

ЕКСПРЕС-ОЦІНКА АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ: СКРИНІНГ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ

Своєчасне діагностування афективної патології стає все більш актуальним у зв'язку із значним поширенням емоційних розладів. На небезпечні соціальні наслідки афективної патології (депресії тощо), пов'язані з високим ризиком втрати працездатності, соціальної дезадаптації та суїцидальної поведінки, вказують як вітчизняні, так і зарубіжні автори [5, 6, 10, 11, 13—15].

Емоційні розлади, які перебігають на амбулаторному рівні, манифестують депресивною, тривожною, гіпоманіакальною, змішаною, маскованою афективною та атиповою симптоматикою, тощо. Тому діагностування цих порушень є складним завданням для лікаря-психіатра, не кажучи вже про лікаря загальної практики та психолога [2, 4, 5, 10]. Так, окремі автори [12, 14, 15] відзначають, що для встановлення точного діагнозу біполярного розладу у 23 % хворих лікарям знадобилось 6 місяців; для цього 48 % хворих були проконсультовані трьома спеціалістами, 10 % — сімома та більше фахівцями; 34 % хворих «очікували» встановлення верифікованого діагнозу 10 років і більше від початку виникнення біполярного розладу. В середньому минає 8,3 року від початку захворювання до призначення адекватної терапії (для жінок цей термін зазвичай є більш тривалим). Ці дані свідчать про високу актуальність точної та своєчасної оцінки емоційного стану для адекватного визначення лікувально-коригувальних заходів, спостереження за динамікою терапевтичного процесу.

Своєчасне виявлення емоційних порушень має важливе значення і для професійної психодіагностики. Особливо це важливо у сферах діяльності, які характеризуються високим рівнем професійних стресів, небезпечними, екстремальними умовами праці. В системі організації заходів психофізіологічного забезпечення військово-професійної діяльності діагностика емоційних станів та прогнозування афективних порушень є необхідною на всіх етапах професійного відбору та подальшого супроводу службової діяльності. Оцінка емоційних станів є важливою складовою моніторингу професійного здоров'я, який розглядають як постійне, тривале відстеження психофізіологічного стану для фіксації чи прогнозування моментів критичних відхилень від його оптимальних характеристик з метою негайного застосування коригувальних заходів [3, 6].

Аналіз літератури засвідчує, що розроблені та адаптовані методики вивчення емоційних станів не завжди задовольняють потреби практичного працівника. Досі бракує надійного та зручного, простого у розумінні для досліджуваних, компактного інструментарію, який в змозі комплексно оцінити більшу частину спектру емоційних проявів, їх інтенсивність, виявити діагностично важливі зв'язки між різними порушеннями, оцінити вираженість соціальних проблем, пов'язаних із критичною зміною емоційного стану.

Існуючі методики діагностування емоційних порушень спрямовані, здебільшого, на оцінку лише одного емоційного стану, переважно депресивного чи тривожного (опитувальники Бека, Спілбергера — Ханіна,

Тейлора, Гамільтона). Водночас, інструментарій для діагностичної оцінки інших емоційних розладів (гіпоманіакальних, соматоформних, маскованих, атипових) є малорозробленим у вітчизняній клінічній практиці. Істотно бракує тестів комплексного характеру, призначених для вивчення інтенсивності проявів та взаємозв'язків між різними емоційними станами: опитувальники Хека — Хесс, Ташева, Кокошкаррової [2] не отримали широкого практичного застосування.

Для експрес-оцінювання афективних порушень в умовах дефіциту часу був створений скринінг емоційного стану. Він призначений для одночасної оцінки різних афективних станів, виявлення діагностично важливих хронологічних взаємозв'язків між ними та соціально значущих наслідків. Формат скринінгу був обраний з урахуванням призначення методики для попередньої, доклінічної оцінки психопатологічних порушень, можливості використання його для епідеміологічних обстежень. Під час розробки опитувальника враховувались такі критерії скринінгу, як ефективність, простота, надійність при диференціюванні здорових і хворих, відповідні кореляції з іншими тестами, які призначені для подібних досліджень [2]. Прототипами методики були опитувальник порушень настрою R. Hirschfeld [13] та скринінгові опитувальники з клінічного посібника В. М. Кузнецова та співавт. [4].

Метою даного дослідження була апробація розробленого нами скринінгу емоційних станів, визначення його валідності і надійності, оцінка придатності скринінгу для тестування емоційних порушень, стандартизація на відповідних клінічних і професійних вибірках.

