

Walidacja polskiej wersji kwestionariusza The Symptom Checklist-27-plus

Validation of the Polish Version of the Symptom Checklist-27-plus Questionnaire

Dariusz Kuncewicz¹, Małgorzata Dragan², Jochen Hardt³

¹ Wydział Psychologii Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie
Katedra Psychologii Pozytywnej
Kierownik: prof. dr hab. E. Trzebińska

² Wydział Psychologii UW
Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny
Kierownik: dr hab. M. Świącicka

³ Centrum Medyczne Uniwersytetu Medycznego w Moguncji, Niemcy
Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie
Kierownik: prof. dr J. Unterrainer

Summary

Aim: The goal of this research is to evaluate the psychometric qualities of the Polish version of the SCL-27-plus questionnaire in terms of its five factor structure, internal consistency and theoretical accuracy.

Method: A total of 1.350 persons of which 62% were males, participated in the study. 651 persons were tested with a paper version, 699 subjects received an electronic version of the questionnaire. 336 (tested with the paper version) were patients with diagnosed psychiatric disorders. Paper version participants also filled out the General Health Questionnaire (GHQ-28).

Results: Confirmatory factor analysis validated the five factor structure of SCL-27-plus when some errors terms within subscales are allowed to correlate (Depending on the sample: $1.64 \leq \chi^2/df \leq 2.46$; $0.05 \leq RMSEA \leq 0.06$; $0.91 \leq CFI \leq 0.95$). Cronbach's Alpha reliability measures for the Global Severity Index was 0.90 to 0.92 and for the particular subscales 0.71 to 0.88. The GSI and symptom subscales for SCL-27-plus correlated with their equivalences in the GHQ-28 moderately to highly ($r = 0.38$ to 0.68). Strong differences occurred between the "clinical" and "non-clinical" groups in the levels of general and specific symptoms (Cohen's d from 0.42 to 1.15).

Conclusions: The Polish version of the SCL-27-plus questionnaire demonstrates good psychometric qualities. It can be used to measure the general intensity of psychopathological impairment as well as the specific subscales.

Słowa kluczowe: kwestionariusz objawowy, struktura czynnikowa, badania przesiewowe
Key words: symptom questionnaire, factor structure, screening tests

Wstęp

Kwestionariuszowy pomiar objawów psychopatologicznych jest szeroko wykorzystywany w diagnostyce zaburzeń psychicznych, ocenie efektywności psychoterapii, jak też w badaniach epidemiologicznych. Spośród niewielu oryginalnie polskojęzycznych kwestionariuszy objawowych stosunkowo najczęściej w praktyce klinicznej stosowane są: kwestionariusz objawów nerwicowych „O” [1–6] oraz – nieco rzadziej – jego wersje skrócone, tj. kwestionariusze S-II [7] i S-III [8].

Między innymi z uwagi na możliwość porównań międzykulturowych coraz powszechniej wykorzystywane są kwestionariusze obcojęzyczne, które są adaptowane do warunków polskich. Część z nich służy pogłębionej ocenie wąskich i specyficznych aspektów psychopatologii. Na przykład kwestionariusze SAD i FNE skonstruowane przez Watsona i Fienda [9], w polskiej adaptacji Sobańskiego i wsp. [10], przeznaczone są do pomiaru objawów lękowych o typie fobii społecznej. Z kolei kwestionariusze KDC, KMT i SZUTA autorstwa Chambless i wsp. [11, 12] (polska adaptacja: Michałowski i wsp. [13, 14]) ujmują emocjonalne, poznawcze oraz behawioralne wymiary agorafobii i lęku napadowego. W Polsce adaptowano także kilka wielowymiarowych kwestionariuszy objawowych używanych do przesiewowej oceny ogólnego stanu zdrowia psychicznego, np. OQ-45.2 Lamberta i wsp. [15] (polska adaptacja [16, 17]) oraz skrócone wersje GHQ-60 Goldberga [18, 19] – GHQ-30 [20], GHQ-28 i GHQ-12 [21]. Spośród kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia psychicznego, ujmujących szerokie spektrum objawów psychopatologicznych, jednym z najbardziej popularnych na świecie jest The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) [22]. W Polsce funkcjonują co najmniej dwa tłumaczenia SCL-90-R oraz jego wersja skrócona – SCL-27 [23]. Możliwość korzystania z oryginalnych kwestionariuszy SCL w Polsce (podobnie jak i w Niemczech) nie została jednak dotąd prawnie uregulowana.

Pełna wersja kwestionariusza SCL-90-R obejmuje 90 pozycji przyporządkowanych do 9 grup objawów klinicznych. Do konstruowania jego wersji skróconych zachęcił badaczy brak empirycznego potwierdzenia dziewięciowymiarowej struktury SCL-90-R [24] oraz nieekonomiczność badania 90-twierdzeniowym narzędziem. Spośród skróconych wersji o niewielkiej liczbie pozycji testowych stosunkowo dobrymi właściwościami psychometrycznymi charakteryzuje się ww. SCL-27 (przegląd skróconych wersji SCL-90-R zob. [25]) opracowany przez Hardta i Gerbershagena [26]. Narzędzie to zawiera 27 pozycji wyselekcjonowanych z SCL-90-R na bazie eksploracyjnej analizy czynnikowej ze względu na najwyższą wewnętrzną zgodność w obrębie podskal oraz stosunkowo najsłabszą korelację z pozostałymi skalami. Poza kwestionariuszem znalazły się pozycje dotyczące najpoważniejszych objawów zaburzeń psychicznych oraz bólowych. W rezultacie SCL-27 obejmuje 6 podskal (objawy depresji, objawy dystymii, objawy wegetatywne, objawy agorafobii, objawy fobii społecznej oraz objawy nieufności), z których każda liczy od 4 do 6 pozycji.

