювання за наявності пропусків здійснюється так само, як і в попередньому випадку. При цьому результати за методикою загалом мають бути визнані недостовірними, якщо пропущено понад 20% усіх пунктів.

3. Загальна кількість виявлених симптомів (PST), тобто кількість симптомів, для яких отримано позитивну відповідь (будь-який варіант крім “зовсім не турбує”). Вказує на широту симптоматики індивіда.

4. Загальна тяжкість дистресу для тих симптомів, що були зафіксовані (індекс наявного симптоматичного дистресу — PSDI). Розраховується діленням загальної суми значень за методикою на загальну кількість виявлених симптомів (PST).

### ***Валідація SCL-90-R у різних контекстах: огляд***

Після того, як Дерогатис подав початковий варіант SCL-90-R у 1973 році [Derogatis et al., 1973], було написано багато праць, присвячених її валідації загалом або валідації її окремих підшкал. Весь масив відповідних статей можна поділити на такі тематичні групи:

- валідація методики щодо індивідів, не схильних до психічних розладів;
- валідація методики щодо індивідів із психічними розладами;
- валідація і/або подальше опрацювання окремих підшкал, що входять до методики;
- валідація скорочених варіантів SCL-90-R, а також розроблення нових методик на її основі.

---

<sup>1</sup> Засади обчислення показників методики наведено на підставі праці Надії Тарабріної [Тарабрина, 2001: с. 155–157].

На загальнопопуляційному рівні або на рівні спільнот дослідження проводили в Угорщині, Італії, Німеччині, Таїланді, Данії й Фінляндії. В угорському дослідженні шляхом конфірматорного факторного аналізу перевіряли різні моделі SCL-90-R та одного з її скорочених варіантів — BSI-53. Загалом отримані результати підтверджують оригінальну факторну структуру [Urban et al., 2014]. У випадку Італії використовували метод головних компонент, за допомогою якого було виявлено вісім чинників, які частково перетинаються зі змістом оригінальної методики. Після видалення двадцяти одного пункту методики було досягнуто належної внутрішньої узгодженості для всіх шкал. Разом із тим остання не дістала підтвердження після поділу вибірки на підгрупи відповідно до статі та віку [Prunas et al., 2012]. У Німеччині дослідження проводили як у клінічній, так і в звичайній вибірках. У цьому разі  $\alpha$  Кронбаха й аналіз шкал Мокена показали відповідно високу внутрішню узгодженість та ієрархічну структуру для більшості шкал. Водночас результати конфірматорного й експлораторного факторного аналізу не підтвердили оригінальної структури методики [Schmitz, 2000]. Дослідження в Таїланді показало високу внутрішню узгодженість шкал ( $\alpha$  Кронбаха), але не дало підтвердження конвергентної валідності (кореляційний аналіз) та оригінальної факторної структури (конфірматорний факторний аналіз), вказавши на необхідність інтерпретації результатів методики в контексті конструкту, що відображає єдиний глобальний чинник [Wongpakaran et al., 2011]. Дещо відмінний підхід було застосовано у Данії. Так, на підставі показників SCL-90 і SCL-90-R була сконструйована нова методика SCL-92, яку перевірили на загальнопопуляційній вибірці шляхом аналізу шкал Мокена і Раш-аналізу. У підсумку було встановлено непогані результати для шістдесяти трьох непсихотичних пунктів, котрі можна оцінити як частини єдиного конструкту психічного стану індивіда [Olsen et al., 2004]. У Фінляндії валідацію проводили шляхом дискримінантного й експлораторного факторного аналізу. Як і в попередньому випадку, було зроблено висновок про однофакторну структуру методики [Holi et al., 1998].

Якщо говорити про валідаційні дослідження серед різних груп пацієнтів, то методика дістала як часткове, так і повне підтвердження. У першому випадку акцент зазвичай зроблено на необхідності використання скорочених модифікованих варіантів зі своїм набором підшкал і/або інтерпретації результатів як таких, що відображають єдиний чинник дистресу індивіда. У цьому випадку дослідження проводили серед осіб із серйозними психічними порушеннями, гендерною невідповідністю та депресією [Paar et al., 2012], пацієнтів, що проходять індивідуально зорієнтовану терапію [Paar et al., 2011], пацієнтів центру психічного здоров'я [Martinez-Azumendi et al., 2001], примусово шпиталізованих пацієнтів із психічними розладами [Rauter et al., 1996], дорослих і підлітків, госпіталізованих у рамках кризової інтервенції [Bonynge, 1993], клієнтів агентств психічного здоров'я [Todd, 2014], осіб із наркотичною залежністю [Zack et al., 1998], пацієнтів із панічними розладами [Bech et al., 1992], ветеранів, які проходять психіатричне лікування [Clark et al., 1983], пацієнтів психіатрії [Dinning et al., 1977]. Повне підтвердження було отримано для пацієнтів,

які очікують на біаіатричне хірургічне втручання [Ransom et al., 2010], дорослих пацієнтів амбулаторій при відділеннях першої медичної допомоги [Schmitz et al., 1999], волонтерів з випробовування лікарських препаратів [Derogatis et al., 1976].

У рамках перевірки окремих підшкал методики були отримані переважно позитивні результати: серед пацієнтів із особистісними розладами була продемонстрована гетерогенність шкали психотизму [Pedersen et al., 2014]; для групи афроамериканських жінок перевірена культурна чутливість шкали тривожності [Kevin Charman et al., 2012]; на вибірці шведських студентів розроблено скорочений варіант шкали депресії [Magnusson Hanson et al. 2014]; валідизовано шкали депресії, тривожності та міжособистісної сензитивності на основі вивчення датських пацієнтів психіатрії [Bech et al., 2014]; продемонстрована чітка факторна структура для шкал тривожності та депресії на двох відповідних вибірках пацієнтів [Morgan et al., 1998]. Винятком стало дослідження з валідизації шкали параноїдальних ідей і шкали психотизму, проведене на великій іранській вибірці. У цьому разі було отримано лише часткове підтвердження факторної структури [Bakhshae et al., 2011].

Для нас також особливо цікавими є праці, пов'язані з валідизацією скорочених варіантів методики, запропонованих не як досконаліша альтернатива оригінальної SCL-90-R, а як її спрощені версії, що мають розширити можливості дослідника з огляду на різні потреби й обмеження, що можуть виникнути в різноманітних дослідницьких контекстах. Очевидно, що в рамках широкомасштабних соціальних досліджень найповніший варіант симптоматичного опитувальника на 90 пунктів може бути надто великою розкішшю. Ключовою тут є праця У.Принза (у співавт.), в якій наведено результати валідизаційного порівняльного дослідження повної та скорочених (BSI-53, SCL-27, BSI-18, SCL-14, SCL-9-K) версій методики на підставі оцінки внутрішньої узгодженості шкал ( $\alpha$  Кронбаха), а також факторної структури (конфірматорний факторний аналіз) [Prinz et al., 2013]. Ще одна актуальна праця у даному контексті (особливо за сучасних умов українського суспільства) — дослідження Френка Везерса (у співавт.), присвячене розробленню шкали для оцінювання посттравматичного стресового розладу в осіб, які побували в зоні військових дій [Weathers et al., 1996]. Разом із тим зазначена шкала не є предметом вивчення в нашій статті, оскільки її валідизація для України передбачає дослідження ветеранів антитерористичної операції на сході нашої країни. Сподіваємося, що відповідне дослідження буде проведене нами в майбутньому.

Згадані вище праці дають підстави для кількох висновків, важливих з точки зору валідизації.

По-перше, у валідизаційних дослідженнях спостерігається примат статистичного висновку — результати статистичного аналізу часто приймаються як ключовий критерій. Однак слід пам'ятати, що шкали SCL-90-R були сформульовані насамперед виходячи з багатого досвіду клінічної практики, що і є найважливішим критерієм оцінювання змісту шкали та її симптоматичних вимірів. По-друге, спостерігається широкий розкид використовуваних у рамках валідизації методик — від простого кореляційного



аналізу до конфірматорного факторного аналізу. При цьому далеко не завжди обраний метод годиться для розв'язання поставлених дослідницьких завдань. Так, нам видається сумнівним використання експлораторного факторного аналізу (а він застосовувався доволі часто) для підтвердження вже запропонованої факторної структури. На підставі його результатів було б дивно одержати оригінальну дев'ятифакторну структуру. По-третє, у загальнопопуляційних дослідженнях вочевидна відсутність моніторингового компонента — дослідження проводили тільки раз, що не дає підстав для висновку про темпоральну усталеність факторної структури досліджуваного конструкта.

Виходячи з цього, у нашій праці ми дотримуємося трьох принципових позицій: 1) принципова важливість теоретичних положень, валідність яких базується на вивченні клінічної практики; 2) використання таких методів, як  $\alpha$  Кронбаха і конфірматорний факторний аналіз, котрі щонайкраще відповідають меті дослідження — перевірі факторної структури методики; 3) увага до темпоральної усталеності досліджуваного конструкта через звернення до трьох досліджень, проведених за тією самою генеральною сукупністю, але в різний час (1997, 1999, 2014).

### ***Валідизація SCL-90-R в Україні***

*Дизайн.* Дослідження ґрунтоване на повторному аналізі баз даних Інституту соціології НАН України (соціологічний моніторинг “Українське суспільство” за 1997 і 1999 роки), а також спільного моніторингу Українського інституту соціальних досліджень імені О. Яременка, Центру “Соціальний Моніторинг” і відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій Інституту економіки і прогнозування НАН України (дослідження 2014 року). У 1997 і 1999 роках було опитано по 1810 респондентів, у 2014-му — 2069. Вибіркова сукупність кожного із трьох крос-секційних досліджень репрезентативна за основними соціально-демографічними характеристиками для дорослого населення України. У масивах 1997 і 1999 років співвідношення за статтю становило 45% чоловіків і 55% жінок, середній вік — 45 років; у масиві 2014-го — 44% чоловіків і 56% жінок, середній вік — 46 років. Дослідження 2014-го охоплювало 24 області України і м. Київ, у 1997 і 1999 роках — 24 області України, м. Київ і АР Крим.