Структура і змістовна характеристика методики «Скринінг емоційного стану»

Скринінг емоційного стану (СЕС) призначений для динамічної оцінки емоційного стану досліджуваних з метою виявлення критичних (субклінічних та патологічних) відхилень від його оптимальних характеристик.

Передбачається дві основні сфери застосування скринінгу:

1) у професійній психодіагностиці він дає змогу підтвердити відсутність емоційних порушень на етапі профвідбору та в процесі виконання професійної діяльності (моніторинг психофізіологічного стану), що є важливим для прогнозу успішності подальшої професійної діяльності та оцінки рівня адаптації. У складі батареї з іншими експрес-методиками СЕС може виконувати роль своєрідного «фільтру» для відсіву на початкових етапах профвідбору осіб з вираженими ознаками професійної непридатності;

2) у клінічній психофізіології, психології, психіатрії скринінг допомагає визначити глибину, інтенсивність, модальність емоційних порушень та оцінити вираженість соціальних проблем, зумовлених афективним розладом. Крім допомоги у вирішенні диференційно-діагностичних задач, СЕС є корисним для спостереження за динамікою емоційного стану в процесі терапії.

Таблиця 1

Статеві-вікові характеристики вибірки стандартизації

Група	Кількість осіб	Стать		Вікові характеристики, роки		
		чоловіки	жінки	мін	середнє	макс
1 (проф-1)	107	100	7	21	31,8	48
2 (проф-2)	81	81	0	25	32,8	43
3 (контрольна)	80	80	0	18	30,6	41
4 (хворі)	50	21	29	21	34,2	52
Усього	318	282	36	—	—	—

Скринінг складається з двох частин. Перша частина містить 5 шкал, твердження яких спрямовані на виявлення відповідно гіпоманіакальних (М), соматоформних (С), депресивних (Д), тривожних (Т) станів, схильності до зловживання психоактивними речовинами (А). Зміст кожної шкали охоплює основні симптоми, типові для даної афективної патології, які були верифіковані на базі факторного аналізу, проведеного в процесі психометричної апробації методики.

Досліджуваний дає стверджувальну відповідь на ті питання скринінгу, які збігаються з його суб'єктивними переживаннями. Інструкція та формулювання тверджень орієнтує досліджуваного звертати увагу на нові, нетипові для нього та не зумовлені зовнішніми подіями прояви емоційного реагування.

Друга частина скринінгу складається з двох пунктів. Перший з них з'ясовує, чи спостерігались відмічені досліджуваним емоційні чи поведінкові прояви в один і той же період часу. Другий пункт дає змогу кількісно оцінити глибину проблем, зумовлених виявленим афективним станом. Блоки М, С, Т складаються з 12 тверджень; Д, А — з 11. Загальна кількість тверджень — 60.

Обчислення результатів полягає у підсумовуванні стверджувальних відповідей досліджуваного для кожної шкали окремо. Питання другої частини СЕС допомагають діагностувати змішані та коморбідні стани й оцінити вираженість патологічних проявів; вони потребують якісного аналізу та є діагностично інформативними за умови наявності понаднормативної кількості стверджувальних відповідей в одній чи кількох шкалах першої частини.

Скринінг емоційних станів відрізняється простою у проведенні й обробці результатів; методика придатна як для індивідуального, так і групового тестування; можливим є автоматизоване обчислення результату. Для проведення скринінгу необхідні підготовлений бланк й олівець. Середній час, витрачений на проведення СЕС, складає 5 хв., обробку результатів — до 1 хв.

Психометрична апробація скринінгу емоційних станів

Як обґрунтування можливості прикладного використання СЕС застосовуються дані про психометричні властивості СЕС; вони також є основою якісної інтерпретації результатів тестування. Стандартизація методики здійснювалась на репрезентативній різностатевій вибірці чисельністю 318 осіб віком від 18 до 52 років. Основна вибірка складалась з 4 груп досліджуваних: дві групи військовослужбовців з різним рівнем стресового навантаження військово-професійної діяльності (1 група — високий рівень; 2 група — середній) та контрольна (3 група) — група фізично та психічно здорових осіб чоловічої статі з різною фаховою підготовкою. Досліджувалась також група хворих (4 група) з клінічно верифікованими афективними розладами (переважно біполярний афективний розлад). Статеві-вікові характеристики досліджуваних усіх груп надаються в таблиці 1.