Mimo że SCL-27 prezentuje lepsze właściwości psychometryczne niż SCL-90-R oraz większość z kilkunastu wersji skróconych, nie udało się rozwiązać dwóch problemów typowych dla kwestionariuszy SCL; (1) Sposób sformułowania niektórych pozycji SCL-27 (podobnie jak SCL-90-R) pozostał archaiczny i mało precyzyjny

(nadużywanie spójników „lub” oraz zdań względnych). W związku z tym podskale SCL-27 odznaczają się słabą detekcją lżejszych objawów psychopatologicznych (rozkłady wyników wyraźnie prawoskośne); (2) W dalszym ciągu odznaczają się niską specyficnością, tzn. silnie ze sobą korelują [23].

Aby dysponować bardziej precyzyjnym i użytecznym w diagnozie klinicznej narzędziem do pomiaru objawów zaburzeń psychicznych (o uregulowanej sytuacji prawnej), skonstruowano nowy kwestionariusz: SCL-27-plus [27, 28]. Wyjściowa pula zawierająca 76 pozycji odnosiła się do tych samych zespołów objawowych, które ujmują SCL-27. Określenia były generowane jednak „od nowa” – w taki sposób, aby uzyskać zwieżłość treści, współczesność brzmienia oraz zgodność z kryteriami diagnostycznymi ICD-10 i DSM-IV. Ze względu na dotychczas niską użyteczność kliniczną podskali objawów dystymii [27] twierdzenia odnoszące się do tej grupy objawów zostały pominięte. Z uwagi na rozpowszechnienie zespołów bólowych [29] oraz towarzyszących im problemów, np. nadużywania leków [30], dołączono natomiast pozycje odnoszące się do objawów bólowych. Do kwestionariusza SCL-27-plus wprowadzono jeszcze istotne modyfikacje skali odpowiedzi i instrukcji oraz dwa dodatkowe pomiary: objawów depresyjnych w ciągu życia i skłonności samobójczych (stąd w nazwie kwestionariusza „plus”).

O ile w SCL-27 respondenci oszacowywali stopień dokuczliwości objawów, o tyle w SCL-27-plus częstotliwość ich występowania (na skali odpowiedzi od „nigdy” do „bardzo często”). W instrukcji istotne zmiany dotyczyły ram czasowych. Dotąd w kwestionariuszach SCL respondenci szacowali intensywność objawów w ciągu ostatniego tygodnia. Z uwagi na względnie stabilny przebieg zaburzeń lękowych i somatoformicznych, w SCL-27-plus generalnie zrezygnowano z ram czasowych. Utrzymano je tylko w odniesieniu do objawów depresyjnych – jednak zgodnie z ICD-10 i DSM-IV okres wydłużono do dwóch tygodni (skala odpowiedzi: nigdy = nigdy, rzadko = 1–2 dni, czasem = 3–7 dni, często = 8–12 dni, bardzo często = 13–14 dni). Pierwszy dodatkowy pomiar dotyczy epizodyczności objawów depresyjnych. Respondenci ponownie oszacowują występowanie objawów depresyjnych, ale już w odniesieniu do całego życia (odpowiedź „nie” = objaw nigdy w znacznym stopniu nie wystąpił, „tak” = dominował przez dwa tygodnie w jakimś okresie życia). Ponadto należy podać orientacyjną liczbę okresów życia z dominacją przynajmniej jednego objawu depresyjnego. Kolejny dodatkowy pomiar dotyczy ryzyka samobójczego. Respondenci udzielają odpowiedzi („nie”/„tak”) na pytania: 1) czy aktualnie występują u nich myśli samobójcze, 2) czy występowały w przeszłości oraz 3) czy kiedykolwiek podejmowali próbę samobójczą. W przypadku odpowiedzi twierdzącej na ostatnie pytanie należy jeszcze określić ilość podjętych prób.

Ostatecznie klasyfikacja pozycji do podskali objawowych SCL-27-plus nastąpiła w drodze eksploracyjnej analizy czynnikowej danych zebranych od 376 niemieckich studentów [27]. Planowano uzyskać sześć 5-twierdzeniowych podskali. Pozycje z podskali objawów nieufności zostały usunięte, ponieważ nie udało się ich skutecznie odseparować od podskali objawów fobii społecznej. Głównym kryterium doboru pozycji do podskali było uzyskanie wyższej wartości współczynnika korelacji z własną podskalą niż z pozostałymi. Wyselekcjonowano w ten sposób 25 pozycji rozłożonych po 4–6

w obrębie pięciu podskal: objawów depresyjnych, objawów wegetatywnych, objawów agorafobii, objawów fobii społecznej i objawów bólowych. Zakładane kryterium zostało spełnione dla prawie wszystkich wybranych pozycji (z wyjątkiem dwóch („ból głowy” i „ból w klatce piersiowej”), które uzyskały nieco wyższą zgodność z podskalą wegetatywną niż bólową). Parametry psychometryczne SCL-27-plus okazały się korzystniejsze niż SCL-27. Wymiary nowego kwestionariusza prezentowały bowiem mniejszą skośność rozkładów, wyższą homogeniczność oraz większą odrębność [27]. Analogiczne korzystne rezultaty Hardt [28] uzyskał na innej niemieckiej próbie 500 uczestników badanych kwestionariuszem SCL-27-plus przez Internet.