*Інструмент.* В усіх трьох дослідженнях опитувальник SCL-90-R заповнювався як один із блоків загальної анкети. Було здійснено переклад опитувальника як українською, так і російською мовами, оскільки використовувалися різні анкети для різних регіонів країни. Скорочені варіанти симптоматичного опитувальника (BSI-53, SCL-27, BSI-18, SCL-14, SCL-9-K) були розраховані на основі запитань SCL-90-R під час повторного аналізу.

Статистичний аналіз ґрунтувався на основних етапах валідизації інструменту: оцінювання надійності шкал, факторної валідності симптоматичних вимірів та еквівалентності окремих варіантів SCL-90-R. Усі оцінювання включають аналіз даних трьох досліджень (1997, 1999, 2014).

Для оцінювання надійності окремих симптоматичних вимірів, а також загального індексу ваги дистресу (GSI) в усіх 5 методиках (SCL-90-R, BSI-53, SCL-27, BSI-18, SCL-14) було обчислено коефіцієнти  $\alpha$  Кронбаха. Значення коефіцієнта понад 0,7 розглядалися як прийнятні.

Для підтвердження факторної валідності симптоматичних вимірів повного і скорочених варіантів SCL-90-R був здійснений конфірмаційний факторний аналіз (Confirmatory Factor Analysis – CFA). З огляду на те, що всі індикатори мали порядкову шкалу, для оцінювання параметрів CFA використовували метод діагонально зважених найменших квадратів (Diagonally Weighted Least Squares – DWLS), що дозволяє оцінити робастні стандартні похибки та скоригувати тестову статистику. Пропущені значення були виключені. Для оцінювання якості факторних моделей було отримано такі показники:  $\chi^2$  (Minimum Function для мінімальної функції), RMSEA (The Root Mean Square Error of Approximation – середньоквадратична похибка апроксимації), CFI (Comparative fit index – Порівняльний індекс придатності) і TLI (Tucker-Lewis index – індекс Такера-Левіса). Прийнятна якість моделі передбачала дотримання таких умов: співвідношення  $\chi^2$  до ступенів свободи менше 5, RMSEA < 0,06 і (CFI, TLI) > 0,95.

Для аналізу еквівалентності повного і скорочених варіантів SCL-90-R були проаналізовані кореляції Спірмена між подібними симптоматичними вимірами, а також розрахована значимість відмінностей медіанних значень компонентів BSI-53, SCL-27, BSI-18, SCL-14 порівняно із SCL-90-R на основі медіанного тесту Вілкоксона. Еквівалентність різних версій SCL-90-R також оцінювалася в контексті того, наскільки відрізняються розміри групи з високим ризиком психологічного дистресу серед усього населення залежно від методики. Іншими словами, якою мірою відрізняється поширеність “імовірних випадків”. За критерієм Дерогатиса для населення загалом, якщо GSI має T-значення  $\geq 63$ , такі респонденти можуть характеризуватися наявністю важких симптомів дистресу [Derogatis et al., 2004: р. 12–13]. Деякі автори розглядають цей критерій не тільки для GSI, а й для окремих симптоматичних вимірів [Kellett et al., 2003]. Також поширеним є використання критерію GSI > 1 для визначення частки населення з важкими симптомами дистресу [Olsen et al., 2006].

Додатково було здійснено двовимірний аналіз динаміки показників повної та короткої версії SCL-90-R. Оскільки розподіли всіх показників, розрахованих на основі 5 методик, істотно відрізнялися від нормального, значимість відмінностей було обчислено за H-критерієм Крускала-Воліса.

Крім описаних вище скорочених версій SCL-90-R також була проаналізована додаткова скорочена версія – SCL-9-UA, ґрунтована на тих пунктах методики, які продемонстрували найтісніший взаємозв'язок із показниками своїх підшкал (тобто за одним пунктом із кожної підшкали, як і у випадку SCL-K-9) у трьох валідаційних опитуваннях в Україні. Відмінності в пунктах методик між версіями SCL-K-9 і SCL-9-UA наведено далі (див. табл. 3).

Для статистичного аналізу використовувався R (пакет “lavaan” для CFA) і SPSS, версія 20.

**Формулювання пунктів скорочених версій  
SCL-K-9 і SCL-9-UA**

SCL-K-9	SCL-9-UA
Спалахи гніву, які Ви не могли стримати	Легке виникнення досади або роздратування
Відчуття, ніби щось Вам заважає зробити що-небудь	Те, що Вам важко зосередитися
Надмірне занепокоєння з різних приводів	Пригнічений настрій, “хандра”
Те, що Ваші почуття легко зачепити	Те, що Ваші почуття легко зачепити
Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас	Почуття, що більшості людей не можна довіряти
Відчуття напруженості або збудженості	Відчуття напруженості або збудженості
Тяжкість у кінцівках	Відчуття слабкості в різних частинах тіла
Знервованість, коли Ви залишалися наодинці	Знервованість, коли Ви залишалися наодинці
Почуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми	Думки про те, що з Вашим тілом якийсь негаразд <sup>1</sup>

*Результати: надійність.* У дослідженні 1997 року коефіцієнти  $\alpha$  Кронбаха для різних симптоматичних вимірів варіювали від 0,59 (депресивні симптоми в SCL-27) до 0,96 (GSI у SCL-90-R); у 1999-му – від 0,63 (депресивні симптоми в SCL-27) до 0,97 (GSI у SCL-90-R), а в 2014-му – від 0,66 (депресивні симптоми в SCL-27) до 0,98 (GSI у SCL-90-R) (див. табл. 4). Показники внутрішньої узгодженості вищі у 2014 році, ніж у 1997–1999, що може бути пов’язане з більшим розміром вибірки. В усіх трьох дослідженнях узгодженість індикаторів депресивних симптомів у SCL-27 була нижчою за прийнятний рівень (0,7), хоча й близькою до нього. Водночас саме цей показник обчислюють на підставі найменшого числа індикаторів (4 запитання). Низький коефіцієнт може бути результатом чутливості критерію  $\alpha$  Кронбаха щодо кількості симптомів у рамках одного симптоматичного стану. Слід зазначити, що GSI у різних методиках варіював від 0,81 до 0,98, що свідчить про належну надійність. Назагал можна відзначити задовільну узгодженість усіх версій симптоматичного опитувальника.

*Результати: факторна валідність.* Результати конфірматорного факторного аналізу підтверджують внутрішню структуру симптоматичних вимірів SCL-90-R, BSI-53, SCL-27, BSI-18, SCL-14 (табл. 5). За критеріями RMSEA < 0,06 і CFI, TLI > 0,95 усі моделі продемонстрували задовільну придатність. Порівняння показників якості моделей у динаміці,

<sup>1</sup> Насправді найвищий взаємозв’язок із підшкалою психотизму демонструє такий пункт: “Думка про те, що Ви маєте бути покарані за Ваші гріхи”. Разом із тим ми припускаємо, що із плином часу актуальність цього варіанта слабшатиме у зв’язку з посиленням секуляризації українського суспільства.

як і у випадку оцінювання надійності, демонструє нижчі RMSEA і вищі CFI і TLI у 2014 році. За критерієм  $\chi^2$ , зокрема його співвідношенням зі ступенями свободи, незадовільну якість моделі зафіксовано у 1997-му щодо SCL-90-R ( $\chi^2/DF = 7$ ) і щодо SCL-27 ( $\chi^2/DF = 6$ ). Трифакторна модель SCL-14 і десятифакторна модель BSI-53 характеризуються мінімальними значеннями RMSEA при максимальних значеннях CFI і TLI порівняно з іншими моделями, тобто саме ці версії симптоматичного опитувальника демонструють найкращу факторну валідність.

Таблиця 4

### Результати оцінювання надійності шкал серед загального населення в Україні<sup>1</sup>

SCL-90-R					BSI-53				
Шкала	α Кронбаха			Кількість індикаторів	Шкала	α Кронбаха			Кількість індикаторів
	1997	1999	2014			1997	1999	2014	
SOMA	0,90	0,89	0,93	12	SOMA	0,85	0,84	0,89	7
OCD	0,81	0,83	0,90	10	OCD	0,76	0,79	0,86	6
INT	0,80	0,82	0,87	9	INT	0,62	0,66	0,77	4
DEPR	0,83	0,85	0,91	13	DEPR	0,73	0,75	0,82	6
ANX	0,81	0,86	0,92	10	ANX	0,74	0,80	0,87	6
HOST	0,74	0,75	0,82	6	HOST	0,69	0,70	0,78	5
PHOB	0,74	0,78	0,87	7	PHOB	0,68	0,71	0,82	5
PARA	0,74	0,75	0,84	6	PARA	0,72	0,72	0,81	5
PSYC	0,79	0,78	0,90	10	PSYC	0,68	0,65	0,82	5
GSI	0,96	0,97	0,98	83	GSI	0,94	0,95	0,97	49
SCL-27					BSI-18				
Шкала	α Кронбаха			Кількість індикаторів	Шкала	α Кронбаха			Кількість індикаторів
	1997	1999	2014			1997	1999	2014	
VEG	0,80	0,80	0,87	6	SOMA	0,84	0,84	0,89	6
DYS	0,74	0,78	0,81	4	DEPR	0,73	0,75	0,82	6
SOP	0,64	0,69	0,76	4	ANX	0,73	0,79	0,86	6
DEP	0,59	0,63	0,66	4					
AGO	0,71	0,75	0,83	5					
MIS	0,64	0,69	0,76	4					
GSI	0,90	0,92	0,95	27	GSI	0,88	0,90	0,94	18

<sup>1</sup> Тут і далі використовуються такі скорочення: SOMA – соматизація, VEG – вегетативні розлади, OCD – obsесивно-компульсивний розлад, DYS – дистимія, INT – міжособистісна сензитивність, SOPH – соціофобія, DEPR – депресія, DEP – депресивні симптоми, ANX – тривожність, HOST – ворожість, PHOB – фобійна тривожність, AGO – агорафобія, PARA – параноїдальні тенденції, MIS – підозрілість, PSYC – психотизм, ADD – додаткові симптоми, GSI – глобальний індекс тяжкості дистресу.