Для статистичного аналізу отриманих в процесі апробаційного дослідження даних, визначення нормативних показників, оцінки надійності і валідності скринінгу використовувались методи дескриптивної статистики, процедури кореляційного та факторного аналізу, тести для оцінки придатності тесту, реалізованих в статистично-програмному комплексі SPSS.

Основним завданням при проведенні апробаційного дослідження було визначення рівня надійності і валідності СЕС, які вважаються найважливішими характеристиками методики як інструменту психодіагностичного дослідження [7]. Оскільки тестування за допомогою скринінгу проводилось одноразово, рівень надійності скринінгу визначався методом розподілу на дві половини (split-half), який дає уявлення також і про внутрішню узгодженість тесту [1]. Результати за двома частинами тесту оцінювались за допомогою коефіцієнтів розщеплення Спірмана — Брауна. Отримані коефіцієнти є досить високими і складають для всього скринінгу 0,8669; коефіцієнти для шкал СЕС лежать в діапазоні 0,6973—0,8888, що підтверджує надійність методики та внутрішню узгодженість питань в шкалах скринінгу.

В процесі дослідження проводився аналіз кожного твердження скринінгу на придатність до тестування наявності певного афективного стану. Рішення щодо придатності пункту приймалось з урахуванням значень індексу складності [9], коефіцієнта дискримінативності (вибірковості) [7], коефіцієнта α — Кронбаха [1], факторних навантажень.

У дослідженні переважна більшість тверджень мали придатні для використання індекси складності, які були в рекомендованому інтервалі від 20 до 80, та високі показники дискримінативності. Коефіцієнт α Кронбаха становив 0,8223 для всього опитувальника; для шкал окремо — від 0,6761 до 0,8690, що підтверджує високу надійність СЕС для оцінки афективних порушень.

Проведений факторний аналіз питань скринінгу сприяв уточненню структури методики та відповідності окремих питань задачам діагностування конкретних афективних станів. В процесі аналізу було виділено 4 фактори: гіпоманіакальний, сомато-депресивний, депресивно-тривожний, схильності до вживання психоактивних речовин. В цілому спостерігалась висока відповідність діагностичної спрямованості питань опитувальника нозологічному змісту виділених факторів: практично всі питання скринінгу увійшли до вказаних факторів з факторною вагою від 0,309 до 0,781, які є мірою факторної валідності СЕС.

Питання шкали депресій поділилися порівну між близькими за змістом факторами сомато-депресивним та депресивно-тривожним. До складу сомато-депресивного фактору увійшли ті твердження шкали депресій, які здебільшого відображують функціональні розлади (порушення уваги, сну, працездатності). Питання безпосередньо пов'язані зі змістом депресивних переживань (знижений настрій, почуття провини, ангедонії, песимістичності, малоцінності) увійшли до складу депресивно-тривожного фактору.

Такий розподіл відображує базову відмінність різних за глибиною депресивних станів, яка полягає у здатності до усвідомлення, символізації та вербалізації емоційних переживань при невротичній депресії, або наявності соматичних еквівалентів афективних переживань алекситимічних хворих за відсутності такої здатності. Водночас для вирішення задач практичної психодіагностики різних депресивних станів вважаємо за доцільне залишити всі три шкали С, Д, Т скринінгу, необхідних для діагностування не тільки різних класів депресій, але й для оцінки модальності емоційних станів.

Під час дослідження валідності СЕС визначалась, у першу чергу, поточна, а не прогностична валідність скринінгу, оскільки він орієнтований на оцінку динаміки емоційного стану, який постійно змінюється, а не на дослідження стабільних особистісних характеристик. Змістовна валідність СЕС, тобто репрезентативність тверджень опитувальника стосовно афективних проявів, що вивчаються [7], забезпечується всебічним пропорційним відображенням в питаннях скринінгу ключових сторін різних афективних порушень, включно з їх ідеаторними, суто афективними, когнітивними, поведінковими, соматичними проявами.

В процесі досліджень оцінювалась діагностична валідність СЕС, яка визначається як здатність тесту диференціювати досліджуваних за ознакою, що вивчається [7], у нашому випадку — за наявністю афективної патології. Вивчення діагностичної валідності здійснювалось методом контрастних груп [1]: порівнювались результати виконання тесту в групі психічно здорових осіб і групі хворих з афективною патологією. Отримані дані вказують на статистично вірогідну ($p = 0,014—0,000$) відмінність показників скринінгу за параметрами М, С, Д, Т, А в двох групах досліджуваних. Кількісні відмінності в показниках

тесту в групах хворих і здорових осіб вказують на високу здатність скринінгу щодо їх диференціювання за наявністю афективних порушень.