Celem badania było sprawdzenie podstawowych własności psychometrycznych polskiej wersji kwestionariusza SCL-27-plus. W szczególności celem była analiza struktury czynnikowej, zgodności wewnętrznej oraz trafności teoretycznej kwestionariusza.

Metoda

W badaniu ogółem udział wzięło 1 350 osób (w tym 38% kobiet) w wieku od 18 do 79 lat ($M = 34,24$; $SD = 12,48$). Ponad połowa uczestników ($N = 699$) wypełniła kwestionariusze w wersji elektronicznej za pośrednictwem platform internetowych, pozostali ($N = 651$) uzupełnili je w wersji papierowej.

Wersje elektroniczne kwestionariuszy wypełniły osoby zrekrutowane przez komercyjną firmę Linequest ($N = 507$) oraz użytkownicy forów społecznościowych typu Facebook ($N = 191$). Wiek osób badanych przez Internet wahał się od 18 do 79 lat ($M = 35,09$; $SD = 14,00$). Niemal połowę próby (48%) stanowiły kobiety. Mając na uwadze dane epidemiologiczne z 2012 r. na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce (23,4% populacji) [31], można przyjąć, iż próba internetowa w zdecydowanej większości obejmowała osoby bez zaburzeń psychicznych, dlatego określono ją jako niekliniczną.

Zgodnie z powyższym, uczestników badania wersją papierową kwestionariuszy można podzielić na dwie grupy: niekliniczną (studenci Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej i Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania oraz nauczyciele w szkołach podstawowych i gimnazjach) oraz kliniczną (pacjenci z diagnozą przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego wg ICD-10, leczeni na oddziałach szpitalnych bądź w poradniach w związku z diagnozą zespołów nerwicowych, afektywnych, psychoetycznych lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych). Grupę niekliniczną ($N = 336$) tworzyły osoby w wieku od 19 do 58 lat ($M = 29,63$; $SD = 8,65$), z czego 65% stanowiły kobiety. W grupie klinicznej ($N = 315$) znalazły się osoby od 18 do 70 lat ($M = 37,19$; $SD = 10,88$), w tym 32% kobiet.

Udział w badaniu rekompensowany był finansowo (ok. 20 zł) w przypadku osób badanych przez firmę Linequest. Pozostali zgłaszali się do badania na ochotnika w ramach projektów badawczych realizowanych na Uniwersytecie Warszawskim oraz w SWPS. Projekt badania został zaakceptowany przez Komisję ds. Etyki Badań Wydziału Psychologii UW.

Wszystkie osoby badane wypełniły krótką ankietę socjodemograficzną i kwestionariusz SCL-27-plus, a osoby badane wersją papierową dodatkowo Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (General Health Questionnaire – GHQ-28) autorstwa Davida Goldberga [19] (polska adaptacja [21]).

Polska wersja Kwestionariusza SCL-27-plus została przygotowana zgodnie z procedurą tłumaczenia zwrotnego (tj. z języka niemieckiego na polski, a potem z polskiego na niemiecki). Występujące niezgodności między obiema wersjami niemieckimi zostały przedyskutowane między Jochenem Hardtem i Małgorzatą Dragan oraz uwzględnione w przygotowaniu ostatecznej polskiej wersji SCL-27-plus. Oceny zgodności wersji tłumaczonej zwrótnie z oryginalną dokonał Jochen Hardt.

Kwestionariusz GHQ-28 jest narzędziem przesiewowym służącym do oceny stanu zdrowia psychicznego. Zawiera 28 pytań przyporządkowanych po 7 do następujących podskal: (A) symptomy somatyczne, (B) niepokój, bezsenność, (C) zaburzenia funkcjonowania (osobistego i społecznego) oraz (D) symptomy depresji. Osoby badane ustosunkowują się do pytań o stan psychiczny oraz dolegliwości obserwowane u siebie w okresie ostatnich kilku tygodni, wybierając jedną z czterech odpowiedzi: „w ogóle nie” (0 pkt), „nie bardziej niż zwykle” (1 pkt), „raczej bardziej niż zwykle” (2 pkt) oraz „znacznie bardziej niż zwykle” (3 pkt). Wskaźnikiem ogólnego stanu zdrowia psychicznego jest suma punktów za odpowiedzi na wszystkie pytania, natomiast wskaźnikami poszczególnych grup objawów – suma punktów w obrębie podskal [21].