Закінчення табл. 4

SCL-14				SCL-K-9					
Шкала	α Кронбаха			Кількість індикаторів	Шкала	α Кронбаха			Кількість індикаторів
	1997	1999	2014			1997	1999	2014	
VEG	0,85	0,84	0,88	4	GSI	0,81	0,85	0,89	9
DEP	0,72	0,73	0,86	6	SCL-9-UA				
AGO	0,64	0,68	0,81	4	GSI	0,83	0,85	0,89	9
GSI	0,84	0,85	0,92	14					

Таблиця 5

**Результати оцінювання факторної валідності серед населення України в цілому: показники конфірматорного факторного аналізу**

Показник	SCL-90-R			BSI-53		
	1997	1999	2014	1997	1999	2014
$\chi^2$ (DWLS)	25299	21196	15672	6323	6117	4714
DF (ступені свободи)	3870	3870	3870	1280	1280	1280
$\chi^2 / DF$	7	5	4	5	5	4
p-value	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
RMSEA (поріг < 0,06)	0,057	0,052	0,042	0,048	0,047	0,038
CFI (поріг > 0,95)	0,967	0,979	0,995	0,980	0,984	0,996
TLI (поріг > 0,95)	0,966	0,978	0,995	0,979	0,983	0,996
Показник	SCL-27			BSI-18		
	1997	1999	2014	1997	1999	2014
$\chi^2$ (DWLS)	1844	1258	1243	575	530	543
DF (ступені свободи)	309	309	309	132	132	132
$\chi^2 / DF$	6	4	4	4	4	4
p-value	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
RMSEA (поріг < 0,06)	0,053	0,042	0,040	0,044	0,041	0,040
CFI (поріг > 0,95)	0,977	0,989	0,996	0,991	0,993	0,997
TLI (поріг > 0,95)	0,974	0,987	0,996	0,990	0,992	0,997
Показник	SCL-14			SCL-K-9		
	1997	1999	2014	1997	1999	2014
$\chi^2$ (DWLS)	415	279	183	111	118	121
DF (ступені свободи)	74	74	74	27	27	27
$\chi^2 / DF$	6	4	2	4	4	4
p-value	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
RMSEA (поріг < 0,06)	0,051	0,040	0,027	0,042	0,044	0,042
CFI (поріг > 0,95)	0,988	0,993	0,999	0,993	0,995	0,997
TLI (поріг > 0,95)	0,985	0,991	0,998	0,991	0,993	0,997

Закінчення табл. 5

Показник	SCL-9-UA		
	1997	1999	2014
$\chi^2$ (DWLS)	84	119	114
DF (ступені свободи)	27	27	27
$\chi^2 / DF$	3	4	4
p-value	0,000	0,000	0,000
RMSEA (поріг < 0,06)	0,034	0,044	0,040
CFI (поріг > 0,95)	0,996	0,995	0,998
TLI (поріг > 0,95)	0,995	0,993	0,997

Аналіз факторних навантажень за окремими індикаторами латентних чинників — симптоматичних вимірювань підтверджує висновок про задовільну внутрішню узгодженість. Значення факторних навантажень і в короткій, і в повній версії SCL-90-R перевищували 0,50 (за винятком індикатора “знервованість” для депресії в SCL-90-R, 1997, 1999)<sup>1</sup>. Усі значення факторних навантажень були статистично значимі на рівні 1%.

Спостерігалися сильні кореляції серед усіх латентних чинників. Наприклад, у факторних моделях 2014 року в SCL-90-R мінімальна і максимальна кореляції окремих симптоматичних вимірів — 0,74 (соматизація і ворожість) і 0,99 (міжособистісна сензитивність і параноїдальні ідеї); у BSI-53 — 0,78 (соматизація і ворожість, соматизація і параноїдальні ідеї) і 0,99 (міжособистісна сензитивність і фобійна тривожність); у SCL-27 — 0,78 (вегетативні розлади і підозрілість) і 0,98 (агорафобія і соціофобія); у BSI-18 — 0,86 (соматизація і депресія) і 0,98 (депресія і тривожність); у SCL-14 — 0,71 (вегетативні розлади й агорафобія) і 0,87 (агорафобія і депресія).

*Еквівалентність повної та коротких версій SCL-90-R.* З огляду на належну узгодженість окремих симптоматичних вимірів у різних версіях SCL-90-R кореляції між повною і короткою версіями опитувальника очікувано дуже високі (коефіцієнти кореляції Спірмена варіюють в інтервалі 0,7-0,9) (табл. 7); але якщо подивитися на різницю медіанних значень між подібними компонентами SCL-90-R, з одного боку, а BSI-53, SCL-27, BSI-18, SCL-14, SCL-9-K і SCL-9-UA — з іншого, виявляється, що практично в усіх випадках різниця медіан буде статистично значимою на рівні 5% (табл. 6). Еквівалентність медіан між повною і короткою версіями опитувальника в усіх трьох аналізованих дослідженнях спостерігається тільки для чинника “соматизація” у BSI-18. Якщо подивитися на міру розкиду значень окремих симптоматичних вимірів у термінах міжквартильної відстані (табл. 8), помітно, що такі фактори в різних методиках відрізняються не стільки мірою центральної тенденції, скільки дисперсією. Такі розбіжності зумовлюють статистично значимі розбіжності при малих розмірах ефектів (різниць медіан).

<sup>1</sup> Таблиця зі значеннями факторних навантажень, як і всі подані у статті таблиці, доступна за адресою: <http://soc-research.info/downloads/scl-90-r.xlsx>

Таблиця 6

**Різниця медіанних значень окремих симптоматичних вимірів між скороченими версіями і повною версією симптоматичного опитувальника SCL-90-R<sup>a</sup>**

BSI-53				SCL-27				BSI-18			
Шкала	1997	1999	2014	Шкала	1997	1999	2014	Шкала	1997	1999	2014
SOMA	-0,1	-0,1	-0,15	VEG	-0,17	-0,34	-0,25	SOMA	<b>-0,17</b>	<b>-0,17</b>	<b>-0,25</b>
OCD	-0,07	-0,07	-0,07	DYS	<b>-0,15</b>	0,1	0,1				
INT	<b>-0,19</b>	<b>-0,19</b>	-0,08	SOP	0,25	0,25	0,25				
DEPR	-0,05	0,04	-0,05	DEP	0,12	<b>0,04</b>	-0,13	DEPR	-0,05	0,04	-0,05
ANX	-0,07	-0,07	0,03					ANX	-0,07	-0,07	0,03
HOST	0,07	0,07	0,07								
PHOB	-0,14	-0,14	0	AGO	-0,14	-0,14	0				
PARA	-0,1	-0,1	0,07	MIS	0	0	0,17				
PSYC	-0,1	0,1	-0,1								
GSI	0	-0,01	0	GSI	0	-0,01	0	GSI	0,09	0,08	0,04
SCL-14				SCL-K-9				SCL-9-UA			
Шкала	1997	1999	2014	Шкала	1997	1999	2014	Шкала	1997	1999	2014
VEG	0,08	0,08	-0,08								
DEP	0,12	0,04	-0,05								
AGO	-0,14	-0,14	0,00								
GSI	0,02	0,08	0,01	GSI	0,03	0,14	-0,02	GSI	0,15	0,14	0,15

<sup>a</sup> Жирним шрифтом відзначено відсутність статистично значимих відмінностей медіан (за результатами тесту Вілкоксона для однієї вибірки, в інших випадках відмінності є статистично значимими на рівні 5%).

Таблиця 7

**Рівень зв'язку факторів у скорочених версіях і повній версії симптоматичного опитувальника SCL-90-R (кореляції Спірмена)<sup>a</sup>**

BSI-53				SCL-27				BSI-18			
Шкала	1997	1999	2014	Шкала	1997	1999	2014	Шкала	1997	1999	2014
SOMA	0,95	0,95	0,95	VEG	0,89	0,89	0,90	SOMA	0,94	0,94	0,94
OCD	0,93	0,93	0,95	DYS	0,77	0,80	0,86				
INT	0,89	0,90	0,91	SOP	0,86	0,87	0,88				
DEPR	0,90	0,91	0,93	DEP	0,81	0,83	0,87	DEPR	0,90	0,91	0,93
ANX	0,93	0,94	0,95					ANX	0,93	0,94	0,95
HOST	0,98	0,99	0,99								
PHOB	0,94	0,97	0,97	AGO	0,84	0,84	0,85				
PARA	0,99	0,99	0,99	MIS	0,95	0,94	0,96				
PSYC	0,91	0,92	0,94								
GSI	0,99	0,99	0,99	GSI	0,95	0,96	0,97	GSI	0,92	0,93	0,94

Закінчення табл. 7

SCL-14				SCL-K-9				SCL-9-UA			
Шкала	1997	1999	2014	Шкала	1997	1999	2014	Шкала	1997	1999	2014
VEG	0,89	0,90	0,91								
DEP	0,88	0,90	0,91								
AGO	0,81	0,83	0,88								
GSI	0,90	0,90	0,93	GSI	0,90	0,90	0,91	GSI	0,91	0,91	0,91

<sup>a</sup> Усі коефіцієнти кореляції є статистично значимими на рівні 5%.