Як критерій валідизації афективної патології, що вивчалась за допомогою скринінгу, приймалась незалежна від результатів тесту експертна діагностична оцінка афективного стану досліджуваного висококваліфікованим лікарем-психіатром, яка здійснювалась на підставі стаціонарного чи тривалого амбулаторного спостереження за станом хворого в процесі його лікування. Як зазначає А. Анастасі [1], під час розробки деяких особистісних тестів валідиція здійснюється на підставі клінічного діагнозу, який припустимо використовувати як достатній критерій за умови, що він встановлюється за результатами тривалого спостереження і детального вивчення історії хвороби. У вибірці здорових досліджуваних емоційний стан оцінювався експертом-психіатром та медичним психологом в процесі тривалого багатетапного дослідження.

Для визначення конструктивної валідності, яка виявляє ступінь репрезентації певного теоретичного конструкту або властивості (в нашому випадку — різних емоційних станів) у результатах тесту [1, 7], досліджувались статистичні зв'язки між показниками СЕС та інших психологічних тестів, які вимірюють близькі, тотожні або протилежні характеристики. Аналізувались також зв'язки показників скринінгу з особистісними характеристиками, які впливають на професійну успішність і адаптацію. Як еталонні тести, які відігравали роль незалежного критерію, використовувались загальновідомі багатофакторні особистісні опитувальники з підтвердженою валідністю і надійністю: Кеттелла 16 PF, Індивідуально-типологічний опитувальник (ІТО) Шмішека [8]. Отримані дані, із зазначенням коефіцієнтів кореляції та міри вірогідності, наводяться в таблиці 2.

Таблиця 2

Кореляційні зв'язки показників скринінгу й особистісних опитувальників

№	Показники: тестів/скринінгу	М	С	Д	Т
1	Гіпертимність (Шмішек)	0,197**		-0,134 *	
2	Дистимічність (Шмішек)		0,149 *	0,181**	0,144*
3	Депресія (ІТО)		0,189**	0,294***	
4	Тривожність (ІТО)		0,200**	0,222***	0,249***
5	Вразливість: ф-р О (Кеттелл)		0,152*	0,237***	
6	Тривожність: ф-р Ф1 (Кеттелл)		0,279***	0,314***	0,228***
7	Екстраверсія: ф-р Ф2 (Кеттелл)		-0,209**	-0,215***	-0,208**
8	Експлозивність (Шмішек)	0,282***	0,239***	0,295***	
9	Стресостійкість: ф-р С (Кеттелл)	-0,236***	-0,219***	-0,237***	-0,225***
10	Сміливість: ф-р Н (Кеттелл)		-0,266***	-0,309***	-0,289***
11	Емоційне напруження: Q4 (Кеттелл)	0,149*	0,246***	0,245***	0,190**
12	Деадаптація (ІТО)	0,153*	0,296***	0,354***	0,267***
13	Агресія (ІТО)	0,143*	0,212**	0,175**	
14	Лідерські риси (ІТО)		-0,191**	-0,232***	-0,300***
15	Інтроверсія (ІТО)		0,264***	0,292***	0,266***

* — $p \leq 0,05$; ** — $p \leq 0,01$; *** — $p \leq 0,001$.

Дослідження не виявило значущих кореляційних зв'язків показника А скринінгу з показниками інших психологічних тестів. Зауважимо, що дані опитувальники взагалі не мають спеціалізованих шкал для оцінки схильності до зловживання психоактивними речовинами. Встановлені статистично вірогідні прямі кореляційні зв'язки між показниками скринінгу й аналогічними за діагностичною спрямованістю шкалами інших психологічних методик і зворотні зв'язки з протилежними за змістом шкалами, вказують на те, що СЕС оцінює подібні психологічні характеристики, що й відповідні шкали відомих тестів. Отримані результати є мірою конструктивної валідності методики.

Крім цього, орієнтовані на діагностування патологічних афективних змін шкали скринінгу виявляють статистично достовірний позитивний кореляційний зв'язок з професійно небажаними особистісними рисами та проявами дезадаптації. З професійно важливими для роботи в особливих умовах рисами, навпаки, показники СЕС виявляють зворотний зв'язок. Отримані результати мають велике значення для професійного відбору військовослужбовців.