Wyniki

W celu weryfikacji pięciowymiarowej struktury kwestionariusza SCL-27-plus przeprowadzono confirmacyjne analizy czynnikowe (CFA). Model pięcioczynnikowy testowano na danych pochodzących z całej próby, dwóch prób nieklinicznych (badanych wersją elektroniczną i papierową SCL-27-plus) oraz jednej klinicznej (badanej tylko wersją papierową). Analizy wykonano za pomocą programu STATA 12.0. Zastosowano metodę najwyższej wiarygodności z uwzględnieniem braków danych (maximum likelihood with missing values – MLMV). Czynniki wyodrębniano na podstawie macierzy kowariancji. Korelacje między czynnikami zostały uwolnione. Aby poprawić wskaźniki dobroci dopasowania (goodness-of-fit) modelu pięcioczynnikowego, dopuszczono sześć kowariancji reszt w obrębie niektórych podskal (po dwie kowariancje w podskalach objawów wegetatywnych, fobii społecznej i objawów bólowych). Do określenia dopasowania modelu wybrano trzy najczęściej raportowane wskaźniki dobroci dopasowania, tj. χ^2/df (stosunek χ^2 do stopnia swobody), RMSEA (średniokwadratowy błąd aproksymacji) oraz CFI (porównawczy indeks zgodności). Wartości tych wskaźników – w odniesieniu do każdej próby – przedstawia tabela 1 – na następnej stronie.

O zadowalającym dopasowaniu modelu do danych empirycznych świadczy $\chi^2/df < 2$ lub < 3 [32, 33], RMSEA $< 0,08$ oraz CFI $> 0,90$ [33]. We wszystkich analizowanych próbach stosunek χ^2/df był mniejszy niż 2,5, wartość wskaźnika RMSEA nie przekraczała 0,06, natomiast CFI była wyższa niż 0,90. Uwzględniając bardziej liberalne rekomendacje w stosunku do wskaźnika χ^2/df , można zatem mówić o zadowalającym

dopasowaniu pięcioczynnikowego modelu do danych niezależnie od rodzaju próby. Stosunkowo najlepsze wskaźniki dopasowania uzyskano w grupie nieklinicznej badanej wersją elektroniczną SCL-27-plus oraz klinicznej badanej wersją papierową.

Tabela 1. Wskaźniki dopasowania modelu pięcioczynnikowego do danych uzyskanych w odniesieniu do całej próby, prób nieklinicznych badanych wersją elektroniczną i papierową SCL-27-plus, próby klinicznej badanej wersją papierową

Próba	liczebność	χ^2	df	χ^2 / df	RMSEA	CFI
cała	N = 1350	1983,44	842	2,36	0,055	0,917
niekliniczna - w. elektroniczna	n = 699	623,67	254	2,46	0,046	0,951
niekliniczna - w. papierowa	n = 336	560,13	254	2,21	0,060	0,908
kliniczna - w. papierowa	n = 315	417,03	254	1,64	0,045	0,945

Standaryzowane ładunki czynnikowe pozycji SCL-27-plus, średnie i odchylenia standardowe (uzyskane na próbie N = 1350) zawiera tabela 2.

Tabela 2. Standaryzowane ładunki czynnikowe (β), średnie (M) oraz odchylenia standardowe (SD) pozycji SCL-27-plus i podskal

Pozycja	Podskala	β	M	SD
	Objawy depresyjne		0,96	0,85
21	Melancholia	0,68	1,10	1,01
22	Uczucie wewnętrznej pustki	0,83	1,10	1,12
23	Uczucie, że lepiej być martwym	0,67	0,59	1,01
24	Utrata wszelkiej nadziei	0,71	0,75	1,01
25	Utrata radości	0,76	1,27	1,08
	Objawy wegetatywne		1,20	0,71
8	Zawroty głowy	0,62	1,01	0,92
12	Nudności	0,53	0,95	0,90
13	Silne uderzenia serca	0,68	1,22	1,03
15	Szybkie bicie serca	0,68	1,41	1,02
17	Problemy żołądkowe	0,54	1,41	1,02
	Objawy agorafobii		0,59	0,77
5	Strach przed samotnym wyjściem z domu	0,72	0,57	0,93
6	Uczucie strachu z powodu długotrwałego przebywania poza domem	0,73	0,49	0,86
7	Strach z powodu załoczenia	0,82	0,66	0,97
14	Uczucie strachu w miejscach publicznych	0,83	0,66	0,94
	Objawy fobii społecznej		1,13	0,86
9	Strach przed powiedzeniem czegoś wstydlwego	0,68	1,25	1,08

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

10	Odczucie, że inni nie lubią mnie	0,79	1,24	1,03
18	Odczucie zahamowania przy współpracy z innymi	0,71	1,00	1,01
19	Brak poczucia bezpieczeństwa, gdy inni patrzą na mnie	0,79	1,04	1,08
20	Uczucie bycia niepotrzebnym	0,75	1,11	1,14
	Objawy bólowe		1,39	0,66
1	Bóle głowy	0,47	1,71	0,99
2	Bóle w klatce piersiowej	0,59	0,98	0,91
3	Skurcze mięśni	0,50	1,41	0,96
4	Bóle mięśni	0,45	1,35	0,97
11	Bóle ramion i nóg	0,51	1,33	1,06
16	Bóle pleców	0,46	1,53	1,11

W każdej z podskal wszystkie pozycje uzyskały akceptowalne ładunki czynnikowe ($\beta \geq 0,45$). Najsilniejsze ładunki prezentowały pozycje podskal objawów depresyjnych oraz lękowych, tj. fobii społecznej i agorafobii ($0,68 \leq \beta \leq 0,83$), natomiast najsłabsze – pozycje podskal somatycznych, tj. objawów wegetatywnych i bólowych ($0,45 \leq \beta \leq 0,59$). Najwyższe średnie nasilenie objawów wykazały podskale somatyczne ($M = 1,20$ i $1,39$), a najniższe – podskala objawów agorafobii ($M = 0,59$). Poziom nasilenia poszczególnych symptomów w obrębie podskal w większości był podobny. Wyjątki to niższe średnie pozycji 23.: „uczucie, że lepiej być martwym” ($M = 0,59$) oraz 24.: „utrata wszelkiej nadziei” ($M = 0,75$) w stosunku do średniej podskali objawów depresyjnych ($M = 0,96$), jak też wyższa średnia pozycji 2.: „ból w klatce piersiowej” ($M = 1,75$) względem średniej podskali objawów bólowych ($M = 1,39$).

