

Проблемы медицинской и консультативной психологии

Л. Ф. Бурлачук,
В. Н. Духневич,
Г. Р. Дубровинский

«Опросник общего здоровья»: предварительные итоги русскоязычной адаптации

В статье рассмотрены вопросы надежности и валидности «опросника общего здоровья» (General Health Questionnaire, GHQ), ставшего популярным в 1990-е гг. и стандартизированного во многих странах. Проведенное в 1999 г. исследование применимости опросника в Украине (на выборке более 500 испытуемых) показало целесообразность применения опросника GHQ в практике консультирования и психологической диагностики.

В ранее опубликованных статьях мы рассматривали вопросы надежности и валидности тех методик, которые достаточно популярны в СНГ. При этом мы стремились показать, что использование таких опросников, например, как 16 PF Кэттелла [3] или типа акцентуации личности Шмишека [2] без тщательной психометрической адаптации на отечественных выборках способствует возникновению у исследователя ложных диагностических ориентиров, упрочению дилетантского подхода [1], который, к сожалению, все еще не изжит в нашей практической психологии. Настоящая работа посвящена адаптации опросника, который широко известен за рубежом, но не применяется в СНГ, во всяком случае, в доступной нам литературе не удалось найти каких-либо публикаций об этой методике.

«Опросник общего здоровья» (General Health Questionnaire, GHQ) в списке наиболее часто цитируемых опросников за период 1990- 96 гг. занимал почетное первое место [7], переведен и стандартизирован во многих странах [9]. Позднее он входит в тройку наиболее известных, рядом с созданными Айзенком и Кэттеллом. Впервые был опубликован английскими психиатрами Дэвидом Голдбергом и Паулем Вильямсом в 1972 г. и предназначался для диагностики психологического благополучия, эмоциональной стабильности. В современном руководстве к опроснику [10] отмечается, что он разрабатывался как скрининговый тест, направленный на выявление психических расстройств среди стационар-

ных и амбулаторных пациентов непсихиатрических клиник. Подчеркнем, что GHQ не предназначен для клинической диагностики.

Остановимся на понятии психиатрического расстройства (psychiatric disorder), чтобы обозначить основные моменты, на которых строится данный диагностический инструмент. Существуют различные подходы к данной проблеме. Согласно одному из подходов, психиатрическими расстройствами являются те расстройства психологического функционирования, которые систематически описываются клиентами психиатров. Они описаны в десятой редакции «Классификации психических и поведенческих расстройств» (ICD- 10). Однако, в ICD- 10 [5] оказались в одном ряду такие расстройства, как, например, психотическая депрессия и заикание, шизофрения и ночные кошмары и т. д. Поэтому создатели теста столкнулись с двумя задачами:

1. Ограничение смыслового поля понятия «психиатрическое расстройство» таким образом, чтобы оно не было слишком широким и размытым;
2. Доказательство того, что существует общий фактор среди определённой области (группы) психиатрических расстройств.

Работа над GHQ начиналась с поиска тех характеристик, которыми психиатрические пациенты отличались от общей выборки индивидов, считающихся здоровыми. Хотя психиатрические пациенты сильно отличаются даже друг от друга, GHQ не направлен на выявление этих различий. Этот инструмент создавался для выявления различий именно между психологически здоровыми и нездоровыми людьми.

Многие авторы, помимо создателей опросника, предполагали наличие общей основы различных психиатрических расстройств. Так, Фолдс и Бедфорд [11] в качестве таковой считали т. н. «дистимические расстройства» - эмоциональное возбуждение, беспокойство и т. п. Суртис и Кенделл [12] попытались проверить это предположение на выборке из 400 пациентов одной из психиатрических больниц. У этих больных были разные диагнозы, но у 80% выборки обнаруживались сходные симптомы. Позднее подобные результаты были получены и другими исследователями. Поэтому многими зарубежными психиатрами принято считать, что «дистимические расстройства» являются одним из наиболее вероятных признаков психиатрического расстройства¹.

¹ Концепция единого психоза имеет давнюю историю. Отечественной психиатрией непреходящее значение этой концепции усматривается в том, что с ее помощью были выявлены общепатологические закономерности, свойственные всем психическим заболеваниям и обнаруживающиеся при анализе их клинической симптоматики и течения. В то же время полагается, что существование единого психоза как реальной болезни не доказано, а следование этой концепции ведет к антинозологизму, т. е. отрицанию существования отдельных форм психических заболеваний.