При вивченні факторної валідності скринінгу (яка має пряме відношення до конструктивної валідності [1, 7]) виявилось, що показники СЕС належали до двох з п'яти факторів, виділених нами на вибірці здорових досліджуваних під час проведення поглибленого психофізіологічного дослідження. Так, до складу фактору, який отримав назву «соціальна фрустрованість», увійшли показники Д, С з факторними навантаженнями відповідно 0,561 та 0,492. Показники шкал М, А, Т увійшли до фактору «внутрішня конфліктність» з факторним навантаженням відповідно 0,680; 0,557; 0,518. Міцний зв'язок показників скринінгу та інших психологічних тестів в складі виділених факторів вказує на те, що СЕС може застосовуватись для вирішення питань професійної психодіагностики нарівні з традиційними методиками.

При вивченні валідності методики є важливим, щоб вона визначалася і на незалежній вибірці досліджуваних, яка відрізняється від вибірки стандартизації, за допомогою перехресної валідації [1]. У нашому дослідженні результати СЕС вибірки стандартизації порівнювалися з даними контрольної групи за допомогою інтеркласового коефіцієнту кореляції (ICC). ICC відіграє важливу роль під час аналізу придатності тесту, де він є мірою достовірності [9]. ICC показників скринінгу в цих двох групах за різними шкалами СЕС коливався від 0,2612 до 0,3679 ($p = 0,000$), що свідчить про валідність скринінгу для оцінки емоційних станів.

Важливою складовою заходів щодо стандартизації методики є вироблення єдиного підходу до оцінювання результатів виконання тесту. Це дає можливість порівнювати дані різних досліджуваних і оцінювати індивідуальні результати на основі нормативних показників, розроблених на вибірці стандартизації [1, 7].

Методичні підходи до розрахунку внутрішньогрупових норм для СЕС визначались особливостями методики: спрямованість питань скринінгу на виявлення афективної патології зумовлює значну перевагу заперечувальних відповідей у здорових досліджуваних і, відповідно, значне відхилення форми розподілу отриманих результатів від кривої нормального розподілу. Тому для розрахунків внутрішньогрупових норм у двох підвибірках стандартизації (групи здорових досліджуваних і хворих з афективною патологією) була використана процентильна статистика.

Відповідно, середні значення для всіх шкал тесту є на рівні 50 процентиля в обох вибірках. Верхню межу нормативних значень у вибірці здорових досліджуваних становить 75-й перцентиль, перевищення якого вказує на наявність критичних змін емоційного стану людини, на предрисповицію до афективних порушень. 25-й перцентиль вибірки хворих є нижньою межею значень, які вказують на наявність патологічних зрушень. Значення показників, що розташовані між 75-м перцентилем вибірки здорових досліджуваних і 25-м перцентилем вибірки хворих, є кількісною межею, яка відділяє нормальні зміни емоційного стану від патологічних зрушень. Результати скринінгу, які перевищують медіану (50-й перцентиль) вибірки хворих, свідчать про те, що інтенсивність емоційних порушень є вище середньої; а показники більші 75-го процентиля свідчать про високий рівень порушень.

Нормативні показники для шкал СЕС, розраховані на двох вибірках стандартизації, наведено в таблиці 3.

Зауважимо, що підвищення у вибірці здорових досліджуваних показників шкали М (гіпоманіакальні стани), порівняно з іншими шкалами, зумовлено переважно тенденцією демонструвати соціально бажані патерни поведінки, такі як активність, оптимістичність, спонтанність, товариськість. Оскільки спрямованість питань цього блоку може не сприйматись як суто психопатологічна, в окремих випадках необхідним є уточнення характеру відповіді досліджуваного та перевірка правильності розуміння ним інструкції.

Навпаки, відносно низькі показники за шкалою М вибірки хворих пов'язані, на нашу думку, переважно з некритичним ставленням хворих до свого стану, проявами анозогнозії. У зв'язку з цим доцільним є додатково отримати об'єктивну інформацію від рідних.

Таблиця 3

Нормативні характеристики показників скринінгу емоційних станів

Статистичні характеристики	Кількість стверджувальних відповідей за шкалами						
	М	С	Д	Т	А	1	2
1. Середні оцінки в групі здорових (50-й перцентиль)	3	0	0	0	0	0	1
2. Верхня межа нормативних значень в групі здорових (75-й перцентиль)	4	2	1	0	0	0	1
3. Нижня межа патологічних значень в групі хворих (25-й перцентиль)	2	4	4	3	0	0	3
4. Середні оцінки в групі хворих (50-й перцентиль)	4	6	6	4	1	1	3
5. Високі оцінки в групі хворих (75-й перцентиль)	7	7	8	7	1	1	4

Підсумовуючи вищезазначене, необхідно підкреслити, що отримані за допомогою СЕС результати потребують не тільки кількісного, але й якісного аналізу. Під час проведення клінічного інтерв'ю обговорення й уточнення даних скринінгу допомагає визначити напрям діагностичного пошуку та звузити коло питань, які потребують глибшого дослідження. Слід також зазначити, що результати СЕС не можуть бути підставою для діагностичного висновку, вони є переважно орієнтовним матеріалом для подальшого вивчення.

