

УДК 303.214.3

СЕРГІЙ ДЕМБІЦЬКИЙ,

кандидат соціологічних наук, старший науковий співробітник відділу методології і методів соціології Інституту соціології НАН України

ВОЛОДИМИР ЯЩЕНКО,

головний лікар КЛПУ “Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня”

МИКОЛА СИДОРОВ,

кандидат фізико-математичних наук, завідувач кафедри методології і методів соціологічних досліджень КНУ ім. Тараса Шевченка

СВІТЛАНА АЛЕКСАНДРОВА,

заступник головного лікаря по медичній частині КЛПУ “Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня”

Критеріальна валідація експрес-тесту SCL-9-NR¹

Анотація

У статті подано результати критеріальної валідації соціологічного тесту SCL-9-NR. Основною емпіричною базою дослідження є опитування пацієнтів

¹ Ця стаття була б неможливою без допомоги президента Асоціації психіатрів України Семена Глузмана, завдяки якому вдалося організувати співпрацю із КЛПУ “Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня” і, відповідно, зібрати ключові дослідницькі дані.

КЛПУ “Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня”, що дало змогу охопити різноманітні, з точки зору психіатрії, групи. Також у рамках статті оцінено вплив на підсумкові значення SCL-9-NR ефекту соціальної бажаності й виокремлено граничні величини індексу, що вказують на наявність вираженого психологічного дистресу. У завершальній частині статті наведено результати конфірматорного факторного аналізу та перевірки внутрішньої узгодженості для респондентів із психіатричними діагнозами.

Як основний статистичний інструментарій використано кореляційний аналіз (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена), дво- та однофакторний коваріаційний аналіз і порівняння середніх (t-критерій Стюдента).

Результати статті говорять на користь критеріальної валідності SCL-9-NR.

Ключові слова: валідація, шкалювання, SCL-9-NR

У своїй недавній праці С.Дембіцький [Дембицкий, 2016] подав результат валідації експрес-тесту SCL-9-NR, призначеного для використання в рамках масових опитувань для оцінювання вираженості психологічного дистресу. Оскільки результати дослідження виявилися успішними, було вирішено продовжувати роботу над методикою, зокрема щодо її критеріальної валідації.

У багатьох працях (див. напр.: [Анастаси, 2007: с. 139–147; McMillan, 2008: р. 29; Domino, 2006: р. 54]) поняття “критеріальна валідність” пов’язується з незалежним оцінюванням досліджуваного явища з метою зіставити таке оцінювання із результатами тесту, що підлягає валідації. При цьому, незважаючи на поверхневу інтерсуб’єктивність у розумінні критеріальної валідності її змістова інтерпретація може істотно варіювати у різних авторів. Тому за методологічний орієнтир нам правила згадувана вище праця А.Анастасі, в якій описано такі мірила критерію валідації [Анастаси, 2007: с. 140–144]: показники навчальних досягнень (використовується при розробленні тестів інтелекту, деяких тестів особистості та комплексних батарей здібностей), ефективність спеціальної підготовки (використовується при розробленні тестів спеціальних здібностей), успішність реальної діяльності (використовується як при розробленні тестів загального інтелекту та особистості й тестів спеціальних здібностей, так і застосовно до тестів з відбору кадрів), результати опитування контрастних груп (використовується при розробленні тестів особистості), психіатричний діагноз (використовується при розробленні тестів особистості), рейтинги або суб’єктивні оцінки (можуть використовуватися при розробленні тестів усіх типів), уже наявні валідні тести (використовуються при розробленні простіших або коротких варіантів тесту).

У нашому випадку було використано таке мірило критерію валідації, як опитування контрастних груп і психіатричний діагноз. Для цього було укладено угоду про співпрацю із КЛПУ “Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня” (далі — ЧОПНЛ).

Крім заявленої вище основної мети дослідження в перебігу його проведення було отримано відповіді на низку важливих методичних питань, пов’язаних із застосуванням SCL-9-NR:

- перевірка придатності методики для дослідження різноманітних груп пацієнтів психоневрологічних установ;
- оцінювання ефекту соціальної бажаності¹ при опитуванні різних груп респондентів;
- визначення граничних величин індексу, що вказують на наявність вираженого психологічного дистресу.

Особливості вибірки пацієнтів Чернігівської обласної психоневрологічної лікарні й загальна ситуація опитування

З точки зору подальшого аналізу важливо схарактеризувати специфіку вибірки, сформованої на базі ЧОПНЛ. У складі ЧОПНЛ функціонують кілька центрів, що передбачають роботу з різними категоріями пацієнтів. У нашому випадку вибірка будувалася на підставі трьох таких центрів: 1) гострих психічних і поведінкових розладів (включає одне чоловіче й одне жіноче відділення); 2) стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги (включає два чоловічі та два жіночі відділення); 3) лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів (включає одне спільне відділення).