Опросник разрабатывался для консультативных целей. Он фокусируется скорее на «трещинах» в нормальном функционировании, нежели на чертах, свойствах личности, которые присущи человеку на протяжении всей его жизни. Опросник направлен на два больших класса феноменов: неспособность продолжать нормальное «здоровое» функционирование и проявление новых феноменов «дистрессовой» природы. Задания подбирались так, чтобы дифференцировать психиатрических пациентов от нормы («не болезни») и, таким образом, они скорее направлены на выявление крайних различий между нормой и расстройством, чем на определение места обследуемого на оси «норма - расстройство».

GHQ полагается очень чувствительным инструментом для определения временных расстройств, которые могут исчезнуть и без специального лечения.

Опросник не задумывался авторами для диагностики психозов, однако опыт его использования показывает, что это возможно. Вероятно, пациенты, страдающие психозом, также склонны испытывать дистресс, симптомы депрессии и тревоги, а задания опросника направлены именно на их обнаружение.

Авторы полагают, что опросник может использоваться как в категориальной, так и континуальной моделях психического расстройства. В первом случае это означает, что обследуемый по результатам тестирования будет отнесён либо к больным, либо к здоровым. Использование GHQ в соответствии с этой моделью может быть полезно в двух случаях: 1) для оценки распространенности заболевания в какой-то определённой популяции и 2) выявления случаев «скрытого психиатрического заболевания» в медицинских клиниках общего профиля. Те исследователи, которые предпочитают пользоваться континуальной моделью, могут использовать показатели GHQ для определения места индивида на оси «болезнь-здоровье» без отнесения конкретного случая к «болезни» или «норме».

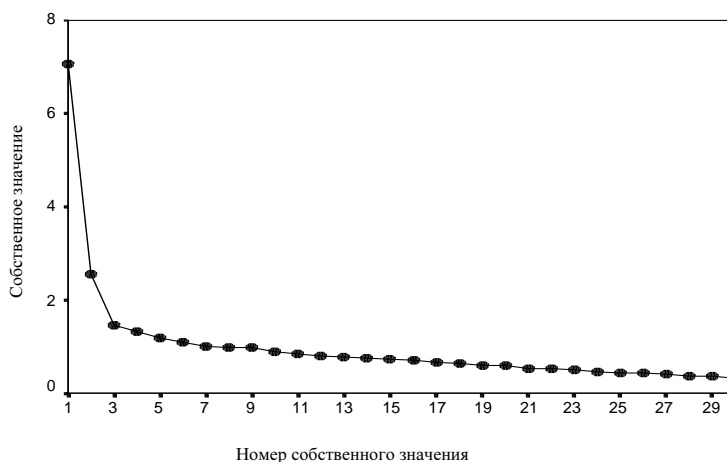
Часто важно сравнивать состояние психического здоровья в двух группах испытуемых, и это можно сделать с помощью GHQ без деления выборки на группы здоровых и имеющих заболевание. Во-первых, можно сравнивать выборки по показателям центральной тенденции (среднее, медиана) и дисперсии (стандартное отклонение и т. д.). Во-вторых, одну и ту же выборку можно изучать в различные временные периоды с целью определения изменений. И наконец, психические нарушения, определённые по показателям опросника, могут связываться с другими клиническими и социальными переменными в данной популяции.

Опросник имеет 4 параллельных формы. Прежде всего эти формы различаются по количеству вопросов. Наименьшее количество - 12 вопросов; наибольшее - 60. Две другие формы состоят из 28 и 30 вопросов. По данным авторов, с помощью формы GHQ- 12 диагностируется один фактор – общего здоровья. С помощью же GHQ- 28 - четыре, в результате «сложения» которых определяется фактор общего здоровья. Эти факторы были обозначены авторами опросника следующим образом: «соматические симптомы» (1), «тревожность и бессонница» (2), «социальные нарушения» (3), «сильная депрессия» (4). Относительно GHQ- 30 и GHQ- 60 можно отметить, что имеются разные данные об их факторной структуре. Так, в зависимости от специфики выборки, определялись от 3 до 8 факторов в опроснике из 60 заданий и от 4 до 5 для 30 заданий. Среди полученных факторов выделяли общий и субфакторы, к которым относились такие, как депрессия, тревожность, нарушения сна, соматические нарушения и социальное функционирование.