Na bazie średnich w podskalach policzono współczynniki korelacji dla całej próby ($N = 1350$). Średnia wartość korelacji (rho Spearmana) między podskalami wyniosła 0,47. Stosunkowo najsilniej skorelowane ze sobą były obie podskale lękowe: fobii społecznej i agorafobii ($r = 0,60$) oraz somatyczne: objawów wegetatywnych i bólowych ($r = 0,58$). Najsłabsze korelacje odnotowano między podskala objawów bólowych a podskalami lękowymi: agorafobii ($r = 0,38$) oraz fobii społecznej ($r = 0,34$).

Wyniki oceny zgodności wewnętrznej kwestionariusza SCL-27-plus, jego podskal, w tym podskali epizodu objawów depresyjnych w okresie życia, prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Współczynniki rzetelności (α -Cronbacha) SCL-27-plus i jego podskal uzyskane dla całej próby, prób nieklinicznych (badanych wersją elektroniczną i papierową kwestionariusza) oraz próby klinicznej (badanej wersją papierową)

Kwestionariusz SCL-27-plus i jego podskale	α			
	cała próba	niekliniczna - w. elektroniczna	niekliniczna - w. papierowa	kliniczna - w. papierowa
Wskaźnik ogólny objawów	0,92	0,91	0,90	0,90
Objawy depresyjne	0,87	0,88	0,81	0,77

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Objawy depresyjne w ciągu życia	0,84	0,85	0,85	0,85
Objawy vegetatywne	0,77	0,75	0,79	0,76
Objawy agorafobii	0,85	0,80	0,80	0,80
Objawy fobii społecznej	0,87	0,86	0,83	0,85
Objawy bólowe	0,75	0,76	0,72	0,71

Objawy depresyjne w ciągu życia = co najmniej dwutygodniowy epizod objawów depresyjnych w ciągu życia

Wszystkie współczynniki zgodności wewnętrznej, niezależnie od rodzaju próby, okazały się satysfakcjonujące. Uzyskano wysoką rzetelność całej skali ($\alpha \geq 0,91$) oraz zadowalającą dla każdej z podskal ($\alpha \geq 0,71$). Nieco wyższą zgodność wewnętrzną uzyskano dla podskal objawów fobii i depresji ($0,77 \leq \alpha \leq 0,88$), a słabszą dla podskal somatycznych ($0,71 \leq \alpha \leq 0,79$). Różnice między współczynnikami rzetelności, uwarunkowane rodzajem próby, okazały się stosunkowo niewielkie (0,01 dla całej skali oraz maksymalnie 0,11 dla poszczególnych podskal).

W celu sprawdzenia trafności teoretycznej (zbieżnej) kwestionariusza w wersji papierowej wykonano analizy korelacji między wskaźnikami objawów SCL-27-plus i GHQ-28. Wyniki zawiera tabela 4.

Tabela 4. Współczynniki korelacji rho Spearmana między wskaźnikami objawów psychopatologicznych mierzonymi SCL-27-plus i GHQ-28

SCL-27-plus	GHQ-28				
	GHQ-og	A-som	B-niep	C-funk	D-depr
Wskaźnik ogólny objawów	0,68***	0,60***	0,62***	0,17***	0,63***
Objawy depresyjne	0,64***	0,50***	0,62***	0,17***	0,68***
Objawy depresyjne w ciągu życia	0,29***	0,21***	0,34***	0,08	0,29***
Objawy vegetatywne	0,53***	0,53***	0,51***	0,09*	0,46***
Objawy agorafobii	0,43***	0,36***	0,37***	0,16***	0,41***
Objawy fobii społecznej	0,50***	0,42***	0,46***	0,15***	0,48***
Objawy bólowe	0,44***	0,47***	0,40***	0,10**	0,34***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Objawy depresyjne w ciągu życia – co najmniej dwutygodniowy epizod objawów depresyjnych w ciągu życia, GHQ-og. – wskaźnik ogólny objawów GHQ-28, A-som – symptomy somatyczne, B-niep – niepokój, bezsenność, C-funk – zaburzenia funkcjonowania, D-depr – symptomy depresji

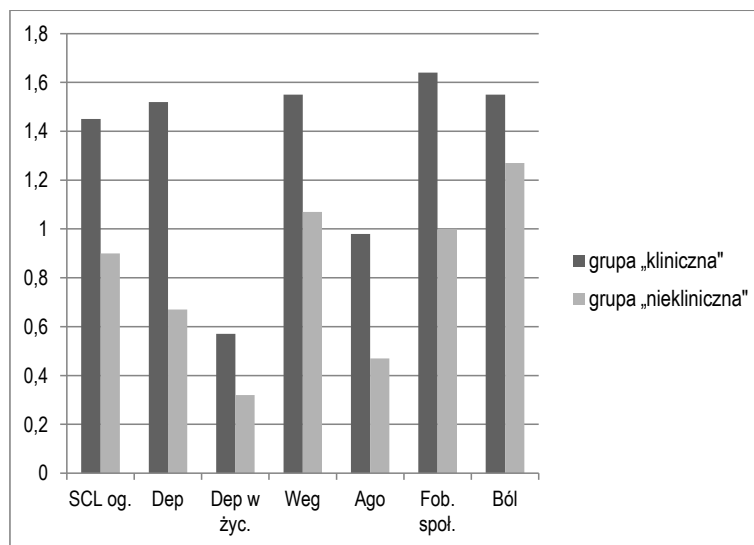
Pogrubiono współczynniki korelacji między względnie analogicznymi wymiarami SCL-27-plus i GHQ-28