У центрі гострих психічних і поведінкових розладів на лікуванні перебувають пацієнти з гострою психотичною симптоматикою, вираженими агресивними тенденціями стосовно себе й оточення, а також зі схильністю до імпульсивних учинків. Такі пацієнти потребують посиленого спостереження й активної фармакотерапії. Зі зрозумілих причин опитування цієї категорії пацієнтів проводили на завершальній стадії їхнього лікування. З урахуванням використання фармакотерапії очікувалося, що такі пацієнти не продемонструють високих значень при використанні SCL-9-NR.

Центр стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги призначений для лікування хронічно хворих пацієнтів із вираженими дефіцитарними змінами особистості, сформованим дефектом особистості за основним діагнозом, котрі потребують терапії загострення психічного розладу й активної соціально-трудова реабілітації. У плані психологічних переживань ця група демонструє емоційну обмеженість, апатію й емоційну тупість, що також указувало на можливість отримання помірних значень SCL-9-NR.

У центрі лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів перебувають пацієнти без виражених порушень нормального функціонування психіки, тобто без вираженої декомпенсації. При цьому пацієнти потрапляють до центру за власним бажанням, і далі використовується режим “відкритих дверей”, тобто пацієнти самі визначають графік свого перебування в центрі. Загалом ця група характеризується підвищеною увагою до своїх психологічних переживань, що давало підстави припускати отримання високих значень SCL-9-NR.

¹ У рамках цієї статті під ефектом соціальної бажаності ми розуміємо тенденцію респондентів із більшою ймовірністю давати соціально схвалювані відповіді на запитання, що викликають побоювання (а тема здоров'я належить саме до такої категорії).

Разом із центром перебування пацієнтів при формуванні вибірки враховували їхню стать. У відповідних лікувальних відділеннях використовувалася суцільний добір, що завершувався в разі достатнього наповнення квоти (див. табл. 1).

Таблиця 1

Наповненість квот вибірки, побудованої на базі ЧОПНЛ, N = 181

Центр	Стать респондентів	
	Чоловіча	Жіноча
– гострих психічних і поведінкових розладів	31	31
– стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги	30	26
– лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів	29	34

Опитували лише тих пацієнтів, котрі добровільно погодилися брати участь в дослідженні, а також могли самостійно ознайомитися, зрозуміти й заповнити анкету. Період збирання даних тривав від 05.02.2016 до 04.04.2016.

Спершу ми вдалися до спроби використання SCL-90-R (докладніше див.: [Дембицкий, 2015]) із формулюваннями завдання і варіантів відповіді із SCL-9-NR, але пілотне опитування показало, що методика із 90 індикаторів надто втомлює пацієнтів. Фактично її другу половину багато хто просто ігнорував, і переважна більшість симптомів одержували оцінку “Ніколи”. З огляду на це для основного етапу дослідження було затверджено анкету, що включала два невеликі блоки запитань — SCL-9-NR і шкалу брехні з опитувальника ММРІ (докладніше див.: [Мягков, 2002]). Додатково щодо кожного респондента психіатр ЧОПНЛ фіксував діагноз, відділення, дату потрапляння до лікарні й дату опитування.

Для категоризації розладів психіки використано Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду. Відповідно, серед респондентів були зафіксовані такі категорії психічних розладів і розладів поведінки: органічні, включно із симптоматичними, психічними розладами; шизофренія, шизотипові та маячневі (маренневі) розлади; розлади настрою (афективні розлади); невротичні, пов’язані зі стресом і соматоформні розлади; розлади особистості та поведінки у зрілому віці (див. табл. 2). Таким чином, з точки зору багатоманіття діагнозів найбільш гетерогенною є підвибірка із центру лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів ($IQV = 0,84$). Підвибірки із центрів стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги ($IQV = 0,61$) і гострих психічних і поведінкових розладів ($IQV = 0,57$) менш гетерогенні через те, що модальною категорією діагнозів для них є “шизофренія, шизотипові розлади і маренневі розлади” (66% і 71% відповідно).

Після отримання перших результатів, що серед іншого показали зв’язок індексу SCL-9-NR зі шкалою брехні, було прийнято рішення про проведення додаткового онлайн-опитування серед користувачів соціальних мереж “facebook.com” і “vk.com” з метою перевірки аналогічного взаємозв’язку в

групі звичайних респондентів. Відповідне дослідження було проведене спільно з кафедрою методології і методів соціологічних досліджень Київського національного університету імені Тараса Шевченка в період від 24.03.2016 до 27.03.2016 ($N = 457$).

