



Kharkiv National
University of Internal
Affairs, Kharkiv,
Ukraine



Zaporizhzhia State
Medical University,
Zaporizhzhia,
Ukraine



Wayne State University,
Detroit, USA



University of
Michigan, Ann Arbor,
USA

Харківський національний університет внутрішніх справ, м. Харків, Україна
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна
Університет Вейна, Детройт, Мічиган, Сполучені Штати Америки
Мічиганський Університет, Єнн Арбор, Мічиган, Сполучені Штати Америки

Психіатрія та наркологія. Інструменти вимірювання залежностей

Навчальний посібник

За редакцією доцента О. О. Сердюка, професора В. В. Чугунова

<https://doi.org/10.32631/msu2022>



Харків – Запоріжжя
2022

*Навчальний посібник рекомендований до видання
Вченою радою Запорізького державного медичного університету
(протокол № 15 від 01 грудня 2021р.)*

*Навчальний посібник рекомендований до видання
Вченою радою Харківського національного університету внутрішніх справ
(протокол № 6 від 29 червня 2022р.)*

Рецензенти:

М. О. Овчаренко – завідувач кафедри психіатрії та наркології Луганського медичного університету (м. Рубіжне), доктор медичних наук, професор, директор КНП Луганської обласної ради "Центр психічного здоров'я".

І. В. Лінський – директор Державної установи «Інститут неврології психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», завідувач відділу невідкладної психіатрії та наркології, член-кореспондент НАМН України за спеціальністю «психіатрія і наркологія», доктор медичних наук, професор.

П86

Психіатрія та наркологія. Інструменти вимірювання залежностей: навч. посіб. / [кол. авт.], за ред. О. О. Сердюка, В. В. Чугунова ; Харків. нац. ун-т внутр. справ ; Запорізьк. держ. мед. ун-т ; ун-т Вейна ; Мічиган. ун-т. – Харків - Запоріжжя, 2022. – 272 с.
ISBN 978-966-610-260-0

Посібник Інструменти Вимірювання Залежностей (Measurement of Substance Use and Abuse) – розроблений для ознайомлення з широким спектром інструментів вимірювання залежної поведінки, методів їх конструювання і принципів застосування. Знайомить з етичними та правовими аспектами вимірювання та діагностики хімічних залежностей, сучасними підходами до класифікації поведінкових розладів внаслідок вживання хімічних речовин у DSM та МКХ, методичними та методологічними принципами вимірювання залежної поведінки, зокрема методами математичної статистики, що лежать в основі стандартизації та адаптації діагностичних методик (надійність, валідність, кореляційний та факторний аналіз), комплексними та специфічними інструментами діагностики та вимірювання залежної поведінки. Посібник відповідає однойменному електронному курсу, що є другим у навчальному циклі "Адиктивна поведінка", розрахованим на вивчення після ознайомлення з ввідним курсом "Методи дослідження залежностей". Навчальний посібник містить матеріали, які відповідають змісту курсу, викладені українською мовою, а також qr-посилання на мультимедійний супровід та додаткові матеріали.

Курс розраховано на лікарів-інтернів спеціальностей «Медицина» та «Педіатрія», студентів-психологів, а також всіх кого цікавить проблематика залежної поведінки.

УДК 616.89-008.441.1-072.8(075.8)

© Колектив авторів, 2022

© Харківський національний університет внутрішніх справ, 2022

© Запорізький державний медичний університет, 2022

© Університет Вейна, 2022

Колектив авторів:

Бурлака В. В. – доктор філософії (PhD) з соціальної роботи та психології, Школа соціальної роботи Університету Вейна (Детройт, Мічиган, Сполучені Штати Америки) – Тема 3;

Виглазова О. В. – кандидат медичних наук, асистент кафедри клінічної неврології психіатрії та наркології, медичного факультету Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна (м. Харків, Україна) – Тема 2;

Григорян А. З. – кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя, Україна) – Теми 9-12;

Гук Г. В. – асистент, PhD-аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя, Україна) – Тема 1;

Єфименко С. О. – старший викладач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя, Україна) – Тема 12;

Засєда Ю. І. – доктор медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя, Україна) – Тема 13;

Казаків В. Є. - кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, наркології та неврології Луганського державного медичного університету (м. Рубіжне, Україна) – Тема 14;

Каніщев А. В. – кандидат медичних наук, лікар - судово-психіатричний експерт вищої кваліфікаційної категорії, судовий експерт першого кваліфікаційного класу, провідний науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ, Україна.) – Тема 1.3;

Кругляченко О. Д. – асистент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету (м. Одеса, Україна.) – Теми 9-14;

Курило В. О. – доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя, Україна) – Тема 10;

Мосейко О. В. – кандидат медичних наук, лікар-психіатр – Тема 1;

Сафонов Д. М. – кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя, Україна) – Тема 5;

Сердюк О. О. – кандидат соціологічних наук, доцент, завідувач науково-дослідної лабораторії з проблем психологічного забезпечення правоохоронної діяльності Харківського національного університету внутрішніх справ (м. Харків, Україна) – Теми 4-7

Столяренко А. М. – кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя, Україна) – Тема 6;

Ткач Б. М. – доктор психологічних наук, старший науковий співробітник Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України (м. Київ, Україна.) – Теми 9-12;

Чугунов В. В. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя, Україна) – Тема 11;

Юрченко О. Ю. – кандидат медичних наук (PhD), старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології у Державній установі «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (м. Харків, Україна) – Тема 8.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	9
Тема 1. Етичні та правові питання	10
1.1. Введення: принципи етичних положення в галузі медичних, соціальних та поведінкових досліджень	10
1.1.1. Чому етичні питання важливо обговорювати?	10
1.1.2. Огляд ключових подій в контексті біомедичних досліджень	11
1.1.3. Огляд ключових подій в соціальних та поведінкових дослідженнях	14
1.1.4. Розвиток діяльності з регулювання дослідницької етики	16
1.1.5. Незалежне, об'єктивне оцінювання дизайну дослідження Комісія з питань біоетики (IRB).	20
1.2. Алгоритм дій з попередження ризикованої / неправомірної поведінки в процесі дослідження	19
1.2.1. До початку дослідження або на «підготовчому етапі»	20
1.2.2. У процесі виконання дослідження	20
1.3. Нормативно-правова регламентація етичних аспектів біомедичних досліджень	28
1.3.1. Міжнародні документи з питань біомедичної етики	28
1.3.2. Етичні аспекти біомедичних досліджень в українському законодавстві	29
1.3.3. Лікарська таємниця у законодавстві України. Законні підстави для розголошення лікарської таємниці	31
Тестові завдання до ТЕМИ 1	34
Тема 2. DSM-5 та МКХ-10	39
2.1. Вступ	39
2.2. Діагностичні критерії	40
2.3. Різниця між зловживанням психоактивною речовиною та залежністю від психоактивної речовини	45
2.4. Діагностика розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин.	45
2.5. Співвідношення між DSM-5 та МКХ-10	48
Тестові завдання до ТЕМИ 2	49
Тема 3. Форми вимірювання вживання, зловживання та залежності	52
3.1. Роль теорії у вимірюванні	52
3.2. Стандартизовані інструменти	53
3.3. Нестандартизовані інструменти	54
3.4. Зв'язок між формами оцінювання вживання, зловживання та залежності від психоактивних речовин та цілями використання даних	56
3.4.1. Скринінги в закладах охорони здоров'я та освіти	58
3.4.2. Вимірювання в наркологічній службі (соціально-психологічний та психіатричний нагляд)	59
3.4.3. Епідеміологічні дослідження	60
3.4.4. Психологічні та соціологічні дослідження	61
3.4.5. Дослідження ефективності втручань та лікувально-профілактичних програм	61
Тестові завдання до ТЕМИ 3	63
Тема 4. Шкали та показники	64
4.1. Шкали вимірювання та тип інформації, яка ними вимірюється	64
4.1.1. Номінальні шкали	64
4.1.2. Порядкові шкали	65
4.1.3. Інтервальні шкали	65
4.1.4. Абсолютні шкали	66