Таблиця 8

**Динаміка медіанних значень симптоматичних факторів  
у SCL-90-K та її скорочених версій**

Шкали та підшкали		1997		1999		2014		p-value (тест Круска- ла-Во- ліса)
		М	MP	М	MP	М	MP	
SCL-90-R	SOMA	0,67	0,92	0,67	0,92	0,58	1,00	0,001
	OCD	0,40	0,60	0,40	0,70	0,40	0,80	0,013
	INT	0,44	0,67	0,44	0,67	0,33	0,67	0,000
	DEPR	0,38	0,62	0,46	0,69	0,38	0,77	0,000
	ANX	0,40	0,60	0,40	0,60	0,30	0,70	0,574
	HOST	0,33	0,50	0,33	0,50	0,33	0,67	0,065
	PHOB	0,14	0,29	0,14	0,29	0,00	0,43	0,997
	PARA	0,50	0,67	0,50	0,67	0,33	0,83	0,717
	PSYC	0,10	0,40	0,10	0,40	0,10	0,44	0,886
	ADD	0,43	0,57	0,29	0,57	0,43	0,71	0,005
GSI	0,41	0,53	0,42	0,51	0,35	0,60	0,000	
BSI-53	SOMA	0,57	1,00	0,57	1,00	0,43	1,00	0,000
	OCD	0,33	0,83	0,33	0,67	0,33	1,00	0,023
	INT	0,25	0,75	0,25	0,75	0,25	0,75	0,028
	DEPR	0,33	0,67	0,50	0,67	0,33	0,83	0,000
	ANX	0,33	0,67	0,33	0,50	0,33	0,67	0,269
	HOST	0,40	0,60	0,40	0,60	0,40	0,80	0,150
	PHOB	0,00	0,40	0,00	0,40	0,00	0,40	0,430
	PARA	0,40	0,80	0,40	0,60	0,40	1,00	0,593
	PSYC	0,00	0,40	0,20	0,40	0,00	0,40	0,526
	ADD	0,38	0,75	0,25	0,75	0,25	0,75	0,260
GSI	0,41	0,55	0,41	0,51	0,35	0,61	0,002	



Закінчення табл. 8

Шкали та підшкали		1997		1999		2014		p-value (тест Крускала-Волліса)
		М	MP	М	MP	М	MP	
SCL-27	VEG	0,50	1,00	0,50	0,75	0,25	0,75	0,000
	DYS	0,25	0,75	0,50	1,00	0,50	1,00	0,001
	SOP	0,50	0,83	0,33	0,83	0,33	1,00	0,008
	DEP	0,00	0,40	0,00	0,40	0,00	0,60	0,000
	AGO	0,25	0,75	0,25	0,75	0,25	0,75	0,066
	MIS	0,50	1,00	0,50	1,00	0,50	1,00	0,375
	GSI	0,41	0,56	0,41	0,56	0,35	0,63	0,024
BSI-18	SOMA	0,50	1,00	0,50	1,00	0,33	1,00	0,000
	DEPR	0,33	0,67	0,50	0,67	0,33	0,83	0,000
	ANX	0,33	0,50	0,33	0,50	0,33	0,67	0,384
	GSI	0,50	0,67	0,50	0,67	0,39	0,72	0,000
SCL-14	SOMA	0,75	1,25	0,75	1,00	0,50	1,25	0,000
	DEPR	0,50	0,67	0,50	0,83	0,33	0,83	0,000
	PHOB	0,00	0,25	0,00	0,25	0,00	0,25	0,099
	GSI	0,43	0,64	0,50	0,64	0,36	0,64	0,000
SCL-K-9	GSI	0,44	0,67	0,56	0,67	0,33	0,72	0,000
SCL-9-UA	GSI	0,56	0,89	0,56	0,78	0,50	0,78	0,000

Якщо співвіднести різні методики в контексті визначення ймовірного випадку психологічного дистресу, повна і короткі версії SCL-90-R дають схожі результати. Наприклад, за критерієм Дерогатиса (ймовірний випадок – T-значення для  $GSI \geq 63$ ) приблизно 15% населення мали важкі симптоми у 2014 році відповідно до SCL-90-R; у BSI-53 цей показник теж становить 15%; у SCL-27 і SCL-9-UA – 14%; а в BSI-18, SCL-14 і SCL-9-K – 13% (табл. 9). За критерієм  $GSI > 1$  ситуація більш гетерогенна: частка населення з важкими симптомами відповідно до SCL-90-R – 17%, BSI-53 і SCL-27 – 18%, SCL-14 – 20%, BSI-18 і SCL-9-K – 22%, SCL-9-UA – 23%.

*Темпоральна сталість і динаміка.* Якщо розглядати характеристики надійності й валідності 5 методик у динаміці, слід зазначити, що в усіх трьох дослідженнях (1997, 1999, 2014) зберігається прийнятна узгодженість шкал, а конфірматорний факторний аналіз підтверджує внутрішню структуру латентних конструктів. На жаль, повторний аналіз не давав змоги оцінити чутливість методик до змін, позаяк аналізовані бази даних різних років не були частиною єдиної когорти. Ключові розбіжності медіанних значень симптоматичних вимірів, а також відмінності в поширеності важ-

ких симптомів спостерігаються між 2014 і 1997–1999 роками дослідження, тоді як дані 1997 і 1999 років більш гомогенні; проте важко стверджувати, що це насправді прояв динаміки, оскільки опитування проводили різні організації, із різним розміром вибірки і з різною структурою загальної анкети, куди був включений SCL-90-R.

Таблиця 9

**Частка респондентів з важкими симптомами  
психологічного дистресу за результатами оцінювання SCL-90-R  
і її скорочених варіантів**

Частка населення з тяжкими симптомами		Критерій Дерогатиса (T-score $\geq$ 63)			
		1997	1999	2014	p-value (тест $\chi^2$ )
SCL-90-R	SOMA	12,8%	11,8%	14,1%	0,094
	OCD	8,9%	10,5%	14,2%	0,000
	INT	9,4%	9,6%	11,7%	0,035
	DEPR	10,0%	9,8%	13,7%	0,000
	ANX	7,4%	9,2%	14,0%	0,000
	HOST	7,9%	8,0%	11,8%	0,000
	PHOB	8,0%	8,7%	14,2%	0,000
	PARA	9,0%	7,7%	12,4%	0,000
	PSYC	7,3%	7,4%	14,9%	0,000
	ADD	10,3%	10,3%	13,5%	0,002
	GSI	7,6%	8,9%	14,6%	0,000
	Критерій GSI > 1				
	GSI	12,0%	13,4%	17,3%	0,000
BSI-53	SOMA	11,7%	10,6%	13,6%	0,014
	OCD	7,2%	8,8%	13,7%	0,000
	INT	8,2%	8,4%	11,8%	0,000
	DEPR	9,2%	9,5%	12,4%	0,001
	ANX	6,9%	8,4%	12,9%	0,000
	HOST	7,9%	8,6%	12,1%	0,000
	PHOB	7,5%	8,0%	13,0%	0,000
	PARA	10,0%	8,3%	12,4%	0,000
	PSYC	10,1%	10,0%	15,2%	0,000
	ADD	8,6%	10,0%	10,4%	0,141
	GSI	7,7%	9,2%	14,5%	0,000
	Критерій GSI > 1				
	GSI	13,3%	14,2%	17,8%	0,000

Закінчення табл. 9

Частка населення з тяжкими симптомами		Критерій Дерогатиса (T-score $\geq$ 63)			
		1997	1999	2014	p-value (тест $\chi^2$ )
SCL-27	VEG	10,9%	11,4%	10,5%	0,662
	DYS	10,4%	12,3%	15,4%	0,000
	SOPH	13,0%	12,1%	14,7%	0,045
	DEP	7,9%	8,9%	14,7%	0,000
	AGO	10,9%	10,3%	12,5%	0,076
	MIS	11,8%	9,8%	14,6%	0,000
	GSI	8,1%	9,1%	13,7%	0,000
	Критерій GSI > 1				
GSI	14,2%	14,5%	18,4%	0,000	
BSI-18	SOMA	13,4%	11,1%	13,5%	0,051
	DEPR	9,2%	9,5%	12,4%	0,001
	ANX	9,4%	10,6%	14,4%	0,000
	GSI	8,9%	9,2%	13,4%	0,000
	Критерій GSI > 1				
	GSI	21,3%	21,7%	21,8%	0,934
SCL-14	SOMA	15,6%	13,5%	15,8%	0,090
	DEPR	8,9%	9,4%	13,1%	0,000
	PHOB	7,0%	7,9%	12,2%	0,000
	GSI	8,5%	8,5%	13,2%	0,000
	Критерій GSI > 1				
GSI	19,1%	18,4%	20,4%	0,283	
SCL-K-9	GSI	10,6%	12,0%	13,4%	0,033
	Критерій GSI > 1				
GSI	24,8%	24,9%	22,1%	0,062	
SCL-9-UA	GSI	10,6%	11,2%	14,0%	0,002
	Критерій GSI > 1				
GSI	25,1%	22,9%	22,8%	0,169	

**Профіль психічного здоров'я населення України  
відповідно до SCL-90-R**

Рівні вираженості індексів GSI, а також окремих підшкал повного і скорочених варіантів методики в 1997, 1999 і 2014 роках подано вище (див. табл. 8). Загалом на підставі цих даних можна дійти висновку про ослаблен-

ня виразності симптомів, охоплених SCL-90-R. При цьому цікаво, що індивідів, які демонструють важкі симптоми (див. табл. 9), побільшало. Розгляд можливих причин цих специфічних змін виходить за рамки нашої статті.