Як додаток до статті наводяться повний текст скринінгу емоційного стану і ключ для обчислення й інтерпретації отриманих за методикою результатів.

Отже, проведене дослідження з апробації та стандартизації скринінгу емоційних станів дозволило дійти таких висновків.

1. Отримані результати підтверджують надійність та валідність скринінгу для оцінки емоційних порушень, що забезпечує можливість його застосування з метою вивчення наявності гіпоманіакальних, соматоформних, депресивних, тривожних станів, схильності до зловживання психоактивними речовинами при вирішенні завдань клінічної практики та професійної психодіагностики.

2. Проведена стандартизація скринінгу, розроблені єдині підходи до процедур проведення тесту, оцінки й інтерпретації отриманих показників. Розраховані нормативні дані на вибірках здорових (професійна вибірка) і хворих досліджуваних, які можна застосувати для диференціації індивідуальної варіативності здорового емоційного реагування від критичних, патологічних змін афективного стану.

3. Виявлені значущі кореляційні зв'язки показників скринінгу з адаптаційно- та професійно важливими рисами особистості, що вказує на можливість застосовувати скринінг емоційних станів для оцінки та прогнозування військово-професійної адаптації, визначення рівня працездатності військових фахівців під час професійного відбору кадрів, а також для вирішення питань психофізіологічного супроводу військово-професійної діяльності.

Додаток

СКРИНІНГ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ

П. І. Б. _____ Вік _____ Дата _____

Протягом останнього року Вам доводилося:

(стверджувальну відповідь позначте кружечком)

- Відчувати в собі набагато більше енергії, бути активнішим, ніж звичайно.
- Відчувати себе впевненіше, ніж звичайно.
- Відмічати труднощі концентрації уваги, постійно відволікатись на сторонні питання.
- Мати бажання спілкуватись більше, ніж звичайно, наприклад, дзвонити друзям посеред ночі.
- Відчувати прискорене утворення і перебіг думок, не встигати висловити думку.
- Перебувати у веселому, піднесеному настрої, що може бути не пов'язано з поточними подіями.
- Бути настільки роздратованим, щоб кричати на людей, влаштовувати сварки та бійки.
- Відмічати скорочення тривалості сну без почуття втоми.
- Відчувати радість життя, бути переповненим оптимізмом більше, ніж звичайно.
- Виявляти значно більший інтерес до сексу, ніж звичайно.
- Витрачати гроші так, щоб це шкодило Вам чи Вашій сім'ї.
- Здійснювати незвичні для Вас вчинки, які інші люди могли б сприйняти як ексцентричні, безглузді, ризиковані.
- Відчувати болі в різних частинах тіла.

- Відмічати порушення функцій органів травлення.
- Відмічати порушення з боку серцево-судинної системи.
- Відмічати сексуальні дисфункції.
- Відчувати запаморочення, дискомфорт у голові.
- Відчувати порушення сну.
- Відчувати труднощі концентрації уваги.
- Виявляти порушення харчової поведінки: схильність до переїдання/голодування.
- Переживати періоди втрати свідомості чи близькі до цього стани.
- Непокоїтися у зв'язку з порушеннями стану здоров'я.
- Вважати, що у Вас є серйозне недиагностоване захворювання.
- Звертатись до лікарів з цього приводу.

- Відчувати сум, пригніченість, почуття провини.
- Відчувати труднощі засипання та/чи ранні пробудження.
- Легко розстроюватись з незначного приводу.
- Відчувати труднощі зосередження уваги.
- Відчувати, що опинились у глухому куті, у безвиході.
- Відчувати зниження працездатності, слабкість, знесилення.
- Відчувати труднощі у прийнятті рішень, уповільнене мислення, труднощі при підборі потрібних слів.
- Відчувати втрату інтересу до звичних занять.
- Відчувати зниження сексуального бажання та задоволення.
- Відчувати, що улюблені речі та заняття не приносять задоволення.
- Відчувати, що те, що ви робите, позбавлено сенсу.