4.2. Помилки у вимірюванні	68
Тестові завдання до ТЕМИ 4	70
Тема 5. Надійність	72
5.1. Методи оцінювання надійності	72
5.1.1. Міжекспертна перевірка	72
5.1.2. Тестова-Ретестова перевірка	73
5.1.3. Метод розщеплення інструментарію	73
5.1.4. Внутрішня узгодженість - Коефіцієнт α Кронбаха	73
5.2. Аналіз надійності в SPSS	74
Тестові завдання до ТЕМИ 5	80
Тема 6. Валідність	83
6.1. Вимірювання валідності	83
6.1.1. Очевидна (зовнішня) валідність	83
6.1.2. Змістовна валідність	84
6.1.3. Конструктна валідність	84
6.1.4. Критеріальна валідність	84
6.2. Кореляції та їх аналіз в програмі SPSS	85
6.2.1. Коефіцієнт кореляції r Пірсона	86
6.2.2. Критерій незалежності χ^2 -квадрат Пірсона	89
6.2.3. p -рівень значимості (p -value)	89
6.2.4. Коефіцієнти F Пірсона та V Крамера	89
6.2.5. t -критерій (t -test)	89
6.2.6. Дисперсійний аналіз – метод ANOVA	90
Тестові завдання до ТЕМИ 6	92
Тема 7. Факторний аналіз	95
7.1. Цілі та завдання факторного аналізу	95
7.2. Етапи факторного аналізу (в програмі SPSS)	96
7.2.1. Обчислення кореляційної матриці для всіх змінних, що беруть участь в аналізі	96
7.2.2. Виділення факторів (КМО – коефіцієнт вибіркової адекватності Кайзера - Мейєра – Олкіна, Критерій сферичності Бартлетта)	98
7.2.3. Обертання факторів для створення спрощеної структури	99
7.2.4. Інтерпретація факторів	102
7.3. Приклад: побудова 2-х факторної та 3-х факторної моделі мотивації вживання алкоголю в SPSS	102
Тестові завдання до ТЕМИ 7	108
Тема 8. Комплексні діагностичні інструменти	110
8.1. Класифікація інструментів оцінки	110
8.2 Основні характеристики структурованих психіатричних інтерв'ю.	113
8.2.1. Шкала оцінки психічного статусу	114
8.2.2. Схема діагностичного інтерв'ю	115
8.2.3. Композитне міжнародне діагностичне інтерв'ю (The Composite International Diagnostic Interview - CIDI)	116
8.2.4. Короткий міжнародний нейропсихіатричний опитувальник (Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI)	117
8.2.5. Діагностична шкала для виявлення афективних розладів і шизофренії (The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - SADS)	118
8.2.6. Структуроване клінічне інтерв'ю за DSM (Structured Clinical Interview for DSM – SCID)	119
8.2.7. Оцінка психічних розладів на рівні первинної медичної допомоги (Primary Care Evaluation of Mental Disorders - PRIME-MD)	120

8.2.8. Система діагностики на основі симптомів для первинної медичної допомоги (<i>Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care - SDDS-PC</i>)	120
8.3 Інтерв'ю для роботи із дітьми	121
8.3.1. Порядок діагностичного інтерв'ю для дітей (<i>Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)</i>)	122
8.3.2. Діагностичне інтерв'ю для дітей і підлітків IV (<i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-IV)</i>)	124
8.3.3. Діагностична шкала для виявлення афективних розладів і шизофренії у дітей шкільного віку (<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)</i>)	124
8.4 Інтерв'ю для діагностики адиктивної поведінки (<i>Detailed and Diagnostic Measures of addictive behaviors</i>)	125
8.4.1. Анкета для виявлення патернів вживання алкоголю та наркотиків у минулому та у поточний час (<i>Drinking and Drug History and Current Use Patterns questionnaire</i>)	125
8.4.2. Анкета для виявлення патернів вживання алкоголю та наркотиків дітьми у минулому та у поточний час (<i>Drinking and Drug History and Current Use Patterns children's questionnaire</i>)	125
8.4.3. Композитне міжнародне діагностичне інтерв'ю (<i>The Composite International Diagnostic Interview - CIDI</i>)	125
8.4.4. Короткий міжнародний нейропсихіатричний опитувальник (<i>Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI</i>)	126
8.4.5. Схема діагностичного інтерв'ю (<i>Diagnostic Interview Schedule - DIS</i>)	127
8.4.6. AUDADIS	127
8.4.7. Система AUDIT-подібних тестів	129
Тестові завдання до ТЕМИ 8	143
Тема 9. Короткі інструменти для скринінгу зловживання ПАВ. Частина 1	130
9.1. CRAFFT Швидкий 5-елементний скринінг на алкоголь і наркотики	133
9.2. AUDIT-C Тест на виявлення порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю	136
9.3. DUDIT-E Розширений тест для самозвіту про наявність наркологічних розладів: надійність, валідність та мотиваційний індекс	137
9.4. Тест на виявлення порушень вживання канабісу — переглянутий CUDIT-R	139
Тестові завдання до ТЕМИ 9	131
Тема 10. Короткі інструменти для скринінгу зловживання ПАВ. Частина 2	145
10.1. ASSIST-Lite. Швидкий скринінг-тест на алкоголь, паління і вживання психоактивних речовин	145
10.2. RAPI (Rutgers Alcohol Problem Index). Скринінг наслідків вживання алкоголю підлітками	150
10.3. YAACQ / B-YAACQ (Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire). Скринінг наслідків вживання алкоголю молоддю	153
10.4. MACQ / B-MACQ (Marijuana Consequences Questionnaire). Скринінг наслідків вживання марихуани	158
10.5. NIAAA Скринінг вживання алкоголю та коротка інтервенція для молоді: практичний посібник (<i>Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioners Guide</i>)	163
10.6. NIAAA Скринінг вживання алкоголю та коротка інтервенція для дорослих: короткий посібник (<i>Pocket Guide for Alcohol Screening and Brief Intervention</i>)	166

10.7. SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment). Скринінг, коротке втручання та скерування на лікування (перенаправлення)	169
Тестові завдання до ТЕМИ 10	171
Тема 11. Конструкти пов'язані з вживанням речовин	173
11.1. Очікування на ефект дії речовини	173
11.1.1. AEFQ Опитувальник алкобольних ефектів. <i>Alcohol Effects Questionnaire (AEFQ; Rohsenov, 1983)</i>	173
11.1.2. AEQ Опитувальник очікувань від алкоголю. <i>Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ; Brown et al., 1980)</i>	175
11.1.3. MEEQ-B Опитувальник очікуваних ефектів марихуани. <i>Marijuana Effect Expectancy Questionnaire (MEEQ-B; Torrealday et al., 2008)</i>	177
11.2. Самоефективність	178
11.2.1. SCQ Опитувальник ситуаційної впевненості. <i>Situational Confidence Questionnaire</i>	179
11.2.2. DTCQ Опитувальник довіри до наркотиків. <i>Drug taking Confidence Questionnaire</i>	180
11.3. Мотиви вживання	182
11.3.1. DMQ-R SF Переглянута коротка форма Опитувальника мотивів вживання алкоголю. <i>Drinking Motive Questionnaire Revised Short Form</i>	183
11.3.2. CMMQ Комплексний опитувальник мотивів вживання марихуани. <i>Comprehensive Marijuana Motives Questionnaire</i>	184
11.4. Готовність до змін	186
11.4.1. RTCQ Опитувальник готовності до змін. <i>Readiness to Change Questionnaire (RTCQ; Rollnick et al., 1992)</i>	186
11.4.2. SOCRATES Опитувальник оцінки стадії готовності до змін та лікування. <i>Stages of Change Readiness and Treatment Scale (SOCRATES; Miller & Tonigan, 1996)</i>	191
11.4.3. URICA Опитувальник Університету Род-Айленду з оцінки змін. <i>University of Rhode Island Change Assessment</i>	192
11.4.4. Інструмент визначення готовності до змін щодо зниження вживання та підвищення використання презервативів. <i>Readiness to Change Rulers for Decreased Drinking and Increased Condom Use</i>	194
Тестові завдання до ТЕМИ 11	196
Тема 12. Інструменти оцінювання коморбідної поведінки (Частина 1).	
Демографія та інтерналізація	198
12.1. Соціально-демографічні чинники	198
12.2. Депресія. PHQ-9 та PHQ-2	198
12.3. Тривожність. GAD-7 та GAD-2	200
12.4. ПТСР – посттравматичний стресовий розлад	201
12.4.1. <i>Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей</i>	203
12.4.2. <i>Шкала PCL для DSM-IV</i>	205
12.5. CSDC-SF. Шкала стресових розладів для дітей	207
12.6. DERS-SF. Шкала труднощів у регулюванні емоцій. Коротка форма	207
12.7. Копінг	209
Тестові завдання до ТЕМИ 12	213
Тема 13. Інструменти оцінювання коморбідної поведінки (Частина 2).	
Екстерналізована поведінка	215
13.1. Деліквентна поведінка та правопорушення	216
13.1.1. ASR Самозвіт для дорослих	217
13.1.2. YSR Самозвіт для молоді	218
13.1.3. YADQ Опитувальник керування автомобілем у стані сп'яніння для молоді (Донован, 1992)	219