С помощью 2^х форм опросника GHQ - формы GHQ- 30 и GHQ- 60 (эти формы опросника содержат вопросы с 4 вариантами ответа, например, обследуемому необходимо указать, испытывает ли он страх или панику без особых на то причин; при этом он должен дать ответ, *оценивая свое состояние в последнее время*, т. е. не вообще, а в последние две- три недели) - было обследовано 528 испытуемых - солдат срочной службы ВСУ (Вооружённых Сил Украины). Исследование проводилось на базе учебной дивизии МО Украины летом 1999 года. Существенной особенностью выборки является то, что все обследуемые были мужчинами. Они заполняли обе формы одновременно, причем в первую неделю своего пребывания в ВСУ. Возраст испытуемых - от 18 до 24 лет. Средний возраст в выборке составил 18,4 лет. Среди испытуемых были 461 украинец (что составило 87. 3% от выборки), 45 русских (8. 5%) и 22 лица других национальностей (4. 2%). 213 человек являлись жителями сел (40. 4% от всех испытуемых), 63 - жителями посёлков городского типа (11. 9%) и 252 - жителями города (47. 7%). По образовательному признаку испытуемые распределились следующим образом: 204 (38. 6%) имели неполное среднее или среднее образование; 300 (56. 8%) - среднее специальное (ныне приравненное к высшему на уровне бакалавра); 24 (4. 5%) – полное высшее образование. Из них свою подготовку в соответствующем учебном заведении 182 человека (34. 5%) оценивают как посредственную, 320 (60. 6%) - как хорошую и 26 (4. 9%) - как отличную. В центральных областях Украины проживало 99 испытуемых (или 18. 8% от выборки), в восточных областях Украины - 63 (11. 9%), в западных регионах - 134 (25. 4%), на севере Украины - 131 (24. 8%) и на юге Украины - 101 (19. 1%). Обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS for Windows.

Перевод двух вышеупомянутых форм опросника на русский язык был первоначально оценен экспертами и после учета высказанных замечаний они были предложены испытуемым. Полученные данные были подвергнуты факторному анализу. Факторы извлекались методом главных компонент, оценка общностей производилась после выделения факторов. Решение о количестве факторов принималось на основании анализа диаграммы собственных значений - Scree-plot (см. график 1). На т.н. «графике осыпи» (процедура предложена Кэттеллом [8]) находилась точка перегиба, правее которой, как показали модельные эксперименты Кэттелла, обычно расположены «шумящие» факторы. Этот критерий позволяет выделить гораздо меньшее число факторов, чем используемый в большинстве статистических пакетов метод Кайзера, базирующийся на величине собственного значения фактора. Вращение факторов производилось методом Varimax с нормализацией по Кайзеру. Коэффициенты факторных весов были вычислены методом регрессии. Статистическая обработка производилась с помощью программы SPSS for Windows (версия 9. 0).

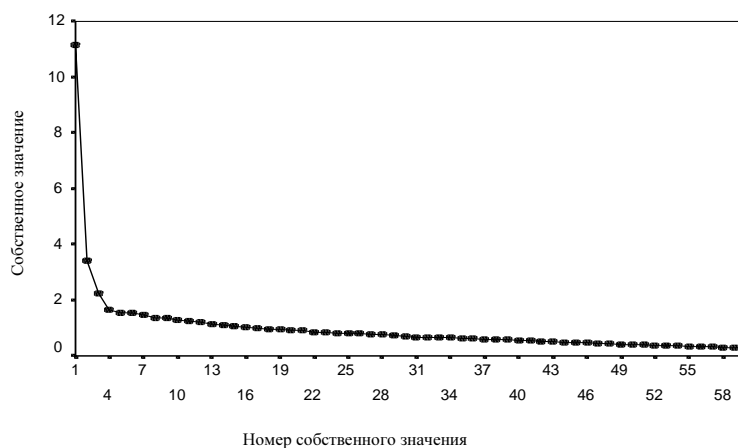
График 1. Зависимость величины собственного значения фактора от его порядкового номера для опросника, состоящего из 30 вопросов.



В качестве значимых рассматривались нагрузки заданий, которые по абсолютной величине превосходили 0,2. Такое граничное значение было принято в связи тем, что такая нагрузка, которая, как известно, представляет собой коэффициент корреляции задания и фактора, при данном объёме выборки является величиной значимой, так как помогает объяснить до 10% вариации. Как показывает опыт, установление бо-

лее высокого граничного значения приводит к резкому падению согласованности шкалы, особенно при кросс-валидации.

График 2. Зависимость величины собственного значения фактора от его порядкового номера для опросника, состоящего из 60 вопросов.



Таким образом, при факторизации формы опросника общего здоровья, включающей 30 вопросов, мы получили 3 фактора, которые были обозначены нами как:

1. *негативная эмоциональность (нейротизм);*
2. *удовлетворённость и психологическое благополучие в сфере деловой активности;*
3. *удовлетворённость и психологическое благополучие в сфере межличностной активности.*

При факторизации формы, включающей 60 вопросов, также были получены 3 фактора:

1. *фактор общего психологического здоровья*
2. *удовлетворённость и психологическое благополучие в сфере деловой активности;*
3. *негативная эмоциональность (нейротизм).*

Как следует из полученных результатов, в разных формах опросника обнаруживаются два идентичных фактора. Это, вероятно, связано с тем, что данные получены на одной и той же выборке.