- Несподівано чи безпричинно відчувати напруження, тривогу, страх.
- Відчувати труднощі в подоланні тривоги, занепокоєння.
- Відчувати тривогу/страх перед публічними виступами.
- Відчувати тривогу/страх під час користування метро, ліфтом, громадським транспортом.
- Відчувати занепокоєння у зв'язку з тим, що інші можуть подумати про Вас погано.
- Відчувати труднощі засипання та/чи ранні пробудження.
- Відчувати тривогу/страх під час розставання зі знайомими місцями, близькими людьми.
- Відчувати тривогу/страх, якщо змушені перебувати на самоті.
- Відчувати тривогу/страх у натовпі / закритих приміщеннях / громадських місцях.
- Відчувати труднощі у прийнятті рішень, зосередженні.
- Відчувати інтенсивний чи раптовий страх смерті / страх втрати контролю / страх висоти / відчуття нереальності.
- Відчувати несподівано серцебиття / тремтіння / пітливість / задишку / нудоту / запаморочення / непритомність.

- Спостерігати стурбованість інших осіб у зв'язку з вживанням Вами алкогольних напоїв.
- Вживати алкоголь або бути в стані сп'яніння під час роботи або виконання інших обов'язків.
- Не виходити на роботу із-за того, що вживали алкоголь або відчували сп'яніння.
- Мати проблеми у спілкуванні з іншими людьми, коли перебували в стані алкогольного сп'яніння.
- Отримувати травми, в той час коли перебували в стані алкогольного сп'яніння.
- Бути за кермом після вживання алкоголю.
- Думати про те, щоб покласти край вживанню алкогольних напоїв.
- Відчувати провини у зв'язку з вживанням алкогольних напоїв.
- Чути скарги, пов'язані з вживанням Вами алкогольних напоїв, поради покласти край вживанню алкоголю.
- Вживати такі наркотики, як марихуана, кокаїн, екстазі, ЛСД та ін.
- Вживати призначені лікарем або за власною ініціативою лікарські препарати чи інші засоби з метою розслаблення / зняття напруження / заспокоєння нервів / подолання болі / підвищення настрою.

Чи спостерігались відмічені вами прояви в один і той же період часу?

Наскільки серйозні проблеми викликав такий стан/ поведінка (проблеми на роботі, в сім'ї, з грошима, з законом, у стосунках з іншими):

- Не було проблем
- Незначні проблеми
- Середні проблеми
- Серйозні проблеми.

Обчислення та інтерпретація результатів

Обробка результатів першої частини скринінгу здійснюється для кожного блоку окремо і полягає у підрахунку стверджувальних відповідей. Сума стверджувальних відповідей за кожною шкалою вказує на ступінь відхилення відповідного емоційного стану від нормативних показників:

1) шкала гіпоманіакальних станів (М). Кількість стверджувальних відповідей до 4 свідчить про нормативний емоційний стан; 4 є критичним показником; більше 4 — доклінічні, більше 6 — клінічні зрушення емоційного стану;

2) шкала соматоформних станів (С). Кількість стверджувальних відповідей до 2 включно свідчить про нормативний емоційний стан; 3 відповіді є критичним показником; 4 і більше — доклінічні та клінічні зрушення емоційного стану;

3) шкала депресивних станів (Д). Одна стверджувальна відповідь вказує на нормативний емоційний стан; 2—3 є критичним показником; 4 і більше — доклінічні та клінічні зрушення емоційного стану;

4) шкала тривожних станів (Т). При нормативному емоційному стані стверджувальні відповіді відсутні; 1—2 є критичним показником; 3 і більше — доклінічні та клінічні зрушення емоційного стану;

5) шкала схильності до зловживання психоактивними речовинами (А). При нормативному емоційному стані стверджувальні відповіді відсутні; 1 і більше — доклінічні і клінічні прояви схильності до зловживання психоактивними речовинами.

В другій частині скринінгу стверджувальна відповідь на питання щодо синхронності патологічних проявів є характерною для доклінічних і клінічних зрушень емоційного стану. В питанні про інтенсивність проблем, викликаних зрушеннями емоційного стану, кожному наступному рівню проблем присвоюється 1 бал: не було проблем — 1 бал; незначні проблеми — 2 бали; середні проблеми — 3 бали; серйозні проблеми — 4 бали. Оцінка в 1 бал свідчить про нормативні емоційні стани; 2 бали є критичним показником; 3 і 4 бали — доклінічні і клінічні зрушення емоційного стану.