Таблиця 2

Розподіл категорій психічних розладів і розладів поведінки за центрами ЧОПНЛ, $N = 181$

Категорія	Центр		
	ГППР ^a	СЛРД ^b	ЛПРНПКС ^c
Органічні, включно із симптоматичними, психічними розладами	10	15	10
Шизофренія, шизотипові та маренневі розлади	44	37	4
Розлади настрою (афективні розлади)	7	3	10
Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади	1	0	32
Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	0	1	7

a [Центр] гострих психічних і поведінкових розладів.

b [Центр] стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги.

c [Центр] лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів.

Специфіка аналізу даних

Фокус валідазації вимірювальних шкал та індексів. У рамках двох попередніх досліджень, пов'язаних із розробленням SCL-9-NR [Дембіцький, 2015; Дембіцький, 2016], було використано підхід, запропонований у праці У.Принца [Prinz, 2013], що полягає в перевірці внутрішньої узгодженості й факторної валідності. Разом із тим у випадку SCL-9-NR це є радше “даниною моді”, ніж аргументованим вибором належних інструментів валідазації та перевірки надійності. Так, відштовхуючись від необхідності розрізняти вимірювальні шкали й індекси, слід визнати також відмінність у способах їх валідазації. Приділимо цьому моменту додаткову увагу.

Згідно з однією із найвідоміших у соціальних науках праць з конструювання вимірювальних шкал [DeVellis, 2012: р. 11–13] останні являють собою інструменти для вимірювання латентних змінних, які є стосовно індикаторів методики причиннісним чинником. Отже, якщо йдеться про вимірювальні шкали і, відповідно, про латентні змінні, цілком природним буде використання процедури валідазації на основі внутрішньої узгодженості й факторної валідності. Разом із тим індекси є показниками, значення яких причиннісно зумовлюються індикаторами методики. Тобто в цьому разі передбачається протилежна спрямованість зв'язку між досліджуваним феноменом та емпіричними індикаторами порівняно з вимірюваль-

ними шкалами. На наш погляд, у випадку валідазації індексу демонстрація внутрішньої узгодженості й факторної валідності не є переконливим аргументом.

Так, в основі психологічного дистресу може бути чимало причин. У випадку SCL-9-NR як такі передбачаються ворожість, obsесивно-компульсивний розлад, депресія, міжособистісна сензитивність, параноїдальні ідеї, тривожність, соматизація, фобійна тривожність і психотизм [Дембицкий, 2015: с. 42–43]. Наявність в індивіда будь-якого із зазначених розладів посилює спільний психологічний дистрес, при цьому абсолютно не обов'язково, що вони якимось чином взаємозалежні на рівні універсального патерну. Відштовхуючись від такого допущення, засобом валідазації індексу ми бачимо критеріальну та конструктну перевірки. Водночас для тих, хто не згоден із цим рішенням і вважає внутрішню узгодженість і факторну валідність важливими показниками валідазації індексу, наприкінці статті наведено відповідні результати перевірки (див. Додаток). Тут достатньо сказати, що ці результати без перебільшення можна назвати чудовими.

Специфіка виокремлення норм тесту. Одним із важливих завдань розроблення тесту є виокремлення внутрішньогрупових норм, з якими можна порівнювати індивідуальні показники. Такого роду норми визначають у процесі дослідження групи стандартизації [Анастаси, 2007: с. 75–84], яка зазвичай представляє репрезентативну вибірку, з метою оцінювання розподілу значень тесту у відповідній генеральній сукупності. Л.Дерогатис згадує [Derogatis, 2004: р. 5] чотири такі групи: амбулаторні психіатричні хворі, психіатричні хворі стаціонару, звичайна група повнолітніх, звичайна група підлітків. Самі показники Л.Дерогатис не наводить, просто посилаючись на відповідне керівництво для проведення тестування із використанням SCL-90-R [Derogatis, 1994].

Попри те, що підхід із використанням групи стандартизації є узвичаєним, ми вважаємо, що в ньому є деякі вади, особливо коли йдеться про тести, де норми використовують не в сенсі “більше / менше”, а в сенсі “високий / низький”. Так, якщо говорити про психологічний дистрес, то інформація про те, що деякий індивідуальний показник тесту вищий, ніж, наприклад, показники 70% спостережень у групі стандартизації, ще не свідчить про високий (або низький) його рівень. Отже, можна припустити ситуацію, коли показники всіх спостережень у групі стандартизації будуть у межах норми з точки зору психологічного дистресу.

Друге зауваження стосується безпосередньо груп стандартизації у Л.Дерогатиса. Коли він веде мову про амбулаторних і психіатричних хворих стаціонару, то говорить про гетерогенність відповідних вибірок. За всієї поваги до автора це певною мірою нагадує анекдот про середню температуру хворих у шпиталі. Як буде показано далі, хворі з різними категоріями психіатричних діагнозів показують суттєво відмінні результати в разі застосування SCL-9-NR. Відповідно, одна загальна група стандартизації для гетерогенної вибірки вочевидь не найкраще рішення.