Додатково для SCL-90-R були проаналізовані міжгрупові відмінності за такими змінними, як стать, вікова група (дані 2014 року), освіта і сімейний статус (дані 1999 року). Розрахунки здійснено за всіма дев'ятьма підшкалами та індексом глобальної тяжкості дистресу (GSI). У випадку незалежних змінних із двома категоріями використовувався U-критерій Мана-Вітні, в інших — H-критерій Крускала-Воліса. Відповідні результати подано у вигляді діаграм розмахів<sup>1</sup>. При цьому дані наведено тільки для тих підшкал, за якими було виявлено статистично значимі розбіжності.

При порівнянні чоловіків і жінок були виявлені статистично значимі розбіжності за індексом GSI, підшкалами соматизації, obsесивно-компульсивного розладу, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, фобійної тривожності і психотизму (див. рис. 1). При цьому за всіма зазначеними показниками зафіксовано вищі значення для жінок. Загалом, на наш погляд, це передусім свідчить про їхню більшу чутливість до свого стану порівняно з чоловіками, а не про гірше психічне здоров'я.

Якщо говорити про порівняння вікових груп (до 30 років, від 30 до 55 років, старших за 55 років), можна стверджувати про посилення симптоматики із віком (див. рис. 2). Найчіткіше це виявляється у випадку соматизації, obsесивно-компульсивного розладу, депресії і тривожності. При цьому саме респонденти віком понад 55 років суттєво відрізняються від двох інших груп.

Респонденти із різним рівнем освіти демонструють відмінності за такими підшкалами, як соматизація, міжособистісна сензитивність, тривожність, ворожість, фобійна тривожність і параноїдальні ідеї (див. рис. 3). Цікаво, що параноїдальні ідеї найменш виражені серед людей з найнижчим рівнем освіти. З іншого боку, в цієї групи респондентів достатньо високі показники соматизації (особливо в контексті малих відмінностей між освітніми групами за іншими підшкалами).

Зрештою, при порівнянні респондентів із різним сімейним статусом виявлено статистично значимі розбіжності як за GSI, так і за всіма підшкалами (див. рис. 4). У цілому респонденти без власної сім'ї, а також ті, що перебувають у шлюбі (офіційному або фактичному, незареєстрованому), демонструють нижчі показники порівняно з двома іншими групами. Виняток становлять підшкали ворожості й параноїдальних ідей, за якими в овдовілих респондентів відносно низькі показники. Але слід вказати на надзвичайно високий рівень соматизації останніх.

Також на підставі даних 1999 року було проаналізовано взаємозв'язок між SCL-90-R і SCL-9-UA, з одного боку, і низкою шкал і показ-

---

<sup>1</sup> Діаграми розмаху послідовно (зліва направо) демонструють нижню межу “викидів” (у нашому випадку вона завжди дорівнює 0), перший кuartиль, медіану (вона вказана на графіку безпосередньо у вигляді числового значення), третій кuartиль, верхню межу “викидів”, самі “викиди” у вигляді точок.