Полученные результаты были оценены на внутреннюю согласованность с помощью формулы Кронбаха. Поскольку не существует формальных способов проверки гипотезы о равенстве 0 коэффициента

альфа Кронбаха [4,8], в своей работе мы использовали его лишь в качестве дескриптивной меры согласованности заданий исходных шкал. Если судить по имеющейся литературе [см., напр., 6], для шкал опросников с небольшим числом заданий чаще всего характерны значения коэффициента Кронбаха в диапазоне 0,6- 0,8.

Для опросника GHQ- 30 показатель внутренней согласованности составлял 0,8636. Для формы GHQ- 60 этот показатель равнялся 0,9136. При этом показатель альфа Кронбаха по отдельным факторам имел следующие значения. Для версии GHQ- 30:

- негативная эмоциональность (нейротизм) (13 заданий) – 0,8774;
 - удовлетворённость и психологическое благополучие в сфере деловой активности (11 заданий) – 0,7893;
 - удовлетворённость и психологическое благополучие в сфере межличностной активности (9 заданий) – 0,6574.
- Для версии GHQ- 60:
- фактор общего психологического здоровья (38 заданий) – 0,9142;
 - фактор психологического благополучия- неблагополучия в сфере деловой активности (32 задания) – 0,8678;
 - негативная эмоциональность (нейротизм) (32 задания) – 0,8278.

Как видим, показатели внутренней согласованности альфа Кронбаха являются значимыми для обеих форм опросника, что свидетельствует о гомогенности и надёжности полученных результатов.

В результате обследования были получены среднее и стандартное отклонение для GHQ- 30 и GHQ- 60 (см. табл. 1).

Таблица 1. Нормативные данные для опросников GHQ- 30 и GHQ- 60.

| Форма опросника и название фактора | Среднее | Стандартное отклонение |
|---|---------|------------------------|
| GHQ- 30 | | |
| Негативная эмоциональность (нейротизм) | 1,4550 | 0,3922 |
| Удовлетворённость и психологическое благополучие в сфере деловой активности | 1,8599 | 0,3069 |
| Удовлетворённость и психологическое благополучие в сфере межличностной активности | 1,8792 | 0,2825 |
| GHQ- 60 | | |
| Фактор общего психологического здоровья | 3,5731 | 0,2889 |
| Фактор психологического благополучия-неблагополучия в сфере деловой активно- | 3,3727 | 0,2682 |

| | | |
|--|--------|--------|
| сти | | |
| Негативная эмоциональность (нейротизм) | 1,9924 | 0,2629 |

В заключении авторы выражают уверенность в том, что опросник найдет свое применение прежде всего в практике консультирования, а также в такой новой для нас, но активно развиваемой в последние годы области психологической науки, как психология здоровья. Специалисты, заинтересованные в получении опросников и инструкций к ним, могут обратиться к авторам: psydiag@i.kiev.ua

Литература

1. Бурлачук Л. Ф. О дилетантстве в психологической диагностике // Вопросы психологии. – 1993 – №5 – С. 116.
2. Бурлачук Л. Ф., Духневич В. Н. Акцентуации личности: что диагностируем? // Вопросы психологии. – 1998. – №2. – С. 136– 143.
3. Бурлачук Л. Ф., Духневич В. Н. Исследование надежности опросника Р. Кэттелла 16 // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21. – №5. – С. 82– 95.
4. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов. Введение в психометрическое проектирование. – К.: ПАН Лтд, 1994.
5. Международная классификация болезней (10– й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К: Факт, 1999.
6. *Общая психодиагностика* /Под ред. А. А. Бодалёва, В. В. Столина. – М.: Изд– во Моск. ун– та, 1987.
7. Aiken L. R. Questionnaires and inventories. Surveying Opinions and Assessing Personality. – New– York, 1997.
8. Crocker L., Algina J. Introduction to classical and modern test theory. – University of Florida, 1986.
9. Krol B., Sanderman R., Moum T., Suurmeijer T., Doeglas D., Krjnen W., Robinson I., Briançon S., Bjelle A., Van den Heuvel W. A Comparison of the General Health Questionnaire– 28 Between Patients with Rheumatoid Arthritis from The Netherlands, France, Sweden and Norway // European Journal of Psychological Assessment. – 1994. – Vol. 10. – No. 2. – P. 93– 102.
10. Goldberg D., Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. – NEFR– NELSON, 1998.
11. Foulds G., Bedford, A. Hierarchy of classes of personality illness // Psychological Medicine. – 1975. – 5. – P. 181– 92.

12. *Surtees, P. G., Kendell, R. E.* The hierarchy model of psychiatric symptomatology: an investigation based on Present State Examination ratings // *British Journal of Psychiatry*. - 1979. - 135. - P. 438-43.