У рамках нашої статті ми звертаємося до респондентів із різноманітними психіатричними діагнозами, щоби проаналізувати, якою може бути величина індексу SCL-9-NR у людей, схильних до сильних психологічних пе-

реживань. Ясна річ, порівнюючи відповідні рівні із результатами звичайних респондентів, не можна виявити в останніх наявність психічних проблем, але можна, як ми вважаємо, приблизно оцінити глибину психологічного дистресу.

Аналітичний інструментарій. У рамках статистичного аналізу виконувалися такі завдання: 1) перевірка взаємозв'язку індексу SCL-9-NR із низкою таких показників, як вік, шкала брехні й тривалість перебування в стаціонарі; 2) аналіз впливу статі та лікувального центру на величину значень SCL-9-NR з урахуванням впливу шкали брехні; 3) порівняння середніх значень у контрастних групах (наприклад, чоловіки vs жінки або респонденти з психіатричним діагнозом vs звичайні респонденти).

Для виконання першого завдання було використано коефіцієнт кореляції Спірмена. Для реалізації другого – дво- та однофакторний коваріаційний аналіз. При виконанні третього – *t*-критерій Стьюдента. Були перевірені допущення про нормальність розподілу (використовувався критерій Шапіро–Вілка із застосуванням бутстрепінгу) і рівності дисперсій (використовувався тест Бартлета). Єдиним випадком, коли дисперсії порівнюваних груп статистично значимо відрізнялися, було порівняння здорових чоловіків і тих, що мають психіатричний діагноз (*Bartlett's K-squared* = 15,1; *df* = 3; *p-value* < 0,01), на що зважали при аналізі.

Статистичне опрацювання даних було здійснено з використанням *R* (версія 3.2.2, бібліотека “*psych*” для кореляційного аналізу).

Основні результати дослідження

Перевірка впливу віку, часу перебування у стаціонарі й ефекту соціальної бажаності. Щоб у подальшому “винести за дужки” деякі пояснювальні чинники, приділимо їм увагу окремо.

Вік. Дослідження різняться з точки зору вікового складу респондентів (див. табл. 3). Тому заради коректності подальшого порівняння їх варто оцінити вплив віку на рівень психологічного дистресу.

Таблиця 3

Вікові параметри різних досліджень

Параметри розподілу	ООКЛ ^а	ЧОПНЛ ^б	ООКСМ ^с
Мінімум	18,0	17,0	16,0
Перший квартиль	28,0	34,0	19,0
Медіана	36,0	44,0	21,0
Середнє значення	38,9	43,9	25,2
Третій квартиль	52,0	53,0	29,0
Максимум	68,0	75,0	78,0

a Онлайн-опитування в Києві та Львові.

b Опитування серед пацієнтів ЧОПНЛ.

c Онлайн-опитування серед користувачів соціальних мереж.

Для зазначених досліджень сила зв'язку відповідно дорівнює: $r_{ООКЛ} = -0,14$ ($p < 0,001$; $n = 400$), $r_{ЧОПНЛ} = 0,11$ ($p = 0,15$; $n = 175$), $r_{ООПСМ} = -0,09$ ($p < 0,09$; $n = 367$). Як можна бачити, у двох випадках зв'язок не є статистично значимим, а в одному він доволі малий, і ним можна знехтувати.

Час перебування у стаціонарі. Оскільки в опитуванні на базі ЧОПНЛ ідеться про різноманітні групи респондентів із психіатричним діагнозом, для коректного порівняння їх необхідно оцінити вплив часу, проведеного у стаціонарі, на рівень психологічного дистресу. При аналізі вибірки загалом фіксується дуже слабкий, але статистично значимий взаємозв'язок: $r = -0,15$ ($p = 0,04$; $n = 175$). При цьому, якщо поділити вибірку на підгрупи відповідно до лікувальних центрів, то величина ефектів зменшується і перестає бути статистично значимою, а напрям зв'язку у двох випадках змінюється з негативного на позитивний. Таким чином цей параметр не розглядається нами як релевантний з точки зору оцінювання психологічного дистресу.

Соціальна бажаність. На відміну від попередніх двох чинників ефект соціальної бажаності, оцінений у першому і третьому дослідженнях за шкалою брехні, справляє вираженіший вплив на величину індексу SCL-9-NR. І оскільки для всіх досліджень спостерігаються відмінності у вираженості психологічного дистресу між чоловіками й жінками, має сенс оцінювати ці групи окремо.