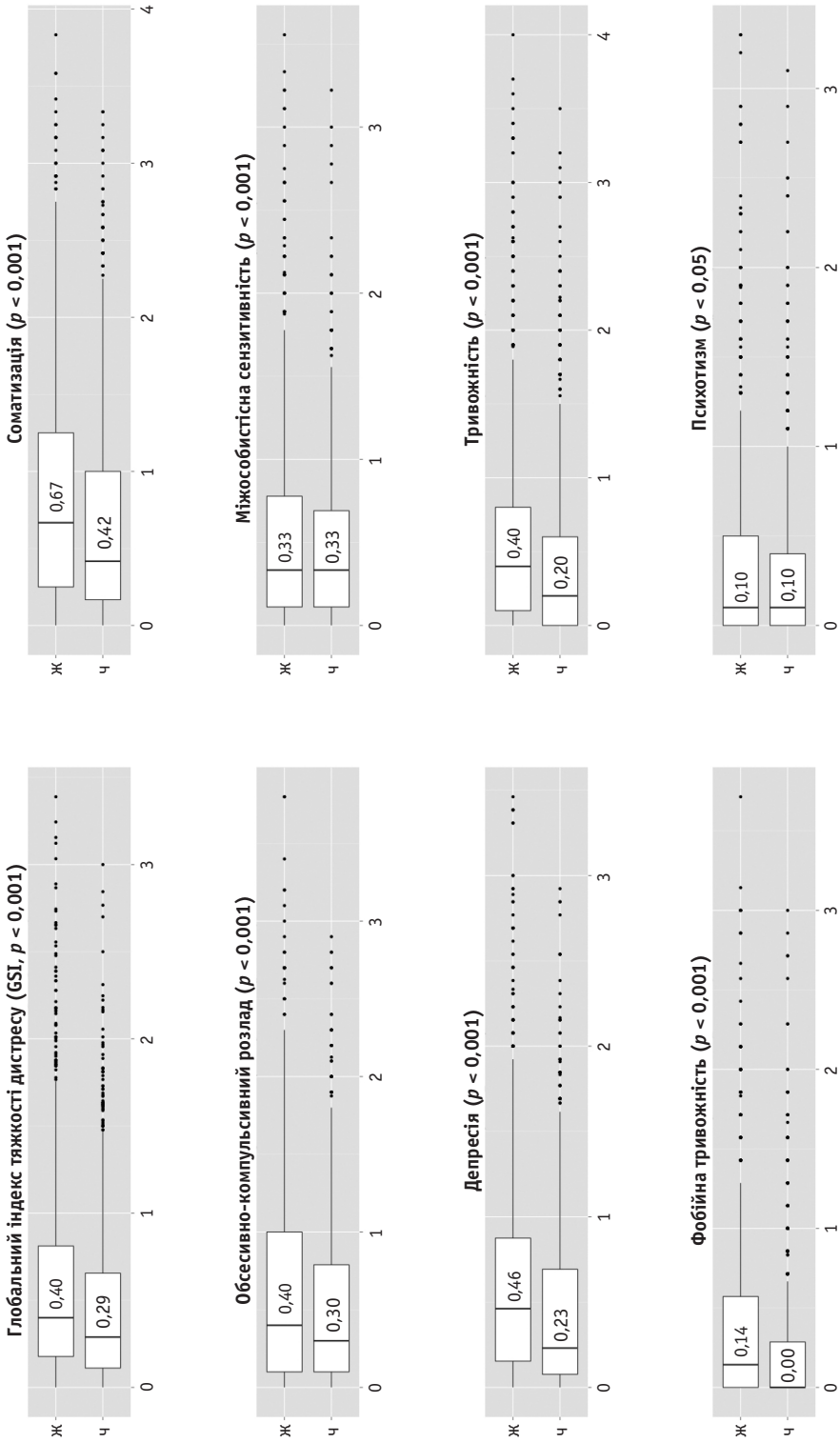


Рис. 1. Відмінність показників SCL-90-R залежно від статі респондентів

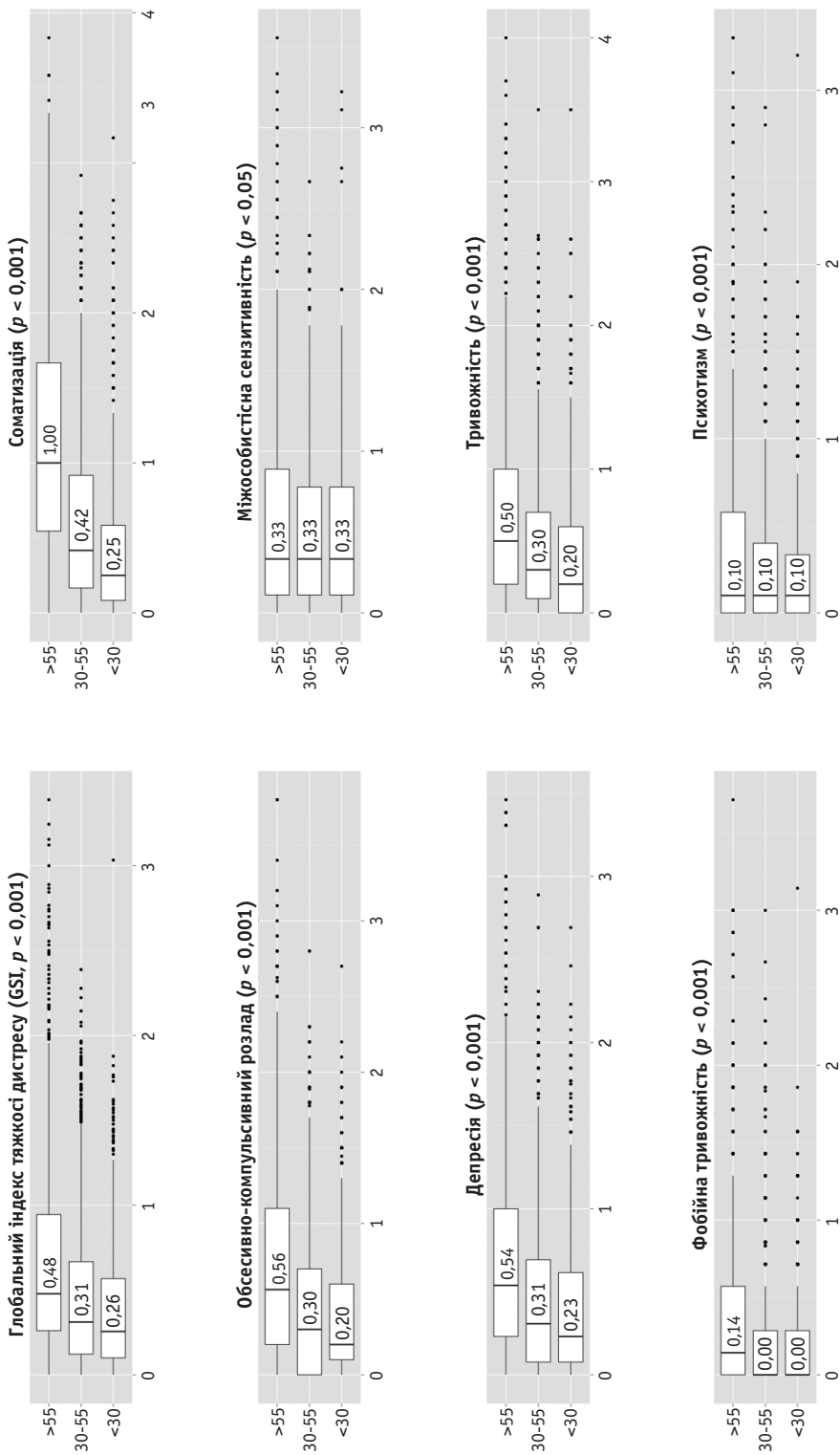


Рис. 2. Відмінність показників SCL-90-R залежно від вікової групи респондентів

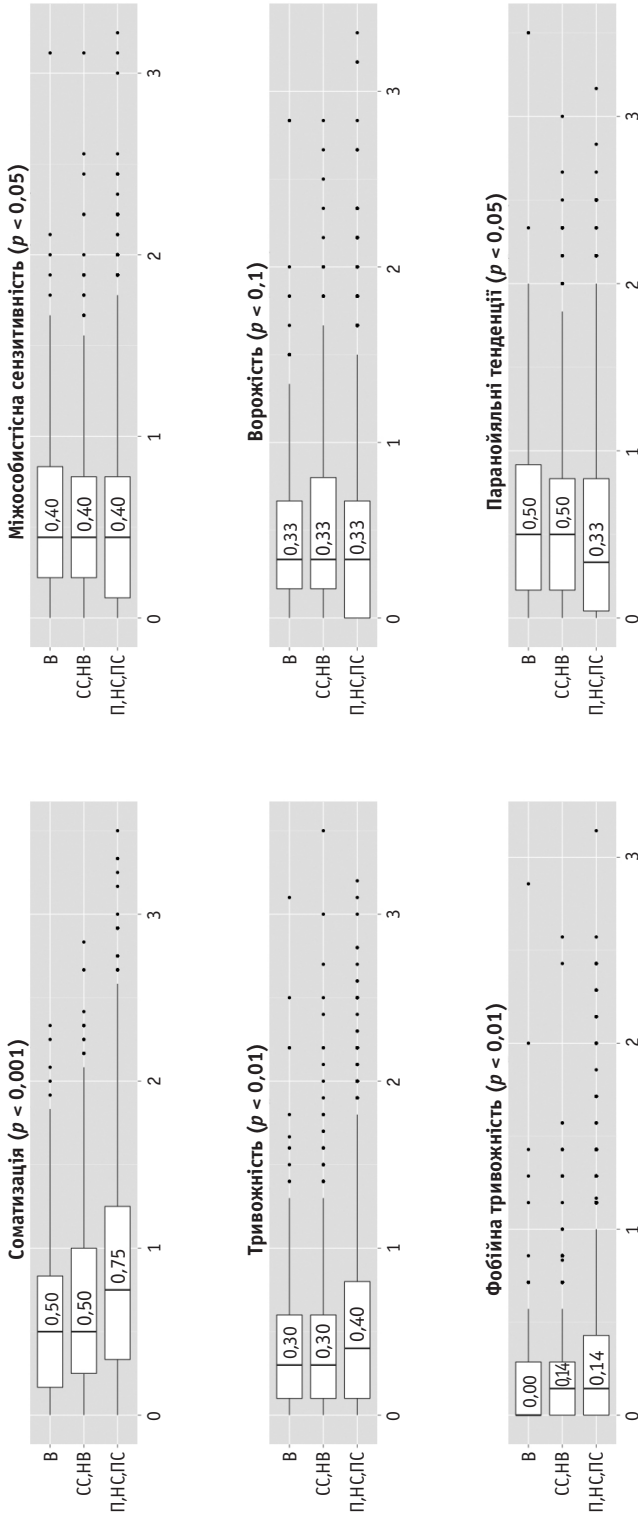


Рис. 3. Відмінність показників SCL-90-R залежно від рівня освіти респондентів

Примітка: “В” позначає вищу освіту, “СС” і “НВ” – середню спеціальну і незакінчену вищу відповідно, “П”, “НС” і “ПС” – початкову, неповну середню, повну середню відповідно

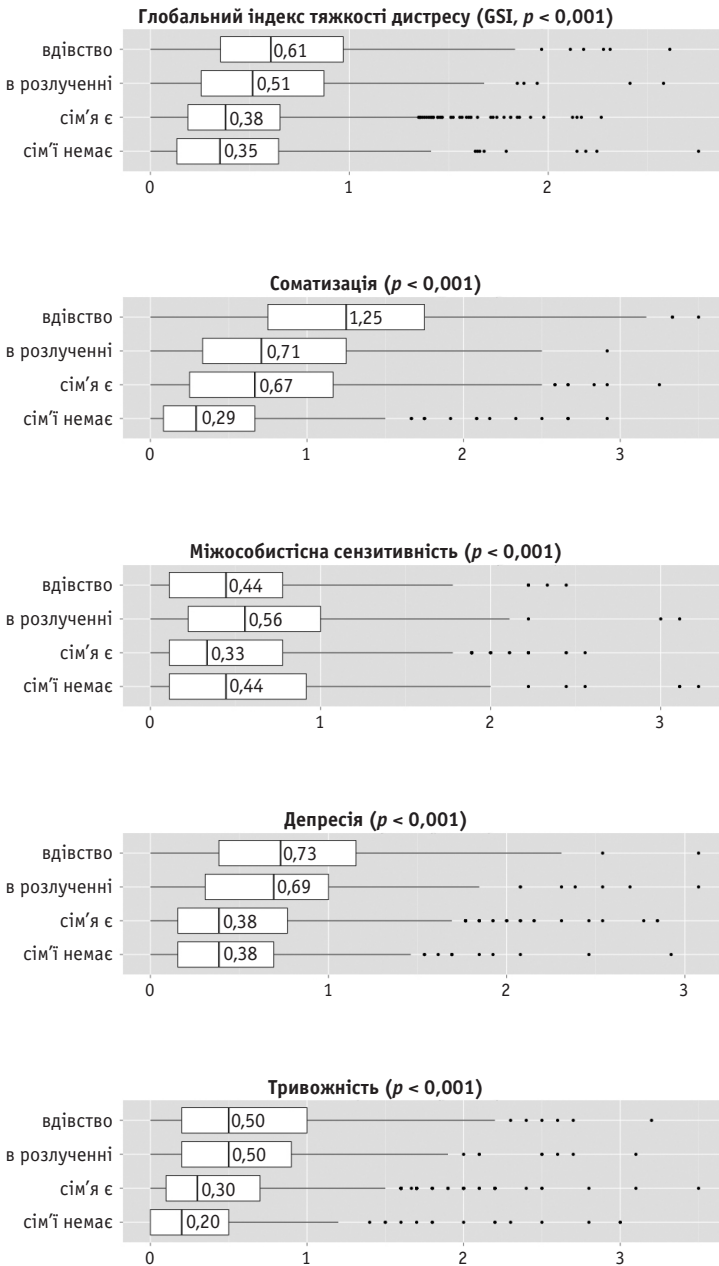


Рис. 4. Відмінності показників SCL-90-R відповідно до сімейного статусу респондентів (1-а частина)

*Примітка:* категорія “розлучений” включає тих, хто розлучився офіційно, і тих, хто розійшовся, але не оформив розлучення офіційно; категорія “сім'я є” включає тих, хто оформив відносини офіційно, і тих, хто перебуває у фактичному, незареєстрованому шлюбі