Wystąpiły istotne dodatnie związki między wszystkimi miarami objawów SCL-27-plus i GHQ-28. Silne związki uzyskano między wskaźnikami ogólnymi oraz objawów depresyjnych (odpowiednio 0,68 i 0,68). Następnie najsilniej skorelowane były ze sobą podskale somatyczne (0,53 i 0,47), a następnie lękowe (0,46 i 0,37). Stosunkowo

najsłabszy związek między treściowo zbliżonymi wymiarami SCL-27-plus i GHQ-28 uzyskano między objawami agorafobii i niepokoju (0,37) oraz epizodem objawów depresji w ciągu życia a ich obecnym nasileniem (0,29).

Dodatkowo trafność teoretyczną kwestionariusza SCL-27-plus (w wersji papierowej) sprawdzono, porównując wskaźniki nasilenia objawów psychopatologicznych w grupie klinicznej pacjentów z diagnozą zaburzeń psychicznych ($n = 315$) i grupie nieklinicznej ($n = 336$). Wyniki porównań międzygrupowych, z wykorzystaniem testu t-Studenta, prezentuje rysunek 1.

Rysunek 1. Porównanie grupy klinicznej i nieklinicznej w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych w SCL-27-plus



SCL og. – wskaźnik ogólny objawów, Dep – objawy depresyjne, Dep w życ. – co najmniej dwutygodniowy epizod objawów depresyjnych w ciągu życia, Weg – objawy wegetatywne, Ago – objawy agorafobii, Fob. społ. – objawy fobii społecznej, Ból – objawy bólowe

Pomiary nasilenia objawów wykonano na skali 0–4 (poza Dep w życ.: na skali 0–1)

Grupa kliniczna w porównaniu z niekliniczną wykazała istotnie wyższe ($5,16 \leq t \leq 13,86$; $p < 0,001$) nasilenie objawów psychopatologicznych w skali ogólnej oraz we wszystkich podskalach. Silne efekty różnicy (wartości d Cohena) uzyskano dla podskali objawów depresyjnych (1,14), całej skali (0,98) oraz podskali objawów fobii społecznej (0,80), umiarkowane efekty – dla podskali dwutygodniowego epizodu objawów depresyjnych (0,69), objawów wegetatywnych (0,64) i objawów agorafobii (0,62). Stosunkowo najsłabiej różnicowała grupę kliniczną i niekliniczną podskala objawów bólowych (0,42).

Aby określić wartość diagnostyczną pytania o aktualne myśli samobójcze, sprawdzono zależności między odpowiedziami na to pytanie a przynależnością do grupy klinicznej vs. nieklinicznej, ogólnym nasileniem objawów, nasileniem objawów depresji, występowaniem przynajmniej raz w życiu dwutygodniowego epizodu depresyjnego oraz występowaniem myśli i prób samobójczych w przeszłości. Analizy wykonano za pomocą testu χ^2 na danych zebranych w wersji papierowej SCL-27-plus. Myśli samobójcze zgłosiło 127 osób (18,3% spośród 621, które udzieliły odpowiedzi). Włączone do analiz zmienne ciągłe, tj. nasilenie ogólne objawów oraz nasilenie objawów depresji, przekształcono na dwuwartościowe (wyniki niskie odpowiadały wartościom poniżej, a wysokie – powyżej mediany). Rozkłady procentowe odpowiedzi „tak”/„nie” na pytanie o myśli samobójcze w zależności od innych wskaźników psychopatologicznych oraz statystyki χ^2 przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Aktualne występowanie myśli samobójczych a wybrane wskaźniki psychopatologiczne

Zmienne psychopatologiczne		Aktualne myśli o samobójstwie		χ^2
		TAK – n (%)	NIE – n (%)	
Grupa	kliniczna	35 (11%)	274 (89%)	38,22***
	niekliniczna	84 (33%)	174 (67%)	
SCL og.	wysokie	50 (16%)	265 (84%)	4,18*
	niskie	69 (23%)	233 (77%)	
Dep	wysokie	48 (18%)	212 (82%)	0,23
	niskie	71 (20%)	284 (80%)	
Dep w życ.	tak	49 (19%)	207 (81%)	0,03
	nie	56 (18%)	246 (82%)	
Wcześniejsze myśli samobójcze	tak	113 (42%)	153 (58%)	164,04***
	nie	5 (1%)	344 (99%)	
Wcześniejsza próba samobójcza	tak	106 (60%)	70 (40%)	264,60***
	nie	13 (3%)	427 (97%)	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ SCL og. – wskaźnik ogólny objawów, Dep – objawy depresyjne, Dep w życ. – co najmniej dwutygodniowy epizod objawów depresyjnych w ciągu życia