У вибірці звичайних респондентів тенденція “прикрашати” свої відповіді спостерігається як серед чоловіків, так і серед жінок. При цьому останні в плані психологічних переживань щиріші: $r_u = -0,27$ ($p = 0,01$; $n = 96$), $r_{ж} = -0,21$ ($p < 0,001$; $n = 266$). Схожа ситуація характерна і для респондентів із психіатричним діагнозом: $r_u = -0,31$ ($p < 0,001$; $n = 86$), $r_{ж} = -0,21$ ($p = 0,05$; $n = 90$). Але в цій групі спостерігаються істотні варіації у різних лікувальних центрах (див. табл. 4). Як бачимо, проблема соціальної бажаності відповідей особливо виражена у чоловіків, які перебувають у центрі стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги, а також помірно характерна для всіх пацієнтів центру лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів.

Таблиця 4

Особливості взаємозв'язку між SCL-9-NR і шкалою брехні для різних груп респондентів ЧОПНЛ

Центр	Стать респондентів					
	Чоловіча			Жіноча		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
– гострих психічних і поведінкових розладів	-0,01	0,97	30	-0,15	0,41	31
– стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги	-0,62	< 0,001	29	-0,12	0,58	25
– лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів	-0,36	0,07	27	-0,30	0,08	34

Двома можливими поясненнями настільки сильного взаємозв'язку в підгрупі чоловіків, які перебувають в центрі стаціонарно-реабілітаційної допомоги, є ситуація опитування і соціально-психологічна специфіка даної групи. Так, на відміну від інших респондентів, вони проходили не індивідуальне, а групове опитування. При цьому респонденти сиділи за різними столами й не втручалися в заповнення чужих анкет. Що стосується соціально-психологічної специфіки, то йдеться про чоловіків із хронічними психічними захворюваннями і середнім віком 44 роки (перший квартиль дорівнює 32,5 роки, третій — 55,3). Цілком імовірно, що психіатричний статус поряд із соціальними очікуваннями стосовно чоловіків працездатного віку роблять для них тему психічного здоров'я найвищою мірою сензитивною.

Що стосується пацієнтів центру лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів, то для них тема опитування “забарвлена” не так соціально, як психологічно, адже вони характеризуються гострими психологічними переживаннями щодо свого внутрішнього стану за високої міри збереженості соціальних і трудових навичок. У цьому контексті наявність такого взаємозв'язку виглядає цілком логічною.

Отже, ефект соціальної бажаності назагал характерний для результатів тестування при використанні SCL-9-NR, що в цілому й не дивно з огляду на традиційну сензитивність теми здоров'я у масових опитуваннях. При цьому, як показало ініціальне дослідження з валідації SCL-9-NR [Дембіцький, 2015], методика за цим показником виглядає вочевидь адекватнішою за оригінальну SCL-90-R.

Загальний рівень вираженості психологічного дистресу в різних групах. Насамперед розглянемо рівень психологічного дистресу серед різних груп пацієнтів ЧОПНЛ. Як і передбачалося, серед лікувальних центрів найвищий дистрес демонструють пацієнти центру лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів, тоді як у двох інших групах цей показник значно нижчий. При цьому, якщо розглядати центри окремо, показники жінок дещо вищі, ніж у чоловіків (див. табл. 5). Результати відповідного двофакторного коваріаційного аналізу (як коваріат використано показники шкали брехні; всі змінні розглядаються як незалежні) підтверджують вплив соціальної бажаності ($F = 16,9$; $df = 1$; $p < 0,001$), лікувального центру ($F = 11,4$; $df = 2$; $p < 0,001$) та статі ($F = 6,4$; $df = 1$; $p < 0,05$). Уточнений R^2 для цієї моделі становить 19,4%.

Таблиця 5

Середні значення SCL-9-NR у різних групах пацієнтів ЧОПНЛ

Центр	Стать респондентів			
	Чоловіча		Жіноча	
	<i>X</i>	<i>sd</i>	<i>X</i>	<i>sd</i>
– гострих психічних і поведінкових розладів	10,1	4,7	12,8	5,1
– стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги	9,6	4,9	12,8	4,6
– лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів	14,8	7,0	15,2	4,2

Виражені відмінності у рівні психологічного дистресу спостерігаються у пацієнтів із різними категоріями психічних розладів. Оскільки в даному разі вибірка незбалансована, результати наведено без поділу за статтю (див. табл. 6). У цьому випадку результати двофакторного коваріаційного аналізу (як коваріат використано показники шкали брехні; всі змінні розглядаються як незалежні) знову вказують на статистично значимий вплив усіх пояснювальних змінних — соціальної бажаності ($F = 18,6$; $df = 1$; $p < 0,001$), категорії психічного розладу ($F = 10,9$; $df = 4$; $p < 0,001$) і статі ($F = 8,2$; $df = 1$; $p < 0,01$). Уточнений R^2 для цієї моделі дорівнює 26,9%.