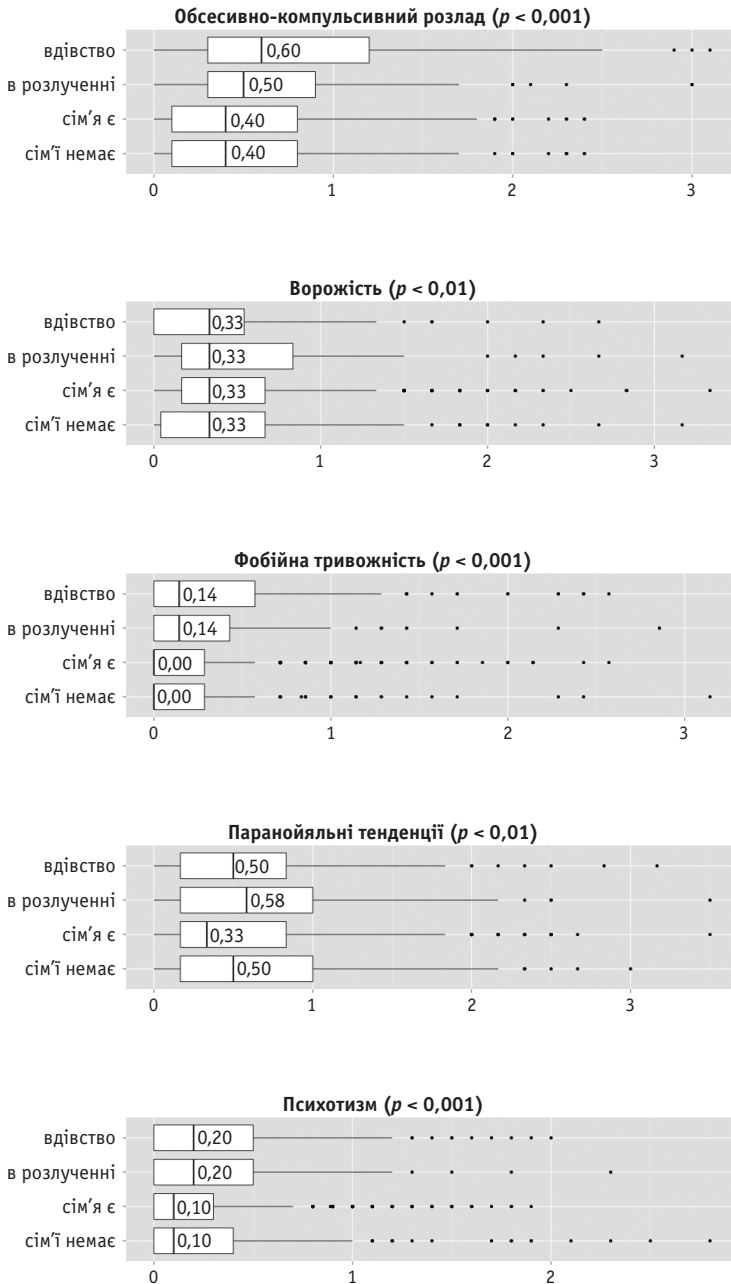


Рис. 4. Відмінності показників SCL-90-R відповідно до сімейного статусу респондентів (2-а частина)

*Примітка:* категорія “розлучений” включає тих, хто розлучився офіційно, і тих, хто розійшовся, але не оформив розлучення офіційно; категорія “сім'я є” включає тих, хто оформив відносини офіційно, і тих, хто перебуває у фактичному, незареєстрованому шлюбі

ників — з іншого (для цього використовували коефіцієнт кореляції Спірмена)<sup>1</sup>.

Було виявлено помірний зв'язок показників шкали тривожності Спілбергера<sup>2</sup>, застосовуваної в моніторинговому дослідженні Інституту соціології НАН України, з індексом GSI ( $r_s = 0,42$ ), підшкалами соматизації ( $r_s = 0,40$ ), депресії ( $r_s = 0,44$ ) і тривожності ( $r_s = 0,44$ ), а також показниками SCL-9-UA ( $r_s = 0,42$ ).

Слабкий зворотний зв'язок було зареєстровано між Інтегральним індексом соціального самопочуття<sup>3</sup> і індексом GSI ( $r_s = -0,31$ ), підшкалою депресії ( $r_s = -0,32$ ), а також показниками SCL-9-UA ( $r_s = -0,31$ ).

Помірний зв'язок було зафіксовано між віком респондента і підшкалою соматизації ( $r_s = 0,42$ ).

Практично з усіма підшкалами позитивно корелює кількість важких стресових подій, які довелося пережити респондентові за останній рік. Так, було виявлено помірний зв'язок з індексом GSI ( $r_s = 0,45$ ), підшкалами obsесивно-компульсивного розладу ( $r_s = 0,38$ ), міжособистісною сензитивністю ( $r_s = 0,39$ ), депресією ( $r_s = 0,42$ ), тривожністю ( $r_s = 0,38$ ), ворожістю ( $r_s = 0,37$ ), параноїдальними ідеями ( $r_s = 0,39$ ), а також показниками SCL-9-UA ( $r_s = 0,43$ ). Крім того, було виявлено слабкий зв'язок із соматизацією ( $r_s = 0,31$ ), фобійною тривожністю ( $r_s = 0,31$ ) і психотизмом ( $r_s = 0,35$ ).

### ***Прикінцеві положення***

Назагал позитивно оцінюючи результати валідизації методики SCL-90-R, а також її скорочених варіантів в Україні, слід наголосити низку обмежень, з якими нам довелося зіткнутися в процесі дослідження.

По-перше, були відсутні граничні значення для виявлення дистресу серед населення України в цілому. Аналіз аналогічних досліджень в інших країнах демонструє суттєву варіацію граничних значень у різних умовах. У цьому контексті в Україні актуальним є вимірювання SCL-90-R, BSI-53, SCL-27, BSI-18, SCL-14 і SCL-9-UA у дослідженні з дизайном “випадок-контроль” (наприклад, серед пацієнтів із діагностованими психіатричними розладами і без них). По-друге, всі періоди, коли SCL-90-R застосовували в Україні серед населення загалом, характеризуються як кризові. Для оцінювання чутливості опитувальника до змін бракує оцінювань у благополучний період (наприклад, у 2000-ні до фінансової кризи). По-третє, SCL-90-R не заповнювався як окремий інструмент, а був частиною загальної анкети. Це могло вплинути на результати відповідей.

---

1 Усі наведені далі коефіцієнти кореляції є статистично значимими ( $p < 0,001$ ).

2 Ідеться про форму В, придатну для масових опитувань (адаптована Ю.Л.Ханіним) [Панина, 2012: с. 314].

3 Докладніше про Інтегральний індекс соціального самопочуття див.: [Головаха, Панина, 1997].

Разом із тим слід зазначити також сильні аспекти проведеного нами аналізу. Першим із них є використання спеціального методу оцінювання в СФА, розрахованого на порядкові шкали індикаторів (DWLS, із використанням поліхорійних кореляцій) в R. Це дало змогу поліпшити показники якості факторних моделей. Низка проведених валідаційних досліджень, що не змогли підтвердити багатовимірну структуру методик за допомогою СФА, використовували традиційні методи оцінювання, не адаптовані для порядкових шкал (див., напр.: [Prinz et al. , 2013]). Другою перевагою аналізу є використання медіанних значень при описанні центру розподілу. Традиційний підхід до аналізу значень окремих симптоматичних вимірів, як правило, включає розрахунок середніх значень. Наше дослідження показало, що всі симптоматичні виміри мають розподіл, далекий від нормального, навіть у разі великих вибірок, таким чином, аналіз медіанних значень і застосування непараметричних тестів при роботі із SCL-90-R більш коректні.

## ДОДАТОК

### Пункти методики SCL-90-R

№	Наскільки сильно вас тривожили:
1	Головний біль
2	Повторювана знервованість або внутрішнє тремтіння
3	Повторювані неприємні надокучливі думки
4	Слабкість або запаморочення
5	Втрата сексуального потягу або задоволення
6	Відчуття незадоволення іншими
7	Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками
8	Відчуття, що майже в усіх ваших негараздах винні інші
9	Проблеми з пам'яттю
10	Ваша недбалість або неохайність
11	Легке виникнення досади або роздратування
12	Болі в серці або грудній клітині
13	Відчуття страху у відкритих місцях або на вулиці
14	Знесилення чи загальмованість
15	Думки про те, щоб вкоротити собі віку
16	Те, що Ви чуєте голоси, яких не чули інші
17	Тремтіння
18	Відчуття, що більшості людей не можна довіряти
19	Поганий апетит
20	Слізливість
21	Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами іншої статі
22	Відчуття, що Ви в пастці або піймані

*Продовження додатка*

23	Несподіваний і безпричинний страх
24	Спалахи гніву, які Ви не могли стримати
25	Боязнь вийти з дому самому
26	Відчуття, що Ви самі багато в чому винні
27	Біль у попереку
28	Відчуття, ніби щось Вам заважає зробити що-небудь
29	Відчуття самотності
30	Пригнічений настрій, "хандра"
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів
32	Відсутність інтересу до всього
33	Відчуття страху
34	Те, що Ваші почуття легко зачепити
35	Відчуття, що інші проникають у Ваші думки
36	Відчуття, що інші не розуміють Вас або не співчують Вам
37	Відчуття, що люди неприязні або Ви їм не подобаєтеся
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не припуститися помилки
39	Сильне або прискорене серцебиття
40	Нудота або розлад шлунка
41	Відчуття, що Ви гірші за інших
42	Біль у м'язах
43	Відчуття, ніби інші спостерігають за Вами або говорять про Вас
44	Те, що Вам важко заснути
45	Потреба перевіряти і перевіряти ще раз те, що Ви робите
46	Труднощі у прийнятті рішення
47	Боязнь їздити в автобусах, метро і потягах
48	Ускладнене дихання
49	Напади жару чи ознобу
50	Необхідність уникати певних місць або дій, бо вони лякають Вас
51	Те, що Ви легко губите думку
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла
53	Клубок у горлі
54	Відчуття, що майбутнє безнадійне
55	Те, що Вам важко зосередитися
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла
57	Відчуття напруженості або збудженості
58	Тяжкість у кінцівках
59	Думки про смерть
60	Переїдання

*Закінчення додатка*

61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас
62	Те, що у Вас в голові чужі думки
63	Імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь
64	Вранішнє безсоння
65	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перелічувати тощо
66	Неспокійний і тривожний сон
67	Імпульси ламати або трощити що-небудь
68	Наявність у Вас ідей чи вірувань, які не поділяють інші
69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими
70	Відчуття незручності в людних місцях (магазинах, кінотеатрах)
71	Відчуття, ніби все, що Ви робите, потребує великих зусиль
72	Напади жаху чи паніки
73	Відчуття незручності, коли Ви їсте і п'єте на людях
74	Те, що Ви часто вступаєте в суперечку
75	Знервованість, коли Ви залишалися наодинці
76	Те, що інші недооцінюють Ваші досягнення
77	Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці
79	Відчуття власної нікчемності
80	Відчуття, що з Вами станеться щось погане
81	Те, що Ви кричите або шпурляєте речі
82	Боязнь, що Ви зомлієте на людях
83	Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою, якщо Ви їм дозволите
84	Сексуальні думки, що вас нервували
85	Думка, що Ви маєте бути покарані за Ваші гріхи
86	Кошмарні думки чи марення
87	Думки про те, що з Вашим тілом якісь негаразди
88	Те, що Ви не відчуваєте близькості ні до кого
89	Відчуття провини
90	Думки про те, що з Вашим розумом коїться щось погане

*Джерела*

*Головаха Е.И.* Интегральный индекс социального самочувствия (ИИСС): конструирование и применение теста в массовых опросах / Е.И. Головаха, Н.В. Панина. — К.: Ин-т социологии НАН Украины, 1997. — 64 с.