13.2. Контроль імпульсивності. Гіперактивність	220
13.2.1. <i>BIS Шкала імпульсивності Barratt (BIS; Spinella, 2007)</i>	221
13.3. Жорстокість та агресія	223
13.3.1. <i>IBS Іллінойська шкала булінеу: шкільний варіант. (Illinois Bully Scale, Espelage & Holt, 2001)</i>	224
13.3.2. <i>CADRI Опитувальник вивчення конфліктів під час побачень (інтимних стосунків) для підлітків. (CADRI – Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory, Wolfe et al., 2001)</i>	226
Тестові завдання до ТЕМИ 13	230
Тема 14. Інструменти оцінювання коморбідної поведінки (Частина 3).	
Вплив сім'ї	232
14.1. Сімейні процеси і структури	232
14.2. Сімейні комунікації	234
14.3. <i>FACES-IV – Family Adaptation and Cohesion Scales-IV.</i>	
Шкала сімейної гнучкості та згуртованості	235
14.4. <i>IDS – Опитувальник ситуацій вживання алкоголю</i>	240
14.5. <i>IDTS – Опитувальник ситуацій вживання наркотиків</i>	246
14.6. Соціальні мережі. <i>BASDA – Швидка оцінка вживання алкоголю у соціальному оточенні</i>	250
Тестові завдання до ТЕМИ 14	252
Рекомендована література	253
Глосарій статистичних термінів	254
Використана література	261
Відповіді на тестові завдання	271

ПЕРЕДМОВА

Посібник «Інструменти вимірювання залежностей» є важливим змістовним доповненням до основних навчальних матеріалів, застосовуваних за навчальними програмами «Психіатрія та накрологія» в навчальному процесі вітчизняних студентів і студентів - іноземних громадян медичних факультетів спеціальностей «Медицина», «Педіатрія», а також спеціальностей «Психологія» та «Соціологія». Основною метою створення посібника стало формування клінічного та дослідницького мислення, діагностики психічних та поведінкових порушень внаслідок вживання алкоголю, тютюну та інших психоактивних речовин, ознайомлення та оволодіння широким спектром інструментів вимірювання залежної поведінки, заохочення серед студентів дослідницького інтересу, оволодіння навичками безпосереднього обстеження пацієнтів та груп ризику, а також опанування методів конструювання та впровадження скринінгових та клінічних досліджень. Окрім того, посібник знайомить з етичними та правовими аспектами виявлення, діагностики хімічних залежностей, сучасними підходами до класифікації поведінкових розладів внаслідок вживання хімічних речовин за критеріями DSM та МКХ, методичними та методологічними принципами вимірювання залежної поведінки. Зокрема, в посібнику викладено теоретичні відомості та практичні алгоритми роботи сучасними методами математичної статистики, що лежать в основі стандартизації та адаптації діагностичних методик (надійність, валідність, кореляційний та факторний аналіз), комплексними та специфічними інструментами діагностики та вимірювання залежної поведінки. В посібнику наведено найбільш розповсюджені методики вимірювання та діагностики хімічних залежностей, а також особливості їх застосування та інтерпретації отриманих результатів. Рівень доступності та викладу матеріалу є таким, що підходить для студентів. Разом з тим, з огляду на універсальність та актуальність матеріалу посібнику, слід зазначити, що теоретичне ознайомлення та можливості практичної імплементації (зокрема, такої, що стосується дизайну та реалізації власних досліджень, безпосередньої роботи з діагностичними інструментами) може бути актуальною і для вищих освітніх рівнів, наприклад, при підготовці лікарів-інтернів, аспірантів та здобувачів, в освіті курсантів (в контексті безперервного професійного розвитку) та інших суміжних фахівців.

Цей посібник є альтернативним викладом однойменного курсу, другого у навчальному циклі «Адиктивна поведінка», що розрахований на вивчення після ознайомлення з вступним курсом «Методи дослідження залежностей». Він містить 14 навчальних тем, згрупованих в три змістовних блоки. Традиційний виклад більшості тем супроводжується інтерактивними посиланнями у вигляді qr-кодів, за якими читач може проглянути відповідні відеолекції від авторського колективу курсу та отримати доступ безпосередньо до онлайн-курсу й додаткових матеріалів, рекомендованих авторами для засвоєння.

Додатковою, але не другорядною метою створення посібнику є, безпосередньо, профілактика проблем, викликаних вживанням алкоголю, тютюну та інших психоактивних речовин. Авторський колектив розраховує на підвищення самосвідомості та колективної свідомості, привернення уваги до соціальних, поведінкових, психологічних чинників, що мають відношення до етіопатогенезу залежностей, привертає високу увагу до раннього виявлення вживання психоактивних речовин (представлено багато інструментів є орієнтованими на молодь, дітей або адаптованими для цих контингентів), сподіваючись, що фактор психоедукації та професійної обізнаності із зазначеної проблематики буде мати профілактичну та оздоровлюючу дію серед студентської молоді.

Тема 1. Введення: принципові етичні положення в галузі медичних, соціальних та поведінкових досліджень. Алгоритми дій до, під час та після того, як було виявлено ризиковані / неправомірні дії

1.1. Введення: принципові етичні положення в галузі медичних, соціальних та поведінкових досліджень

Відео 1.1. Дослідницька етика:

<https://youtu.be/yo2pgUjQt8M>



1.1.1. Чому етичні питання важливо обговорювати?

Низка голосних скандалів та дискусій з приводу дотримання етичних стандартів та прав людини в біомедичних, а також соціальних та поведінкових дослідженнях стало підґрунтям та рушійною силою до розробки відповідних регулюючих механізмів та нормативних актів. Поміж питань, що викликають соціальне занепокоєння з приводу досліджень та, по суті, окреслюють область аспектів, підлеглих врегулюванню, варто зазначити наступні:

- ✓ важливість дотримання основних етичних принципів, які супроводжують участь людей у якості суб'єктів дослідження;
- ✓ необхідність незалежного, об'єктивного рецензування досліджень;
- ✓ потреба у збереженні суспільної довіри до досліджень, в яких беруть участь люди.

Видатний давньоримський лікар та науковець Авл Корнелій Цельс висловлював таку думку стосовно проведення медичних дослідів над засудженими злочинцями в Давньому Єгипті: «Немає жорстокості в тому, щоб піддати стражданням кількох злодіїв, якщо це може принести користь сотням безвинних людей протягом усіх наступних століть». Наведена цитата стала гаслом, яке типово використовувалось на захист небезпечних досліджень. Втім, і етичні стандарти, і нормативне регулювання досліджень, суб'єктом яких виступає людина, зазнали значних змін з часів Цельсу.

Матеріал присвячено саме обговоренню еволюції етичних поглядів та їх впливового внеску у галузь досліджень, в яких піддослідними є люди, та пошуку відповідей на основні питання: як слід або не слід поводитися дослідникам? за якими критеріями визначити, може чи не може бути проведеним дослідження?

Розуміння принципів положень та засад дослідницької етики надає нам багато переваг, основні з яких це:

- володіння структурою, механізмами та інструментами для проведення аналізу дослідження та прийняття адекватного рішення;
- неухильне дотримання прав людей, які виступають у якості суб'єктів дослідження;
- контроль та нагадування для виконавців дослідження про дотримання цих прав.

1.1.2. Огляд ключових подій в контексті біомедичних досліджень

Присвячено розгляду основних подій, які призвели до розвитку актуальних положень в системі регулювання та сучасного розуміння безпеки в сфері біомедичних і, водночас, в соціальних/поведінкових дослідженнях, де суб'єктом виступає людина.

Нюрнберзький кодекс

Наприкінці Другої світової війни 23 фашистських лікарів і вчених було притягнуто до кримінальної відповідальності за вбивство в'язнів у концентраційних таборах, яких було використано в якості суб'єктів досліджень. Під час судового розгляду стало зрозуміло, що на той час не існувало жодних загальноприйнятих стандартів щодо проведення досліджень за участю людей. На цій підставі суд встановив, що він не може засудити обвинувачених у порушенні прав суб'єктів дослідження. Проте суд підтримав звинувачення 15 з 23 обвинувачених у вбивстві. 7 осіб було засуджено до смертної кари шляхом повішення, 8 осіб було призначено до тюремного ув'язнення терміном 10 років, стосовно 8 обвинувачених було винесено виправдувальні вироки. З метою заповнення прогалини, існуючої в галузі правових стандартів, регулюючих регламент проведення досліджень з залученням людей в якості суб'єктів, у змісті судового рішення було викладено десять пунктів, які описували принципові положення стосовно проведення досліджень з залученням людей. Ці пункти отримали назву **Нюрнберзький кодекс**. Узагальнений зміст його нагадував практичне керівництво для дослідників та містив наступні тези.

1. Важливо отримати інформовану згоду учасника на участь у дослідженні.

2. Дослідження повинні базуватися на попередній роботі з тваринами.

3. Можливі ризики повинні бути обґрунтовано виправданими у порівнянні з очікуваними вигодами.

4. Дослідження повинні проводитися лише вченими з відповідною кваліфікацією.

5. Необхідно уникати фізичних та психічних страждань учасників дослідження.

6. Заборонено проводити дослідження, в ході яких можливе настання летального наслідку або інвалідизуючого ушкодження людського організму.