Występowanie myśli samobójczych częściej deklarowały osoby z grupy nieklinicznej niż klinicznej [$\chi^2(1, N = 567) = 38,22; p < 0,001$] oraz nieco częściej osoby z niskim nasileniem ogólnego wskaźnika objawowego niż z wysokim [$\chi^2(1, N = 617) = 4,18; p < 0,05$]. Deklaracje myśli o samobójstwie nie pozostawały w związku ani z aktualnym nasileniem objawów depresyjnych [$\chi^2(1, N = 615) = 0,23; p > 0,05$], ani z ich występowaniem w okresie życia [$\chi^2(1, N = 558) = 0,03; p > 0,05$]. Silnymi predyktorami aktualnych myśli samobójczych okazały się natomiast wcześniejsze myśli samobójcze [$\chi^2(1, N = 615) = 164,04; p < 0,001$] oraz próba samobójcza [$\chi^2(1, N = 616) = 264,60; p < 0,001$].

Omówienie wyników

Kluczowe wskaźniki dobroci dopasowania modelu pięcioczynnikowego uzyskane na całej próbie, próbach nieklinicznych badanych wersją elektroniczną i papierową oraz próbie klinicznej badanej wersją papierową uzyskały akceptowalne wartości – tym samym pięciowymiarowa struktura SCL-27-plus została potwierdzona. Zadowalające wartości wskaźników zgodności wewnętrznej dla całej skali i pięciu podskal oraz standaryzowanych ładunków czynnikowych pozycji w obrębie podskal wskazują na homogeniczność całego SCL-27-plus oraz jego poszczególnych wymiarów. Stosunkowo najwyższą jednorodnością odznacza się podskala objawów depresyjnych i obie podskale treściowo związane z lękiem, tj. objawów agorafobii i fobii społecznej. Względnie najniższa jednorodność podskali objawów bólowych (zaobserwowana także przez Hardta [27]), może wiązać się z tym, że ujmuje ona różne lokalizacje bólu, które nie zawsze ze sobą współwystępują.

Wyraźne związki między wskaźnikami objawowymi SCL-27-plus a ich odpowiednikami w GHQ-28, jak też zdecydowanie wyższe nasilenie wskaźników SCL-27-plus w grupie klinicznej w porównaniu z niekliniczną potwierdzają trafność zbieżną całego kwestionariusza prezentowanego w wersji papierowej oraz jego pięciu podskal. Dodatkowa podskala objawów depresyjnych w ciągu życia stosunkowo słabo korelowała z obecnym nasileniem psychopatologii, natomiast wyraźnie różnicowała osoby z grupy klinicznej i nieklinicznej. Brak dodatkowego pomiaru umożliwiającego sprawdzenie trafności różnicowej SCL-27-plus należy uznać za ograniczenie niniejszego badania. Inną jego słabą stroną jest brak równoważności wiekowej i płciowej w analizowanych próbach. W grupie nieklinicznej badanej wersją papierową wystąpiła nadreprezentacja osób młodych (studentów) oraz kobiet, podczas gdy w grupie klinicznej – nadreprezentacja mężczyzn.

Sprawdzono także właściwości diagnostyczne pytania o aktualne myśli samobójcze. Brak związku między aktualnymi myślami samobójczymi a nasileniem objawów depresyjnych w ciągu ostatnich dwóch tygodni lub przynajmniej przez dwa tygodnie w jakimś okresie życia sugeruje, że wskaźniki objawowe w ogóle nie pozwalają przewidywać ryzyka samobójstwa. Co więcej, mogą być nawet mylące, ponieważ myśli samobójcze nieco częściej deklarowały osoby z grupy nieklinicznej niż klinicznej oraz z niższym ogólnym wskaźnikiem objawów psychopatologicznych. Wyraźnym predyktorem aktualnych myśli samobójczych okazała się natomiast próba samobójcza w przeszłości oraz wcześniejsze myśli samobójcze (co pozostaje w zgodzie z wynikami Bertolote'a i wsp. [34]). Niniejsze rezultaty można zrozumieć na różne sposoby. (1) Dodatkowe pytania nt. ryzyka samobójstwa wydają się użyteczne w badaniach naukowych, ponieważ sondują istotny obszar psychopatologii pozostający poza zasięgiem pozostałych podskal SCL-27-plus. (2) W klinicznym kontekście, w którym SCL-27-plus byłby wykorzystywany jako narzędzie przesiewowe, należałoby zbadać ponownie uzyskane zależności. Pacjenci mogą bowiem nie informować badaczy o myślach samobójczych, aby nie narażać się na niechciane interwencje kliniczne.