Список літератури

1. Анастаси А. Психологическое тестирование: Книга 1. — М.: Педагогика, 1982. — 320 с.
2. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. — К.: Здоров'я, 1986. — 280 с.
3. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності. — К.: Міленіум, 2004. — 265 с.
4. Кузнецов В. Н., Мазуренко М. А., Маляров С. А. та соавт. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи. — К., 2004. — 160 с.
5. Депрессивные расстройства / Кутько И. И., Стефановский В. А., Букреев В. И., Шестопалова Л. Ф. — К.: Здоров'я, 1992. — 152 с.
6. Пономаренко В. А. Профессиональное здоровье личного состава как категория боеготовности и боеспособности войск // Военно-медицинский журнал. — 1991. — № 3. — С. 54—57.
7. Словарь-справочник по психологической диагностике / Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. — К.: Наукова думка, 1989. — 200 с.
8. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности. — М.: ИПП-ИСП, 2000. — 512 с.
9. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: пер. с нем. / Ахим Бюль, Петер Цефель. — СПб.: ДиаСофтЮП, 2002. — 608 с.
10. Angst J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., Rösler W. Diagnostic issues in bipolar disorder // European Neuropsychopharmacology. — 2003. — V. 13. — P. S43—S50.
11. Angst J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., Rösler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania // Journal of Affective Disorders. — 2003. — V. 73. — P. 133—146.
12. Baldessarini R., Tondo L., Hennen J. Treatment Delays in Bipolar Disorders // Am. J. Psychiatry. — 1999. — V. 156, № 5. — P. 811—825.
13. Hirschfeld R. M. A. Bipolar Spectrum Disorder: Improving Its Recognition and Diagnosis // The Journal of Clinical Psychiatry. — 2001. — V. 62. — P. 5—9.
14. Lish J. D., Dime-Meenan S., Whybrow P. C., Price R. A., Hirschfeld R. M. A. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members // Journal of Affective Disorders. — 1994. — V. 31, № 8. — P. 281—294.
15. Viguera A. C., Baldessarini R. J., Tondo L. Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men // Bipolar Disorders. — 2001. — V. 3, № 5. — P. 245—252.

Надійшла до редакції 13.10.2006 р.

О. В. Матюха, О. В. Ничик

Экспресс-оценка аффективных нарушений: скрининг эмоционального состояния

Военно-медицинское управление СБ Украины (г. Киев)

Своевременное выявление эмоциональных нарушений имеет важное значение для профессиональной психодиагностики. Для экспресс-оценивания аффективных нарушений в условиях дефицита времени был создан скрининг эмоционального состояния. Он предназначен для одновременной оценки различных аффективных состояний, выявление диагностически важных хронологических взаимосвязей между ними и социально-значимыми последствиями. Цель исследования — апробация разработанного нами скрининга эмоциональных состояний, определение его валидности и надежности, оценка пригодности скрининга для тестирования эмоциональных нарушений, стандартизация на соответствующих клинических и профессиональных выборках. Стандартизация методики осуществлялась на репрезентативной разнополовой выборке численностью 318 лиц, в возрасте от 18 до 52 лет. Полученные результаты подтвердили надежность и валидность скрининга для оценки эмоциональных нарушений, что обеспечивает возможность его применения для изучения наличия гипоманиакальных, соматоформных, депрессивных, тревожных состояний, склонности к злоупотреблению психоактивными веществами при решении заданий клинической практики и профессиональной психодиагностики.

O. V. Matyukha, O. V. Nychyk

The express-assessment of affective disorders: a screening of emotional status

Military Medical Board of the Security Service of Ukraine (Kyiv)

A detection of emotional disorders timely is an important task for professional psychodiagnostics. For the express-assessment of affective disorders under conditions of time deficit a screening of emotional status was worked out. It is intended to assess simultaneously different affective conditions, to define diagnostically important chronological interrelations between them and social significant outcomes. The aim of investigation is an approbation of the screening of emotional status worked out by us, a detection of its validity and safety, an assessment of its application to test emotional disorders, a standardization on appropriate clinical and professional groups. The standardization of the method was performed on a representative group of different gender of 318 persons from 18 to 52 years old.

The results obtained support safety and validity of the screening to assess emotional disorders, that provide a possibility of its usage to study a presence of hypomaniac, somatoform, depressive, anxiety conditions, trends to psychoactive substance abuse in solving of tasks of clinical practice and professional diagnostics.