Гельсінська декларація

У 1964 році Всесвітня медична асоціація розробила кодекс дослідницької етики, що став відомим як Гельсінська декларація. Її було створено шляхом переосмислення Нюрнберзького кодексу з огляду на специфіку медичних, зокрема - клінічних досліджень, метою яких виступала розробка лікувальних методів та засобів. Згодом редакції медичних періодичних видань стали вимагати від дослідників дотримання правил, висвітлених у Декларації, при проведенні досліджень. По суті, цей документ став фундаментальною основою для запровадження роботи експертних рад організацій (IRB) та проходження планованих медичних досліджень відповідної процедури розгляду комісією з питань біоетики.

Стаття Бічера

16 червня 1966 року в журналі *The New England Journal of Medicine* лікар-анестезіолог, професор *Henry K. Beecher* опублікував статтю з назвою «Етика та клінічні дослідження», що описує 22 приклади досліджень з суперечливою етикою, які були проведені авторитетними дослідниками та опубліковані у відомих фахових журналах. *Beecher* написав: «*медицина є наукою про здоров'я, прогрес у якій,*

досягається переважно здоровими методами», при цьому автор зауважив, допоки неетичні дослідження не будуть заборонені, вони можуть «завдати великої шкоди медицині». Веечер надав кількісні оцінки числа етично неприйнятних досліджень і зробив висновок, що «дослідження, етика в яких не дотримана або розцінюється як суперечлива, не є рідкісними». Стаття Бічера відіграла важливу роль у підвищенні обізнаності дослідників, громадськості та преси щодо проблеми неетичних досліджень із залученням людей. *"До цієї статті ми припускали, що неетичні дослідження можуть відбуватися тільки при такому злочинному режимі, як нацистський,"* - Роберт Дж. Левін, доктор медичних наук (з особистого листування).

Дослідження сифілісу Державної системи охорони здоров'я США (1932-1971рр.)

Одною з засадоутворюючих подій у розробці поточної законодавчої бази стосовно етики медичних досліджень стало дослідження сифілісу, ініційоване та фінансоване Державною системою охорони здоров'я США у 1932 – 1972 роках, так зване «Дослідження сифілісу в м.Таскігі». Розроблене із заявленою метою розробити доступне лікування сифілісу для афроамериканських чоловіків, дослідження вже на момент початку було сумнівним з боку дотримання етики, адже у 30-ті роки ХХ століття ефективного лікування сифілісу ще не було відомо. Після того, як державне фінансування розробки доступних ліків було припинено в роки Великої депресії, даний проект перетворився на дослідження природнього розвитку захворювання. На той момент до дослідження було залучено кілька сотень чоловіків з сифілісом та кілька сотень здорових чоловіків (які сформували контрольну групу). Їм пропонувалась компенсація витрат на проїзд до лікарні, харчування в лікарні та лікування легких захворювань. Водночас, чоловіків набирали без їхньої інформованої згоди, навмисно дезінформували про необхідність деяких процедур, наприклад, люмбальної пункції, яку називали «особливим діагностичним заходом». Вже після встановлення ефективності та безпечності пеніциліну у лікуванні сифілісу у 1940-х роках, ця інформація приховувалась від досліджуваних, чоловікам відмовляли у застосуванні антибіотику. З метою виключити доступ залучених до експерименту чоловіків до стандартного лікування у військових або муніципальних клініках, дослідники уклали відповідні домовленості з місцевою владою та лікувальними закладами, щоб запобігти призову чоловіків, і повідомили учасників, що якщо вони добровільно підуть на військову службу, вони більше не отримуватимуть фінансової компенсації за участь у дослідженні. Вчені продовжували спостерігати за піддослідними до 1972 року, коли в національній пресі з'явилися повідомлення про скандальний характер проекту. Результатом дослідження стало 28 смертей, 100 випадків інвалідності та 19 випадків вродженого сифілісу.

Основними порушеннями дослідницької етики в таскігському дослідженні стали:

- відсутність інформованої згоди учасників дослідження;
- введення в оману шляхом надання неправдивої інформації учасникам;
- укриття достовірної інформації від досліджуваних;
- утримання досліджуваних від доступного лікування;
- загроза для здоров'я та життя учасників дослідження та членів їх сімей;

– використання в якості суб'єктів вразливої групи населення за відсутності вигоди для них від участі у дослідженні.

Сучасні прецеденти. Протягом останніх років повідомлення про порушення етики у галузях генної інженерії, онкологічних та психіатричних дослідженнях та психіатричні дослідження, сприяли ще більшому занепокоєнню громадськості з цих питань.

Смерть здорового волонтера

31 березня 1996 року 19-річна американська студентка азіатського походження з університету Рочестера відгукнулася на запрошення до дослідження, в якому суб'єктам пропонувалося пройти бронхоскопію з метою забору для дослідження альвеолярних макрофагів. Процедура бронхоскопія була важкою, в ході неї виникла потреба у багаторазовому повторному місцевому застосуванні лідокаїну. Дослідники повторно кілька разів запитували дівчину, чи хоче вона продовжувати, у відповідь та кивала головою, на знак згоди. Дослідження було завершено, але учасниця дослідження повернувся до лікарні зі станом зупинки серцевої діяльності внаслідок передозування лідокаїну та померла 2 квітня 1996 року. Вивчення обставин цієї смерті показало, що у протоколі проведення дослідження не було задокументовано обмеження максимально допустимої кількості повторних доз лідокаїну, за пацієнткою не було встановлено медичного нагляду після бронхоскопії, і що концентрацію лідокаїну було збільшено без узгодження з IRB.

Летальний випадок у дослідженні з генної терапії

Восени 1999 року 18-річний Джессі Гелсінгер помер у результаті його участі у клінічному дослідженні Пенсільванського університету з генної інженерії. Джессі мав рідкісне порушення обміну речовин, синдром недостатності орнітинтранскарбамілази (ОТК), який коригувався за допомогою ліків та дієти. Дослідники тестували інноваційну технологію лікування за допомогою переносу генів аденовірусу. Невдовзі після лікування у Джессі Гелсінгер розвинулася поліорганна недостатність із смертельним наслідком. Цей випадок миттєво виніс тему досліджень із залученням людей в якості суб'єктів в національні ЗМІ. Серйозні хвилювання, пов'язані з конфліктом інтересів, моніторингом безпеки даних та інформованою згодою, зробили справу Гелсінгера сучасною ілюстрацією подальших сумнівів щодо етичної спроможності досліджень за участю людей. Цей випадок викликав обговорення усіх суперечливих аспектів на національному рівні. За результатами розслідування, проведеного у цій справі, було визначено, що дослідники здійснили кілька порушень правил проведення досліджень, а саме:

- Джелсінджер був включений в дослідження в якості заміни іншого (виведеного з дослідження) волонтера, незважаючи на високий рівень аміаку (що було критерієм виключення з дослідження);
- приховали інформацію про серйозні побічні ефекти генної терапії у двох пацієнтів;
- не долучили до документів інформації про летальні наслідки в мавп при даному способі лікування.

Пенсільванський університет опублікував спростовування, але втім, виплатив чималу компенсацію родині загиблого.

Даний випадок мав істотний гальмівний вплив на подальший експериментальний розвиток усієї генно-інженерної галузі.

1.1.3. Огляд ключових подій в соціальних та поведінкових дослідженнях

Дослідження суду присяжних у м. Вічита (1953)

У цьому дослідженні вчені виконували аудіозапис обговорення присяжних у шести судових засіданнях з метою подальшого оцінювання впливу коментарів адвокатів на винесення рішень. Суддів та адвокатів було повідомлено про проведення дослідження, але присяжних - ні. Аудіофайли було заслухано на юридичній конференції. На цьому тлі виникло занепокоєння, що аудіофіксація може сприйматися як прояв тиску на винесення рішення присяжними. Як наслідок, у 1956 році було прийнято федеральний закон, який заборонив здійснення будь-яких записів засідань присяжних.

Порушення етики:

- порушення принципу неупередженості важливого соціального інституту;
- відсутність інформованої згоди;
- вторгнення у приватне життя.

«Експеримент Мілґрема» (1963)

Метою даного дослідження психолога з Єльського університету Стенлі Мілґрема було дізнатися більше про реакцію підлеглих на накази керівництва. Дослідники (що виконували роль керівництва) повідомили учасникам дослідження (підлеглим-виконавцям), що метою експерименту було вивчення процесів навчання та пам'яті. Кожному учаснику було запропоновано займатись навчанням «учня», в процесі якого за помилки до учня потрібно було застосовувати покарання у вигляді регульованої подачі електричного розряду, рівень якого щоразу підвищувався на 15В. Роль «учнів» насправді виконували актори, які перебували у змові з командою дослідників і не зазнавали реальних фізичних страждань, вони лише вдавали тілесні симптоми від покарання електрошоком, що їм завдавали «вчителі», імітуючи біль і навіть втрату свідомості, відповідно до того, як «вчителі» (досліджувана група) підвищували рівень електричного розряду. 63% учасників дослідження застосовували кількісні значення розрядів, які, як їм було відомо, вважалися летальними (до 400В); деякі не зупинялися навіть після того, як «учень» стверджував, що має серйозне серцеве захворювання. За результатами фінального опитування по завершенні експерименту та обробки результатів, деякі піддослідні зазнали серйозної емоційної травми.