Wnioski

Polska wersja SCL-27-plus charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Kwestionariusz może być stosowany w badaniach naukowych oraz praktyce klinicznej. Może być użyteczny w przesiewowym wykrywaniu objawów psychopatologicznych w ogóle bądź też ich specyficznych grup. Ponadto SCL-27-plus umożliwia wstępną ocenę epizodyczności stanów depresyjnych oraz ryzyka samobójczego. Warto też zaznaczyć ograniczenia w zastosowaniu SCL-27-plus. Może się on dobrze sprawdzać w analizach grupowych, np. w badaniach nad efektywnością terapii, jako narzędzie do pomiaru stanu przed i po zastosowaniu oddziaływań leczniczych. Jednak w diagnostyce indywidualnej, z uwagi na skrócony charakter, powinien być stosowany jedynie przesiewowo jako narzędzie wspomagające klinicystów w identyfikacji objawów u pacjenta, rozpoznawanych potem w bezpośrednim kontakcie.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J, Mazoń S i wsp. *Kwestionariusze objawowe S i O – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. Psychoterapia 1981; 37: 11–27.
2. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnostyce i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 6: 667–676.
3. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
4. Sobański JA, Klasa K. *Zmiany nasilenia objawów w okresie oczekiwania na leczenie*. Psychoterapia 2005; 132(1): 67–79.
5. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. *Objawy i problemy związane z seksualnością pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(1): 21–34.
6. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Seksualne wydarzenia urazowe a obraz zaburzeń nerwicowych – objawy związane i nie związane z seksualnością*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 411–431.
7. Aleksandrowicz JW. *Kwestionariusz S-II*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 945–959.
8. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Kwestionariusz objawowy S-III*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 515–526.
9. Watson D, Fiend R. *Measurement of social-evaluative anxiety*. J. Consult. Clin. Psychol. 1969; 33(4): 448–457.
10. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K. *Skala Unikania i Dystresu Społecznego (SAD) oraz Skala Obaw przed Negatywną Oceną (FNE) – ocena rzetelności i wstępna ocena trafności*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 691–703.
11. Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R. *Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire*. J. Consult. Clin. Psychol. 1984; 52(6): 1090–1097.
12. Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. *The Mobility Inventory for Agoraphobia*. Behav. Res. Ther. 1985; 23: 35–44.
13. Michałowski JM, Holas P. *Polska adaptacja i walidacja Kwestionariusza Myśli Towarzyszących agorafobii (KMTA) oraz Kwestionariusza Doznań Cieleśnych (KDC)*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 679–689.

14. Michałowski JM, Holas P, Wojdyło K, Gorlewski B. *Polska adaptacja i walidacja Skali Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii*. Psychiatr. Psychoter. 2012; 8(3–4): 20–30.
15. Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen NB, Vermeersch DA, Clouse GC i wsp. *The reliability and validity of the Outcome Questionnaire*. Clin. Psychol. Psychother. 1996; 3: 249–258.
16. Gajowy M, Simon W, Sobański JA, Śliwka P, Sala P, Żak W i wsp. *Polska walidacja Kwestionariusza Wyniku (KW, Outcome Questionnaire, OQ-45.2): badanie wielośrodkowe*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(3; supl.): 25–26.
17. Sobański JA, Klasa K, Simon W, Aleksandrowicz JW, Rutkowski K. *Kwalifikacja do psychoterapii i ocena wyników leczenia zaburzeń nerwicowych: kwestionariusze objawowe KO „0”, KSIII, OQ-45.2, kwestionariusze osobowości KON-2006 i NEO-PI-R*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(3; supl.): 106.
18. Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press; 1972.
19. Goldberg D, Williams P. *A user's guide to The General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON; 1988.
20. Frydecka D, Małyszczak K, Chachaj A, Kiejna A. *Struktura czynnikowa Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia (GHQ-30)*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(3): 341–359.
21. Makowska Z, Merecz D. *Polska adaptacja kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28*. W: Goldberg D. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2001.
22. Derogatis LR, Cleary PA. *Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90-R: a study in construct validation*. J. Clin. Psychol. 1977; 33: 981–989.
23. Hardt J, Dragan M, Kappis B. *A short screening instrument for mental health problems: The Symptom Checklist-27 (SCL-27) in Poland and Germany*. Int. Psych. Clin. Pract. 2011; 15: 42–49.
24. Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E. *Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe*. Diagnostica 2001; 47: 27–39.
25. Müller JM, Postert C, Beyer T, Furniss T, Achtergade S. *Comparison of eleven short versions of The Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for use in the assessment of general psychopathology*. J. Psychopathol. Assess. 2010; 32: 246–254.
26. Hardt J, Gerbershagen HU. *Cross-validation of the SCL-27: a short psychometric screening instrument for chronic pain patients*. Eur. J. Pain 2001; 5: 187–197.
27. Hardt J. *The Symptom-Check-List-27-plus (SCL-27-plus): A modern conceptualization of a traditional screening instrument*. GMS Psychosoc. Med. 2008; 5: 1–8.
28. Hardt J. *Die Symptom-Checkliste-27-plus. Kreuzvalidierung eines neuen Screening-Instruments*. Psychol. Medizin 2011; 22: 11–20.
29. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur. J. Pain 2006; 10: 287–333.
30. Mehuys E, Paemeleire K, Van Hees T, Christiaens T, Van Bortel LM, Van Tongelen I i wsp. *Self-medication of regular headache: a community pharmacy-based survey*. Eur. J. Neurol. 2012; 19: 1093–1099.
31. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej” – EZOP Polska*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
32. Tabachnik BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon; 2013.

-
33. Kline RB. *Principles and practices of structural equation modeling*. New York: Guilford; 1998.
 34. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L i wsp. *Repetition of suicide attempts. Data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS study*. *Crisis* 2010; 31: 194–201.

Adres: Dariusz Kuncewicz
Szkoła Wyższa Psychologii Stosowanej
03-815 Warszawa, ul. Chodakowska 19/31

Otrzymano: 14.06.2013
Zrecenzowano: 30.09.2013
Otrzymano po poprawie: 11.11.2013
Przyjęto do druku: 4.02.2014