Таблиця 6

Середні значення SCL-9-NR для різних категорій психічних розладів і розладів поведінки

Категорія	SCL-9-NR	<i>sd</i>	<i>n</i>
Органічні, включно із симптоматичними, психічні розлади	13,2	6,2	33
Шизофренія, шизотипові та маренневі розлади	10,6	4,9	83
Розлади настрою (афективні розлади)	13,5	4,5	20
Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади	14,5	4,9	33
Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	20,5	2,3	8

При аналізі значень SCL-9-NR серед звичайних респондентів вирішили не об'єднувати спостереження двох досліджень в один масив, а працювати з ними окремо. Це пов'язано із тим, що рівень психологічного дистресу серед чоловіків — учасників київського і львівського онлайн-опитувань статистично значимо нижчий порівняно із відповідним показником серед чоловіків — учасників онлайн-опитування користувачів соціальних мереж ($X_{ч1} = 11,3$; $X_{ч2} = 10,1$; $t = 2,5$; $df = 242,1$; $p < 0,05$). Виходячи з цього, київський і львівський масиви використано для порівняння індексу SCL-9-NR із відповідним показником масиву, отриманим при опитуванні пацієнтів ЧОПНЛ, а дані онлайн-опитування користувачів соціальних мереж — для побудови коваріаційної моделі, що пояснює значення SCL-9-NR на підставі статі та шкали брехні.

Звісно, куди цікавіше було б порівняти звичайних респондентів із пацієнтами, що мають різні категорії психічних розладів, але через слабку наповненість відповідних категорій респондентів як групувальний чинник обрано лікувальні центри. Як для чоловіків ($X_{ч1} = 11,3$; $sd_{ч1} = 4,2$), так і для жінок ($X_{ж1} = 12,0$; $sd_{ж1} = 3,9$) у звичайній вибірці зафіксовано статистично значимі відмінності відповідно із чоловіками ($X_{ч2} = 14,8$; $t_{ч} = 2,6$; $df_{ч} = 28,7$; $p_{ч} < 0,05$) і жінками ($X_{ж2} = 15,2$; $t_{ж} = 4,2$; $df_{ж} = 43,6$; $p_{ж} < 0,001$), опитаними в центрі лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів.

Однофакторний коваріаційний аналіз на підставі даних онлайн-опитування користувачів соціальних мереж продемонстрував статистично значимий вплив шкали брехні ($F = 21,3$; $df = 1$; $p < 0,001$) і статі ($F = 5,8$; $df = 1$; $p < 0,05$). Уточнений R^2 дорівнює 11,1%.

Рівні психологічного дистресу. Як можна бачити з таблиці 6, найвищий рівень психологічного дистресу демонструє група респондентів із розладами особистості та поведінки у зрілому віці, більшість із яких (5 із 8) мають діагноз “інші специфічні розлади особистості” (ексцентричний розлад особистості, розгальмований розлад особистості, “невтримний” розлад особистості, інфантильний розлад особистості тощо). Ще двоє з цієї групи мають діагноз “ананкастний розлад особистості”, що характеризується надмірною схильністю до сумнівів та обережності, перейманням деталями, перфекціонізмом, підвищеною педантичністю і т.ін.

Далі йде група респондентів із невротичними, пов’язаними зі стресом і соматоформними розладами. Ця категорія психічних розладів охоплює великий спектр діагнозів, що об’єднуються разом на підставі їхнього історичного зв’язку із концепцією неврозу, а також зв’язку більшої частини з них із психологічними причинами [Международная классификация болезней, 2005: с. 134]. У нашому випадку зафіксовано такі діагнози, як змішаний тривожний і депресивний розлад (8 респондентів), неврастенія (7 респондентів), посттравматичний стресовий розлад (3 респонденти) і низку інших.

Третіми за величиною показників індексу SCL-9-NR є респонденти з розладами настрою (афективними розладами). Серед основних діагнозів цієї групи — рекурентний депресивний розлад, поточний епізод середнього ступеня (10 осіб) і різноманітні варіанти біполярного афективного розладу (7 осіб).

Завершальною групою, що продемонструвала підвищені показники, є респонденти з органічними, включно з симптоматичними, психічними розладами. Велика частка їх мають діагноз “інші органічні розлади особистості і поведінки, зумовлені хворобою, травмою і дисфункцією головного мозку” (20 осіб).

У випадку шизофренії, шизотипових і маренневих розладів респонденти не показали вищих результатів порівняно зі звичайними респондентами. Але загалом це й очікувалось, адже 95% респондентів цієї групи проходили лікування в центрах гострих психічних і поведінкових розладів і стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги.