Порушення етики:

- введення в оману;
- непередбачені психологічні шкоди.

Стенфордський тюремний експеримент (1973)

Це відоме психологічне дослідження американського психолога Філіпа Зімбардо з вивчення людської реакції на ув'язнення і, зокрема, тюремне життя. Воно передбачало призначення добровольців на ролі «ув'язнених» та «охоронців». Невдовзі після початку виявилось, що експеримент швидко набув непередбачуваних обертів, оскільки рівень фізичного та психологічного насилля, застосовуваного до «ув'язнених» з боку «охоронців» зростав шаленими темпами. В результаті, деякі з учасників експерименту зазнали серйозної шкоди для фізичного та психічного здоров'я менше, ніж через 36 годин після його старту. Не зважаючи на такі обставини, Філіп Зімбардо не зупиняв експеримент/моделювання упродовж шести днів. Запланована ж його тривалість сягала 14-ти днів.

Порушення етики:

- наявна небезпека для учасників;
- об'єктивність дослідника.

«Альтернативне дослідження кав'ярень» Хамфрі (1970)

Метою дослідження було отримання інформації про гомосексуальні контакти в громадських туалетах закладів швидкого харчування із подальшим поглибленим дослідженням чоловіків, які брали участь у описаних діях. Дослідник діяв під прикриттям і здобував довіру чоловіків тим, що виступав у ролі того, хто «прикривав» їхній гомосексуальний зв'язок. Таким способом Лауд Хамфрі ідентифікував особистості 100 чоловіків шляхом відстежування їхніх автономерів. Через рік після завершення початкової фази дослідження (безпосереднього спостереження за гомосексуальними діями) дослідник розширив своє «дослідження соціальної стійкості» із залученням оточуючого соціального середовища чоловіків за місцем їхнього проживання, де збирав дані про їхню сексуальну орієнтацію, подружній та сімейний стан.

Порушення етики:

- вторгнення в приватне життя;
- використання в дослідженні вразливої вибірки;
- відсутність інформованої згоди.

Дослідження ресторанів "Лист" (2001)

Але не всі події, які викликали занепокоєння з приводу етики досліджень, мали місце в далекому минулому. Відносно нещодавно вчений зі Стенфордського університету розробив і впровадив експеримент, з метою дослідити реакцію рестораторів на скарги з боку клієнтів. В ході експерименту дослідник послав 240 листів до різних ресторанів, в яких автор стверджував, що він та/або його дружина зазнали харчового отруєння, яке зіпсувало їм святкування річниці подружнього життя. «Автор» листа переконував у відсутності будь-яких намірів звернутися до суду і заявляв, що єдиним наміром листа було донести до власника, що відбулося «із надією, що вами буде вжито належних заходів». Власники та працівники ресторанів зазнали сильного психологічного стресу, перш ніж дізнатися, що це лише інсценування. Пізніше дослідник визнав свою неправоту в листах із вибаченнями, які розіслав по закладах харчування. Він пояснив: «листа було сфальсифіковано з метою збору даних для розробленого мною дослідження стосовно відповідей рестораторів на скарги клієнтів». Це дослідження не було попередньо узгоджене з IRB. Прецедент став приводом для розслідування, ініційованого Федеральним відомством із захисту прав людини (OHRP). Крім того, ресторани подали позов до університету на загальну суму, яка перевищила \$10 000 000.

Порушення етики:

- дослідження не схвалене IRB;
- обман;
- відсутність інформованої згоди;
- заподіяння психологічного стресу.

1.1.4. Розвиток діяльності з регулювання дослідницької етики

Після подій на початку 1970-х років Конгрес США провів слухання на тему «Якість медичної допомоги - експерименти за участю людей», на основі яких було видано Національний закон про дослідження від 1974 року. Новий Закон передбачав:

✓ створення Національної комісії з питань захисту людей, що беруть участь у біомедичних та поведінкових дослідженнях.

✓ обов'язкове ухвалення комісії з питань біоетики (IRB) в установах, які отримують фінансування для досліджень за участю людей від Міністерства охорони здоров'я, освіти і соціального забезпечення США (тепер Департамент охорони здоров'я та соціальних служб).

На Національну комісію покладено наступні обов'язки:

1) визначити основні етичні принципи, які лежать в основі проведення досліджень за участю людей;

2) розробити керівні принципи для забезпечення того, щоб дослідження за участю людей в якості суб'єктів здійснювалися відповідно до цих принципів, що, у свою чергу, знайшло відображення у існуючому федеральному законодавчому регулюванні.

У 1974 році Міністерство охорони здоров'я, освіти і соціального забезпечення видало "Положення про захист суб'єктів людини від біомедичних та поведінкових досліджень". Базуючись на досвіді роботи Національної комісії з захисту суб'єктів людини від біомедичних та поведінкових досліджень (1974-1978 рр.), Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб (HHS) переглянуло та доповнило «Положення...» наприкінці 1970-х і початку 1980-х. У 1991 році шістнадцять інших федеральних агентств та департаментів погодилися застосувати «Положення...» в якості основного регулюючого нормативно-правового документу стосовно досліджень, які вони фінансують або проводять, а в 2005 році Міністерство внутрішньої безпеки розробило документ під назвою «Федеральні правила із захисту людей в якості суб'єктів дослідження», також відомий як «Федеральне правило».

Бельмонтський звіт (1979)

У 1979 році, після кількох років обговорень, Національна комісія опублікувала Бельмонтський звіт «Етичні принципи та рекомендації щодо захисту людини при проведенні досліджень». Звіт є коротким викладом основних етичних принципів, визначених Національною комісією в ході його обговорення у лютому 1976 року, доповнений щомісячними обговореннями Комісії, які проводилися протягом майже чотирьох років. Це виклад основних етичних принципів і керівних принципів, які повинні використовуватися для вирішення етичних проблем, які можуть виникати в ході проведення досліджень за участю людей в якості суб'єктів.

Базові етичні принципи

I Повага до людини

Цей принцип вимагає, щоб дослідники ставилися до індивідумів як до автономних людей, здатних приймати власні рішення та здійснювати власні вибори, але ні в якому разі не використовувати людей як засіб досягнення мети. Принцип поваги також надає додатковий захист тим, хто має обмежену дієздатність.

До критеріїв дієздатності включають 2 аспекти:

– психічний потенціал (здатність розуміти та обробляти інформацію);

- вільність волевиявлення (свобода від контролю та впливу інших).

Суб'єкти мають повну дієздатність, коли мають здатність розуміти та обробляти інформацію, а також свободу долучатися або виходити з дослідження без примусу або неналежного впливу від інших.

II Доброчинність

За цим принципом дослідники мають звести до мінімуму ризик шкоди і максимізувати потенційні вигоди від їхньої роботи. Принцип вимагає, щоб дослідники та IRB проводили ретельну оцінку ризиків шкоди та потенційної корисності дослідження та забезпечували значну перевагу потенційних вигод над ризиками настання шкоди. Інколи це може означати відмінні способи отримання користі аніж ті, що передбачені в дизайні дослідження.

Визначення ключових понять

Ризик – можливість / імовірність настання шкоди. Оцінка ризику передбачає врахування як ступеня тяжкості можливої шкоди, так і ймовірності її настання. Шкода, що підлягає оцінці, включає не лише фізичні ушкодження, але й психологічну, правову, соціальну та економічну шкоду.

Користь - позитивний вплив, пов'язаний зі здоров'ям або добробутом. Така користь може визначатись для окремих суб'єктів, для певних соціальних груп (етнічних, професійних, вікових тощо) або для всього людства в цілому. Загалом, ризики та користь для окремих суб'єктів мають більшу вагу, ніж користь для інших. Як стверджується у **Belmont Report**, «Добродійність означає, що ми маємо захищати від ризику настання шкоди суб'єктів, а також, що ми маємо турбуватись про втрату істотної користі, яка може бути отримана за результатами досліджень».

III Справедливість

Принцип справедливості вимагає чесного ставлення до людей і дотримання у дизайні дослідження адекватного розподілу можливих негативних наслідків та користі. Ті, хто отримують вигоду від досліджень, мають поділяти також і складнощі, з якими стикаються суб'єкти дослідженні. Ті, хто виступають в дослідженні суб'єктами, мають, в свою чергу, розділити потенційні вигоди від дослідження. Окремі особи або групи осіб не повинні залучатися до участі в дослідженні виключно виходячи з їхньої доступності, або за обставин, коли учасники не мають можливості відмовитися або не знають про можливість відмовитися. Щоб уникнути експлуатації та зловживань по відношенню до контингентів, відбір учасників дослідження має базуватися виключно на науковому обґрунтуванні.