*Панина Н.В.* Избранные труды по социологии : в 3 т. / Н.В. Панина ; [сост. и ред. Е.И. Головаха]. — К.: Ин-т социологии НАН Украины, 2013. — Т. 3: Социология полити-

ки, национальных отношений, общественного мнения и социальная психиатрия. — 2013. — 328 с.

*Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Тарабрина Н.В. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

*Bakhshaie J.* Exploratory Factor Analysis of SCL90-R Symptoms Relevant to Psychosis / J. Bakhshaie, V. Sharifi, J. Amini // Iranian Journal of Psychiatry. — 2011. — № 6. — P. 128–132.

*Bech P.* Psychometric validation of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90) subscales for depression, anxiety, and interpersonal sensitivity / P. Bech, J. Bille, S.B. Moller, L.C. Hellstrom, S.D. Ostergaard // Journal of Affective Disorders. — 2014. — Vol. 160. — P. 98–103.

*Bech P.* The Hamilton scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). A cross-national validity study in patients with panic disorders / P. Bech, W. Maier, M. Albus, P. Lavori, J.L. Ayuso // The British Journal of Psychiatry. — 1992. — Vol. 160. — P. 206–211.

*Bonyng E.R.* Unidimensionality of SCL-90-R scales in adult and adolescent crisis samples / E.R. Bonyng // Journal of Clinical Psychology. — 1993. — № 2. — P. 212–215.

*Bufka L.* Brief Measures for Screening and Measuring Mental Health Outcomes / L. Bufka, C. Nicholas // Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders / ed. by Martin M. Antony, David H. Barlow. — N.Y., L.: The Guilford Press, 2010. — P. 62–94.

*Clark A.* Factor structure and discriminant validity of the SCL-90 in a veteran psychiatric population / A. Clark, J.M. Friedman // Journal of Personality Assessment. — 1983. — № 4. — P. 396–404.

*Derogatis L.R.* SCL-90: An Outpatients Psychiatric Rating Scale—Preliminary Report / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi // Psychopharmacology Bulletin. — 1973. — № 1. — P. 13–28.

*Derogatis L.R.* The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, K. Rickels, E.H. Uhlenhuth, L. Covi // Behavioral Sciences. — 1974. — № 1. — P. 1–15.

*Derogatis L.R.* The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale / L.R. Derogatis, K. Rickels, A.F. Rock // The British Journal of Psychiatry. — 1976. — Vol. 128. — P. 280–289.

*Derogatis L.* The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18 / L. Derogatis, M. Fitzpatrick // The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment / ed. by Mark E. Maruish. — N.J.; L.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004. — Vol. 3: Instruments for Adults. — P. 1–42.

*Dinning W.D.* Discriminant and convergent validity of the SCL-90 in psychiatric inpatients / W.D. Dinning, R.G. Evans // Journal of Personality Assessment. — 1977. — № 3. — P. 304–310.

*Holi M.M.* A Finnish validation study of the SCL-90 / M.M. Holi, P.R. Sammallahti, P.R. Aalberg // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 1998. — № 1. — P. 42–46.

*Kellett S.* Utility of the Brief Symptom Inventory in the assessment of psychological distress / S. Kellett, N. Beail, D.W. Newman, P. Frankish // Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. — 2003. — № 2. — P. 127–134.

*Kevin Chapman L.* Factor structure analysis of the SCL-90-R in a community-based sample of African American women / L. Kevin Chapman, J. Petrie, L. Vines // Psychiatry Research. — 2012. — № 2. — P. 140–144.

*Magnusson Hanson L.* The Symptom Checklist-core depression (SCL-CD6) scale: Psychometric properties of a brief six item scale for the assessment of depression / L. Magnusson Hanson, H. Westerlund, C. Leineweber, R. Rugulies, W. Osika, T. Theorell, P. Bech // Scandinavian Journal of Public Health. — 2014. — № 1. — P. 82–88.

*Martinez-Azumendi O.* Factorial variance of the SCL-90-R in a Spanish out-patient psychiatric sample / O. Martinez-Azumendi, C. Fernandez-Gomez, M. Beitia-Fernandez // *Actas espanolas de psiquiatria*. — 2001. — № 2. — P. 95–102.

*Morgan C.D.* Discriminant validity of the SCL-90 dimensions of anxiety and depression / C.D. Morgan, M.W. Wiederman, R.D. Magnus // *Assessment*. — 1998. — № 2. — P. 197–201.

*Olsen L.R.* Mental distress in the Danish general population / L.R. Olsen, E.L. Mortensen, P. Bech // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2006. — № 6. — P. 477–484.

*Olsen L.R.* The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample / L.R. Olsen, E.L. Mortensen, P. Bech // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2004. — № 3. — P. 225–229.

*Paap M.C.* A study of the dimensionality and measurement precision of the SCL-90-R using item response theory / M.C. Paap, R.R. Meijer, J. Van Bebber, G. Pedersen, S. Karterud, F.M. Hellem, I.R. Haraldsen // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. — 2011. — № 3. — P. 39–55.

*Paap M.C.* Why the factorial structure of the SCL-90-R is unstable: comparing patient groups with different levels of psychological distress using Mokken Scale Analysis / M.C. Paap, R.R. Meijer, P.T. Cohen-Kettenis, H. Richter-Appelt, G. de Cuypere, B.P. Kreukels, G. Pedersen, S. Karterud, U.F. Malt, I.R. Haraldsen // *Psychiatry Research*. — 2012. — № 2–3. — P. 819–826.

*Pedersen G.* The three factors of the psychoticism scale of SCL-90-R [Electronic resource] / G. Pedersen, O. Urnes, E.H. Kvarstein, S. Karterud // *Personality and Mental Health*. — 2014. — Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25475425>.

*Prinz U.* Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders [Electronic resource] / U. Prinz, D. Nutzinger, H. Schulz, F. Petermann, C. Braukhaus, S. Andreas // *BMC Psychiatry*. — 2013. — Access mode : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/104>.

*Prunas A.* Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample / A. Prunas, I. Sarno, E. Preti, F. Madeddu, M. Perugini // *European Psychiatry*. — 2012. — № 8. — P. 591–597.

*Ransom D.* Internal consistency and validity assessment of SCL-90-R for bariatric surgery candidates / D. Ransom, K. Ashton, A. Windover, L. Heinberg // *Surgery for Obesity and Related Diseases*. — 2010. — № 6. — P. 622–627.

*Rauter U.K.* SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample / U.K. Rauter, C.E. Leonard, C.P. Sweet // *Journal of Clinical Psychology*. — 1996. — № 6. — P. 625–629.

*Schmitz N.* Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments / N. Schmitz, J. Kruse, C. Heckrath, L. Alberti, W. Tress // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. — 1999. — № 7. — P. 360–366.

*Schmitz N.* The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study / N. Schmitz, N. Hartkamp, J. Kiuse, G.H. Franke, G. Reister, W. Tress // *Quality of Life Research*. — 2000. — № 2. — P. 185–193.

*Todd L.G.* Path Analysis of the SCL-90-R: Exploring Use in Outpatient Assessment / L.G. Todd, D.N. Mark, A.U. Lee, R.W. Cyrus // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. — 2014. — № 4. — P. 271–290.

*Urban R.* Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample / R. Urban, B. Kun, J. Farkas, B. Paksi, G. Kokonyei, Z. Unoka, K. Felvinczi, A. Olah, Z. Demetrovics // *Psychiatry Research*. — 2014. — № 1. — P. 146–54.

*Vaurio R.* Symptom Checklist-90-Revised / R. Vaurio // *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* / ed. by Jeffrey S. Kreutzer John DeLuca Bruce Caplan. — New York ; Dordrecht ; Heidelberg ; London : Springer, 2011. — P. 2447–2449.

*Weathers F.W.* The utility of the SCL-90-R for the diagnosis of war-zone related post-traumatic stress disorder / F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane, D.S. Herman, H.R. Steinberg, J.A. Huska, H.C. Kraemer // *Journal of Traumatic Stress*. — 1996. — № 1. — P. 111–128.

*Wongpakaran T.* Symptom checklist-90 (SCL-90) in a Thai sample / T. Wongpakaran, N. Wongpakaran, T. Boripuntakul // *Journal of the Medical Association of Thailand*. — 2011. — № 9. — P. 1141–1149.

*Zack M.* The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers / M. Zack, T. Toneatto, D.L. Steiner // *Journal of Substance Abuse*. — 1998. — № 1. — P. 85–101.