На наш погляд, як референтну групу для визначення вираженого психологічного дистресу можна використати пацієнтів із розладами настрою (афективними розладами), а також із невротичними, пов’язаними зі стресом і соматоформними розладами. Порівняно із вибіркою звичайних респондентів параметри розподілу індексу SCL-9-NR для них виглядають дещо інакше (див. табл. 7).

Першим параметром, що заслуговує на увагу, є максимум. У вибірці звичайних респондентів він становить максимально можливі 27 балів, а для респондентів із психіатричними діагнозами — лише 24. Якщо звернутися до максимуму в групі респондентів із психіатричними діагнозами із категорії “розлади особистості та поведінки у зрілому віці”, що показали найбільший середній рівень індексу SCL-9-NR, то він становить 23 бали. Можливо, це є свідченням того, що ті значення індексу серед простих респондентів, що перевищують 24 бали, а тим паче ті, що сягають максимальних 27, не заслуговують на довіру.

Таблиця 7

**Порівняння параметрів розподілу
звичайних респондентів і представників референтної групи**

Параметри розподілу	Звичайні респонденти ($N = 400$) ^a	Респонденти з психіатричним діагнозом ($N = 53$)
Мінімум	0,0	4,0
Перший квартиль	9,0	11,0
Медіана	12,0	14,0
Середнє значення	11,7	14,1
Третій квартиль	14,0	18,0
Максимум	27,0	24,0

a Тут використано результати київського та львівського онлайн-опитувань.

Другий важливий параметр — це медіана, значення якої у вибірці респондентів із психіатричним діагнозом певною мірою умовно можна використовувати як межу, що вказує на підвищений рівень психологічного дистресу. Відповідно, значення третього квартиля цієї групи можна прийняти як межу високого рівня. Середні значення вказаних вибірок статистично значимо відрізняються ($t = 3,9$; $df = 57,1$; $p < 0,001$). Звісно, тут слід урахувати вплив статі. Так, середнє значення індексу для жінок дорівнює 14,4 ($n=38$), а для чоловіків — 13,3 ($n = 15$). Водночас відповідні підвибірки досить малі (особливо для чоловіків), що говорить про необхідність збирання додаткових даних.

Таблиця 8

**Сумарна кількість відповідей “періодично” і “майже завжди”
в різних групах респондентів, %**

Індикатор	ЗР ^a ($N = 400$)	РНАР ^b ($N = 20$)	НПССР ^c ($N = 33$)
Легке виникнення відчуття досади або роздратування	52,8	45,0	60,7
Те, що Вам важко зосередитися	33,7	45,0	48,5
Пригнічений настрій, “хандра”	33,4	65,0	72,7
Те, що Ваші почуття легко зачепити	43,0	55,0	60,6
Відчуття, що більшості людей не можна довіряти	56,8	45,0	51,5
Відчуття напруженості або збудженості	40,5	50,0	60,6
Відчуття слабкості в різних частинах тіла	29,4	70,0	66,7
Знервованість, коли Ви залишалися наодинці	12,0	50,0	33,4
Думки про те, що з Вашим тілом якийсь негаразд	27,0	35,0	42,4

a Група звичайних респондентів.

b Респонденти із розладами настрою (афективними розладами).

c Респонденти з невротичними, пов’язаними зі стресом і соматоформними розладами.

Крім цього, результати застосування експрес-тесту SCL-9-NR серед респондентів референтної групи можна використати для побудови відповідних профілів відповідей. З метою розв'язання цієї задачі було обчислено сумарну кількість відповідей “періодично” і “майже завжди” за всіма індикаторами методики (див. табл. 8). Отже, найсуттєвіші відмінності зафіксовано за такими індикаторами, як “пригнічений настрій, ‘хандра” (показник депресії) і “відчуття слабкості в різних частинах тіла” (показник соматизації), у випадку обох груп із психіатричним діагнозом, а також індикатора “знервованість, коли Ви залишилися одні” (показник фобійної тривожності) для групи респондентів із розладами настрою (афективними розладами). Через малі обсяги вибірок перевірку статистичної значимості відмінностей не проводили, і дані розподілу слід розглядати як попередні.

Висновки

Ми вважаємо, що наведені результати свідчать про критеріальну валидність тесту. Про це говорять як середні рівні індексу серед різних підгруп респондентів, так і результати використання коваріаційного аналізу. Ясна річ, більш природним було би планування дослідження з опорою не на лікувальні центри, а на категорії діагнозів. Але для цього бракувало необхідної попередньої інформації. На даному етапі, маючи необхідну додаткову інформацію, ми плануємо збирання інформації за трьома категоріями психіатричних діагнозів: розлади настрою (афективні розлади); невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади; розлади особистості та поведінки у зрілому віці. Отримання додаткових даних уможливить поглиблення розпочатого аналізу.