Таблиця 2

ЕТИЧНІ ПРАВИЛА (засновані на Бельмонтських етичних принципах)

1	Правила, які впливають з <u>принципу поваги до осіб</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вимога отримати та документувати інформовану згоду; ✓ необхідність дотримуватися інтересів приватності суб'єктів досліджень; ✓ вимога зважати на додаткові заходи із захисту прав людини при залученні до досліджень осіб з
---	---	---

		обмеженою дієздатністю
2	Правила, які впливають з <u>принципу добродієвності</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вимога щодо використання процедур, які представляють найменший ризик для суб'єктів, та які відповідають змісту наукового завдання; ✓ вимога збирати та оцінювати дані стосовно тих процедур або заходів, які вже виконуються з недослідницьких причин; ✓ вимога, щоб ризики для суб'єктів були поміркованими стосовно як потенційної користі для суб'єктів, так і важливості знань, що їх очікується отримати за результатами дослідження; ✓ дотримання умов конфіденційності; ✓ для досліджень, які передбачають вищий ніж мінімальний ризик заподіяння шкоди, вимога постійного моніторингу даних для забезпечення безпеки учасників.
3	Правила, які впливають з <u>принципу справедливості</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вимога доступу учасників дослідження до переваг та користі, яка може впливати з участі у дослідженні та його результатів; ✓ вимога до неупередженого та науково обґрунтованого відбору під час залучення учасників до дослідження; ✓ відмова від використання вразливих груп населення в якості контингенту дослідження, якщо основним критерієм відбору при цьому є доступність такого контингенту; ✓ вимога забезпечувати для учасників можливість відмовитися від участі у дослідженні, а також обов'язково інформувати учасників дослідження про наявність такої можливості.

Збереження рівнозначності принципів у дослідженні

Кожен з трьох принципів має рівну морально-етичну силу. На практиці у деяких ситуаціях поміж якимись із трьох зазначених принципі може виникати конфлікт.

Наприклад, якщо виходити з принципу поваги до людей, ми повинні обмежувати участь дітей у дослідженнях, оскільки діти не мають повної автономії у самостійному прийнятті рішення з огляду на вікові обмеження дієздатності, але виходячи з принципу справедливості, діти також мають залучатись до досліджень для того, щоб отримувати можливу користь за результатами таких досліджень. У Бельмонтському звіті говориться, що жоден з принципів не може завжди мати переваги над іншим. Натомість, ми зобов'язані розглядати кожен випадок окремо, автономно, з урахуванням важливості всіх трьох принципів.

1.1.5. Незалежне, об'єктивне оцінювання дизайну досліджень. комісія з питань біоетики (IRB)

Оскільки Бельмонтський звіт та інші кодекси професійної етики та законодавча база надають рекомендації щодо етичного ведення досліджень, виникає питання, навіщо потрібно представляти протокол дослідження на розгляд комісії з питань біоетики (IRB). Відповідь пов'язана із наявністю деяких характерних рис, властивих людській природі.

Перша характерна риса – це схильність високо мотивованої людини до зосередження на власних цілях, водночас, зі схильністю ненавмисно забувати про інші наслідки або аспекти своєї роботи. Дослідники - це високо мотивовані люди, які, як правило, зосереджуються на своїх наукових цілях. Як наслідок, вони можуть пропустити етичні наслідки того, що вони роблять. Мета розгляду проекту дослідження комісією з питань біоетики (IRB) полягає в тому, щоб забезпечити надійну систему контролю за дотриманням етики при розробці та проведенні своїх досліджень.

Друга характерна риса людської природи, яка обумовлює необхідність розгляду проекту дослідження комісією з питань біоетики (IRB), полягає в тому, що ніхто не може бути цілком об'єктивним щодо своєї власної роботи. Досліднику властиве недооцінювання ризиків, що можуть виникати в ході дослідження, особливо за умови, що предмет дослідження їй добре відомий.

На додаток до недооцінки ризиків, дослідникам може бути притаманний конфлікт інтересів при оцінюванні власних досліджень, оскільки вони зацікавлені в тому, щоб зробити дослідження якомога швидше та ефективніше. Внаслідок можливості впливу зазначених суб'єктивних факторів з боку дослідника кожній дослідницькій діяльності необхідний незалежний, об'єктивний контроль. Це і є основна мета проходження комісії з питань біоетики (IRB) на підготовчому етапі дослідження, в процесі його виконання і на фінальному етапі дослідження.

Навіть якщо дослідники добре знайомі з етичними принципами та завжди раніше дотримувалися принципів біоетики, проходження біоетичної комісії (IRB) є необхідним етапом, щоб етичні порушення не були пропущені.

1.2. Алгоритм дій з попередження ризикованої / неправомірної поведінки в процесі дослідження

Відео 1.2. Алгоритм дій з попередження ризикованої / неправомірної поведінки в процесі дослідження:

<https://youtu.be/Ve7HOdJeHEc>



Потреба в захисті людей з позицій наукової, дослідницької етики та дотримання чинного законодавства є актуальною потребою в сучасній науці. Застосування Бельмонтських етичних принципів до наших досліджень є важливим із самого початку його розробки.

1.2.1. До початку дослідження або на «підготовчому етапі»

Кроки, які необхідно передбачити на етапі розробки концепції та дизайну дослідження

Виходячи з принципу доброчинності:

- оцінити соціальну та наукову цінність дослідження, наукову обґрунтованість дослідження;
- визначити, чи має дослідження достатньо сприятливе співвідношення імовірних ризиків та очікуваної користі;
- засвідчитись у спроможності дослідника створити умови для попередження / вчасного відстежування / мінімізації імовірної шкоди, завданої людям внаслідок їхньої участі у дослідженні.

Виходячи з принципу справедливості:

- оцінити, чи є конгруентним науковій меті й завданням дослідження та неупередженим підбір контингентів для дослідження;
- чітко й повно сформулювати критерії включення та виключення учасників у / з дослідження;
- визначити методи відбору учасників дослідження та (за потреби) спосіб розподілу по групах.

Виходячи з принципу поваги до людини:

- оцінити, чи дозволяє дизайн дослідження будь-якому учаснику вийти з дослідження у будь-який момент на основі його вільного волевиявлення;
- переконатись у здатності формату дослідження підтримувати добробут кожного суб'єкта.

Після того, як дослідницька команда розробила протокол дослідження, він подається на розгляд комісії з питань біоетики (IRB), що діє при Установі, на базі (та / або за фінансової підтримки) якої планується виконання даного дослідження. До безпосередньої реалізації дослідницького етапу можна переходити після схвалення протоколу дослідження біоетичною комісією та отримання відповідного висновку.

1.2.2. У процесі виконання дослідження

I. До початку будь-яких інших дій дослідник отримує письмову інформовану згоду суб'єкта на участь у дослідженні.

II. Дослідник створює відповідні умови та забезпечує поінформованість учасників дослідження про наявність в них можливості у будь-який момент змінити рішення стосовно участі в дослідженні та припинити участь в ньому без якихось негативних наслідків для свого здоров'я та благополуччя.

III. Дослідник забезпечує відповідні умови та гарантує учасникам дотримання права на фізичне і психічне благополуччя, збереження таємниці особистого життя і захист персональних даних забезпечені відповідно до вимог законодавства.

Вищезазначені кроки реалізуються із засвідченням у наступних регулюючих документах.

Письмова інформована згода

На початковій стадії процесу дослідження, залучення учасників до дослідження розпочинається із отримання їхньої письмової інформованої згоди. Інформована згода є важливим поняттям у процесі дослідження. Вона гарантує, що кожен майбутній учасник дослідження повністю усвідомлює деталі, умови та наслідки цього процесу.

Якщо хтось з учасників не здатний повністю розуміти та усвідомлювати інформацію стосовно його / її участі у дослідженні, необхідно обговорити інформацію з офіційним опікуном або особою, яка здійснює піклування за учасником дослідження. Інформація про дослідження має викладатись простою мовою, зрозумілою кожній зі сторін.

Майбутні учасники не можуть бути жодним чином примушені до участі у дослідженні. Важливо надати можливість потенційним учасникам поставити будь-які запитання, стосовно незрозумілих моментів, та отримати вичерпні відповіді. Дуже важливо переконатися, що кожен учасник цілком і повністю розуміє Ваші роз'яснення. Учасники можуть стверджувати, що їм все зрозуміло, через побоювання виглядати недостатньо розумними. Для підтвердження вони повинні підписати документ, і справа дослідника – переконатися, що вони цілком і правильно сприйняли надану їм інформацію.

Потенційні учасники мають знати, що вони не позбавляються своїх прав, коли підписують згоду на участь у дослідженні. Вони можуть припинити участь у дослідженні в будь-який час. Коли дослідження буде завершене, учасники зможуть ознайомитися з його результатами.

Інформований дозвіл

Дослідники використовують форми дозволу на участь у дослідженні для осіб, що не досягли вісімнадцятирічного віку. Вченим необхідно отримати не тільки інформовану згоду від опікуна, але й підписану форму дозволу від особи, що не досягла повноліття. Спочатку потрібно впевнитися у отриманні згоди від опікуна неповнолітньої особи. Після цього дитина, що потенційно бере участь у дослідженні, може висловити особисте рішення, чи хоче вона підписувати форму дозволу. Вона у будь який час може вирішити не давати згоду та не підписувати форму дозволу, навіть при наявності дозволу батьків або опікуна.