Також наші результати вказують на те, що експрес-тест SCL-9-NR можна використовувати для опитування, принаймні, низки груп пацієнтів психоневрологічних установ. При цьому, якщо говорити про пацієнтів, діагнози яких належать до категорії шизофренія, шизотипові та маренневі розлади, то застосування методики виглядає не дуже прийнятним.

Результати підтвердили й наше припущення про вплив на відповіді ефекту соціальної бажаності. Водночас ми вважаємо, що цей вплив має допустимий рівень з огляду на таку дослідницьку тему, як психічне здоров'я.

Зрештою, отримані дані дають можливість окреслити попередні рівні в результатах SCL-9-NR, що вказують на виражений і високий психологічний дистрес. Подальше обґрунтування їх передбачає збирання додаткових даних.

ДОДАТОК**Результати оцінювання надійності й факторної валідності для респондентів Чернігівської обласної психоневрологічної лікарні**

Оцінювання надійності методики здійснено за коефіцієнтом α Кронбаха. Значення, що перевищують 0,7, розглядалися як прийнятні.

Факторна валідність перевірена на підставі результатів конфірмаційного факторного аналізу (Confirmatory Factor Analysis – CFA) із використанням методу діагонально зважених найменших квадратів (Diagonally Weighted Least Squares – DWLS). Якість факторних моделей оцінено за такими показниками: значення χ^2 , величина середньоквадратичної похибки апроксимації (RMSEA), значень порівняльного індексу відповідності (CFI) й індексу Такера–Левіса (TLI). Прийнятними граничними значеннями вважалися: відношення значення $\chi^2/DF < 5$, RMSEA $< 0,08$ і (CFI, TLI) $> 0,95$.

Для статистичного аналізу було використано R (версія 3.2.2, бібліотеки “lavaan” для проведення CFA, “lrm” для обчислення значень α Кронбаха).

Таблиця 9

Результати оцінювання для вибірки загалом, а також для чоловіків і жінок окремо, N = 176

Показник	Уся вибірка	Чоловіки (n = 90)	Жінки (n = 86)
α Кронбаха ($> 0,70$)	0,831	0,875	0,749
χ^2 (DWLS)	18,730	23,159	12,748
DF (ступені свободи)	27	27	27
χ^2/DF	0,7	0,9	0,5
<i>p-value</i>	0,880	0,676	0,991
RMSEA ($< 0,08$)	0,000	0,000	0,000
CFI ($> 0,95$)	1,000	1,000	1,000
TLI ($> 0,95$)	1,008	1,015	1,016

Таблиця 10

Результати оцінювання для різних лікувальних центрів ЧОПНЛ, N = 176

Показник	ГППР ^a	СЛРД ^b	ЛПРНПКС ^c
α Кронбаха ($> 0,70$)	0,805	0,769	0,854
χ^2 (DWLS)	24,092	17,382	19,228
DF (ступені свободи)	27	27	27
χ^2/DF	0,9	0,6	0,7
<i>p-value</i>	0,625	0,921	0,862
RMSEA ($< 0,08$)	0,000	0,000	0,000
CFI ($> 0,95$)	1,000	1,000	1,000
TLI ($> 0,95$)	1,011	1,043	1,013

a Центр гострих психічних і поведінкових розладів (n = 61);

b Центр стаціонарної лікувально-реабілітаційної допомоги (n = 54);

c Центр лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних і кризових станів (n = 61).

Джерела

Анастаси А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. — СПб.: Питер, 2007. — 688 с.

Дембицкий С. Симптоматический опросник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валидизация в Украине / С. Дембицкий, Ю. Серета // Социология: теория, методы, маркетинг. — 2015. — № 4. — С. 40–71.

Дембицкий С. Экспресс-тест SCL-9-NR: методика оценки выраженности психологического дистресса для массовых опросов / С. Дембицкий // Социология: теория, методы, маркетинг. — 2016. — № 1. — С. 52–64.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. — К.: Сфера, 2005. — 307 с.

Мяжков А. Шкала лжи из опросника ММРІ: опыт экспериментальной валидизации / А. Мяжков // Социологические исследования. — 2002. — № 7. — С. 117–130.

Derogatis L. SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual / L. Derogatis. — Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1994.

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.

DeVellis R. Scale Development: Theory and Applications / R. DeVellis. — Los Angeles; London; New Delhi; Singapore; Washington DC: SAGE, 2012. — 216 p.

Domino G. Psychological Testing: An Introduction / G. Domino, M. Domino. — Cambridge; New York; Melbourne; Madrid; Cape Town; Singapore; São Paulo: Cambridge University Press, 2006. — 640 p.

McMillan H. Assessment Essentials for Standards-Based Education / McMillan H. — Thousand Oaks: Corwin Press A SAGE Company, 2008. — 168 p.

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>.