Інформаційний лист

З метою запобігання умисного або ненавмисного викривлення чи неповного викладення усіх необхідних моментів у процесі інформування учасників про дослідження, для виключення імовірності диференційованого підходу до висвітлення інформації перед учасниками дослідження, а також з метою запобігання неналежної інтерпретації наданої учасникам про дослідження інформації, при проведенні дослідження розробляється інформаційний лист, який містить повний та стислий, необхідний об'єм інформації стосовно дослідження, який має бути викладений простою, зрозумілою мовою. Для досліджень різних етнічних / національних груп інформаційний лист може бути складений кількома мовами так, щоб інформація в повному обсязі була доступною для ознайомлення всім учасникам дослідження.

КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

Як дослідники, ми маємо завжди піклуватися про конфіденційність з точки зору учасника, а не з позиції дослідника. Важливо пам'ятати, що одна й та сама інформація може не завдавати жодних проблем для однієї культури, в той час як в інших культурах проти осіб, що розкривають таку саму інформацію можуть порушити

кримінальну справу або навіть засудити їх. Наприклад, в Україні вживання алкоголю серед 18-річних дозволено з правової точки зору. В той же час, така сама поведінка є протиправною для 18-річних жителів Сполучених Штатів.

Обіцянка **дотримуватись конфіденційності**, яку ми надаємо учасникам досліджень полягає в тому, що ми не розголошуємо надану нам інформацію, що може бути використана для встановлення особи учасника. Може бути складно дотримуватись цієї обіцянки, особливо при дослідженні якісних показників, яке проводить дослідник, у порядку встановлення детальної інформації про учасників. Протягом процесу дослідження, розповіді учасників можуть перетворюватися на дані, а точні фрази або слова можуть бути використані для ілюстрації фактичних результатів дослідження. Підсумовуючи вищенаведене, обіцянка **збереження конфіденційності** означає фіксування інформації, що може бути використана для встановлення особи, але виключення її з паперів і звітів.

У чинній редакції Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 04.11.2018 р. у ст. 40 визначено, що лікарська таємниця — це сукупність відомостей, які стали відомі медичним працівникам та іншим особам у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина. Медичні працівники не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена **анонімність пацієнта**.

Зауважимо, що обіцянка **збереження анонімності** протягом процесу дослідження, натомість, є, насамперед, згодою не записувати імен або інформацію, яка може бути використана для встановлення особи. Коли дослідники дають цю обіцянку особі, це може породити бажання взяти участь у дослідженні, але важливо пам'ятати, що це не гарантує того, що особу неможливо буде ідентифікувати за іншими характеристиками, які можуть бути зафіксовані. Важливо, щоб дослідники акцентували увагу на ризиках конфіденційності, коли участь є анонімною.

Сертифікат конфіденційності (США)

У системі регуляції дотримання конфіденційності при виконанні досліджень США існує такий інструмент як **Сертифікат конфіденційності (СК)**. Це офіційний документ, який видається Міністерством охорони здоров'я для захисту ідентифікованої дослідницької інформації від примусового розкриття інформації. СК можуть бути забезпечені для будь-яких досліджень, незалежно від фінансування, тобто дослідження не обов'язково повинні фінансуватися виключно Міністерством охорони здоров'я.

СК можуть надаватися для досліджень, в яких збирається така інформація, яка (в разі її розкриття) може спричинити несприятливі наслідки для суб'єктів або завдати шкоду їх фінансовому становищу, працевлаштуванню, страховій історії або репутації.

СК забезпечує захист дослідників та інших осіб, які мають доступ до дослідницьких матеріалів, від розкриття інформації про учасників дослідження у правовому полі (цивільному, кримінальному), на рівні законодавчого та адміністративного регулювання (міжнародному, державному, локальному).

Види інформації, яку можна захистити, включають:

- інформацію про зловживання психоактивними речовинами або інші нелегальні дії;
- інформацію про сексуальний досвід, уподобання або практики;

- генетичну інформацію;
- психічне здоров'я / психологічний стан.

СК не мають нормативної переваги над передбаченими чинним законодавством вимогами повідомляти про підозри щодо жорстокого поводження з дітьми або недбалого ставлення, та будь-якими інші вимоги до звітності, передбачені державою, наприклад, жорстоке поводження із особами похилого віку. Інші державні органи, такі як Міністерство юстиції, можуть надавати особливі засоби захисту, які застосовуються до досліджень, які проводяться або фінансуються цими органами.

Угода про конфіденційність відносин та інформації

В українській правовій системі захист дослідницької, винахідницької та персональної інформації можливо забезпечувати в рамках укладання **Угоди про конфіденційність відносин / інформації** (Non-disclosure agreement або NDA) між дослідником / командою дослідників та іншими особами / організаціями, які з огляду на характер та особливості дослідження можуть мати доступ до такої інформації (наприклад, комісія з питань біоетики). У своїй базовій формі така угода є юридично значущою. Вона регулює відносини між стороною, яка володіє якоюсь таємною інформацією, та стороною, якій буде розкриватися таємниця.

Угоди про конфіденційність зазвичай виконують три ключові функції:

1. Захищають таємну інформацію. Підписуючи NDA, учасники обіцяють не розголошувати або не поширювати відомості, отримані в процесі своєї роботи, третім особам. Якщо інформація, зазначена як «таємниця», витікає за межі сторін, між якими укладено Угоду, постраждала сторона має право вимагати відшкодування за порушення договірних умов.
2. У разі розробки нового продукту або його концепції договір про нерозголошення конфіденційної інформації може допомогти винахідникові зберегти його патентні права. У багатьох випадках публічне розкриття відомостей про новий винахід стає причиною втрати патентного права. Правильно підготовлений і коректний із юридичної точки зору договір NDA дозволяє початковому творцеві зберегти права на продукт або ідею.
3. Договори про конфіденційність і NDA чітко описують, яка інформація є приватною і яка є публічною. У багатьох випадках договір такого типу служить документом, який класифікує різні види інформації і визначає те, що може бути оприлюднене, як і те, що не повинно стати надбанням громадськості. Тип інформації, який охоплюється NDA, практично необмежений.

Згода на обробку персональних даних

Форма даної згоди заповнюється дорослою дієздатною особою, у випадку неповнолітньої дитини – її батьками (одним з батьків) або законними представниками; у випадку недієздатної особи – її опікуном. Її застосування обумовлене Законом України «Про захист персональних даних».

Форма надання інформованої згоди

1. Назва проекту
 - a. Типова початкова інформація.
 - b. Перелік усіх дослідників та персоналу, що беруть участь у дослідженні.
 - c. Перелік усіх компаній пов'язаних з дослідженням.
2. Ім'я дослідника, його повноваження та належність до організації.
3. Запрошення на участь у науковому дослідженні.
 - a. Надати учасникам причини чому і як їх було відібрано.
 - b. Опишіть мету дослідження (1-2 речення).
 - c. Надайте інформацію, що обґрунтовує дослідження. Зазначте, що воно проводиться з дослідницькою метою.
 - d. Вкажіть хто є спонсорами дослідження.
 - e. Загальна кількість учасників. (Приблизно).
4. Опис участі суб'єктів
 - a. Опишіть види діяльності в дослідженні.
 - b. Надайте приблизні часові рамки.
 - c. Опишіть дослідницьку діяльність у порядку здійснення.
 - d. Надайте учасникам приблизні часові рамки кожної частини та скільки часу вона потребуватиме.
5. Переваги
 - a. Надайте деякі роз'яснення, чим дослідження буде вигідним/корисним для учасників.
 - b. Якщо безпосередні учасники не отримують жодних переваг – повідомте їх, що є люди, яким це допоможе.
6. Ризики та незручності.
 - a. Позбавлене ризиків дослідження означає, що дані будуть відібрані анонімно.
 - b. Переконайтеся, що розповіли про всі етапи, що будуть мати місце у дослідженні, для зниження ризиків.
 - c. Озвучте яке лікування буде надано, якщо учасник постраждає під час дослідження. (За що буде платити дослідник).
 - d. Назвіть які аспекти не пов'язані з лікуванням, будуть вживатися, якщо учаснику буде завдано будь-якої шкоди протягом дослідження (За що буде платити установа університету).
7. Компенсації
 - a. Якщо не надається оплата, видаліть цей розділ з форми.
 - b. Роз'ясніть процес оплати, якщо учасник вирішить припинити участь.
 - c. Перелічіть витрати учасника, наприклад транспортні.

8. Конфіденціальність.

- a. Означте яким чином будуть захищені дані.
- b. Поясніть де і як будуть зберігатися дані.
- c. Роз'ясніть скільки часу будуть зберігатися дані і коли їх буде знищено.
- d. Якщо Ви плануєте використовувати дані для майбутніх досліджень, не забудьте зазначити цю інформацію тут.
- e. Перелічіть межі конфіденційності дослідження.

9. Добровільна сутність дослідження.

- a. Роз'ясніть добровільність участі у дослідженні, включіть інформацію, що учасники можуть змінити свою думку в будь-який час.
- b. Роз'ясніть, що відбуватиметься з їхніми даними, якщо вони вирішать припинити участь..

10. Контактна інформація

- a. Надайте інформацію про усіх дослідників. Надайте електронну пошту, телефонний номер та адресу.
- b. У будь-який час, коли учаснику знадобиться інформація про безпосереднє дослідження, йому необхідно звертатися до цих дослідників.
- c. Якщо університет спостерігає за дослідженням, включіть також інформацію про нього.
- d. Має бути також надана контактна інформація Комісії з медичної етики.

11. Згода

- a. Надайте визначення згоди та договору про згоду на участь. (Коротко).
- b. Всі учасники мають розуміти, що дослідники завжди зберігають одну копію Форми про згоду, а інша копія зберігається у безпосереднього учасника.

Приклад Структури інформованого дозволу на участь у дослідження

Форма інформованого дозволу

Надзвичайно важливо, щоб форма інформованого дозволу складалася у простому форматі, щоб учасник зміг повністю зрозуміти що на нього чекає під час дослідження. Стиль мовлення у формах має різнитися залежно від віку учасника.

1. Опис дослідження
 - a. У короткій формі поясніть учасникам як і чому їх було обрано.
 - b. Опишіть дослідження.
 - c. Вкажіть значення дослідження.
2. Добровільність участі у дослідженні
 - a. Поясніть учасникам, що це повністю добровільний процес і вони мають право припинити участь в будь-який час без будь-яких негативних наслідків.
3. Процедура дослідження
 - a. Роз'ясніть види діяльності дослідження.
 - b. Поясніть скільки часу займе цей процес.
4. Переваги/Ризики
 - a. Роз'ясніть користь процесу для учасників та інших.
 - b. Поясніть які заходи будуть вживатися дослідниками, щоб зменшити ризики.
 - c. Ще раз зазначте, що процес добровільний і учасник можуть припинити участь у будь-який час.
 - d. Поясніть, що інформація буде секретною та зберігатиметься у безпечному місці.
5. Гарантії
 - a. Доведіть до відома учасників, що до них будуть ставитися однаково, незалежно від того, чи вирішать вони брати участь у дослідженні чи ні.
 - b. Повідомте учасників, що вони можуть вирішити, чи брати участь у дослідженні після розмови з батьками.
6. Запитання
 - a. Надайте електронну пошту, телефон та поштову адресу дослідників для запитань, пов'язаних з дослідженням.
 - b. Надайте контактну інформацію організації, що проводить дослідження та/або Комісії з етики (Експертної ради організації).

Приклад Структури інформаційного листа для учасників дослідження

Форма інформаційного листа

Назва організацій / колективу / особи, яка проводить дослідження

Назва, основна мета та обґрунтування актуальності дослідження

Дослідницькі задачі / Очікувана користь дослідження

Критерії відбору учасників

Опис діагностичних / лікувальних / скринінгових тощо заходів, які планується застосовувати до учасників в ході дослідження

Інформація щодо очікуваних ризиків / можливої шкоди в ході дослідження

Зазначення прав та обов'язків суб'єктів дослідження

Зазначення умов участі у дослідженні

Контактна інформація дослідника (ел. пошта, телефон, поштова адреса, ПІБ контактної / відповідальної особи)

1.3. Нормативно-правова регламентація етичних аспектів біомедичних досліджень

Відео 1.3. Нормативно-правова регламентація етичних аспектів
біомедичних досліджень:

<https://youtu.be/uZFISH-sVto>



1.3.1. Міжнародні документи з питань біомедичної етики

Одним із перших міжнародних документів, які регулюють основні засади проведення медичних досліджень на людях, є Нюрнберзький кодекс (1947 р.). Цей кодекс був прийнятий Нюрнберзьким трибуналом після завершення процесу над нацистськими лікарями. Нюрнберзький кодекс уперше закріпив такі базові принципи біомедичних досліджень, як обов'язковість добровільної згоди досліджуваного, наукова обґрунтованість дослідження, проведення дослідження виключно фахівцями із відповідною спеціальною підготовкою, можливість досліджуваного у будь-який момент припинити участь у дослідженні.

Важливе значення має Гельсінкська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (1964 р., з наступними змінами). Ця декларація впровадила більш деталізовані принципи та підходи до медичних досліджень. Зокрема, у декларації конкретизована можливість надання згоди законним представником недієздатного досліджуваного. Визначена необхідність чіткого описання дизайну та процедури дослідження у відповідному протоколі дослідження. Саме ця декларація вперше встановила вимогу етичної експертизи матеріалів медичних досліджень комісіями з питань етики. Зокрема, етичні комісії повинні розглянути та схвалити протокол дослідження і здійснювати подальший його моніторинг. Декларація передбачає можливість та умови збирання даних у ситуаціях, коли практично неможливо отримати згоду досліджуваного на їх використання, або коли така згода загрожуватиме достовірності результатів дослідження — у таких ситуаціях дослідження може проводитися тільки після схвалення етичною комісією. Декларація обговорює також ситуації, коли медичне дослідження поєднується із наданням досліджуваному медичної допомоги (наприклад, дослідник одночасно є лікуючим лікарем досліджуваного). Оговорюється необхідність забезпечення конфіденційності медичних даних про конкретних суб'єктів дослідження.

Важливим міжнародним стандартом якості у сфері планування, організації та подання результатів клінічних випробувань є Основні принципи належної клінічної практики (Guideline for Good Clinical Practice), розроблені у 1996 р. Міжнародним комітетом з гармонізації технічних вимог до реєстрації лікарських засобів для медичного застосування. Останні зміни до вказаних Основних принципів набрали чинності у 2016 р. Цей документ встановлює вимоги до достовірності та точності результатів клінічних випробувань, захисту прав суб'єктів дослідження та забезпечення конфіденційності персональних даних. Ключові етичні принципи клінічних випробувань, закріплені у вказаних Основних принципах, передбачають неухильне дотримання загальних вимог Гельсінкської декларації; необхідність ретельної оцінки співвідношення очікуваної користі та можливих ризиків, балансу

інтересів досліджуваного та суспільства. Безумовним є пріоритет прав та безпеки суб'єктів дослідження над інтересами суспільства та науки.

Міжнародні етичні рекомендації для медичних досліджень за участю людини (ВООЗ, 2016) являють собою деталізований практичний посібник з питань етичної експертизи протоколів клінічного випробування та організації роботи комісій з питань етики. У цих рекомендаціях детально викладені вимоги щодо етичної експертизи у кожному окремо взятому аспекті клінічних випробувань. Це стосується таких актуальних питань, як адекватність підбору груп досліджуваних, оцінка співвідношення ризиків та користі при проведенні дослідження, вибір контрольних груп та застосування плацебо, процедура отримання інформованої згоди суб'єктів дослідження, збирання та зберігання даних дослідження, питання матеріальної компенсації, а також компенсації імовірної шкоди учасникам дослідження, особливості досліджень відносно дітей та підлітків, недієздатних осіб, а також інших уразливих верств населення. Встановлюються вимоги до структури протоколу дослідження, форми інформованої згоди.

Слід зазначити, що згадані вище міжнародні документи не мають характеру нормативно-правових актів. Разом із тим їх значимість зумовлюється не юридичною обов'язковістю, а неформальним визнанням міжнародною дослідницькою спільнотою та авторитетом відповідних міжнародних органів, якими були розроблені вказані документи.

Положення, відображені у згаданих вище документах, були нормативно врегульовані в Директиві Європейського парламенту та Ради від 04.04.2001 № 2001/20/ЄР «Про наближення законів, підзаконних актів та адміністративних положень країн — учасниць ЄС стосовно впровадження принципів належної клінічної практики при проведенні клінічних випробувань лікарських засобів для застосування у людей».

1.3.2. Етичні аспекти біомедичних досліджень в українському законодавстві

У першу чергу необхідно звернути увагу на базові положення українського законодавства, які мають відношення до проведення досліджень у галузі медицини.

Ч. 1 ст. 3 Конституції України проголошує, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Відповідно до ч. 3 ст. 28 Основного Закону України, жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим досліддам.

Відповідно до ст. 45 Основ законодавства України про охорону здоров'я, застосування медико-біологічних експериментів на людях допускається із суспільно корисною метою за умови їх наукової обґрунтованості, переваги можливого успіху над ризиком спричинення тяжких наслідків для здоров'я або життя, гласності застосування експерименту, повної інформованості і вільної згоди повнолітньої дієздатної фізичної особи, яка підлягає експерименту, щодо вимог його застосування, а також за умови збереження в необхідних випадках лікарської таємниці. Забороняється проведення науково-дослідного експерименту на хворих, ув'язнених або військовополонених, а також терапевтичного експерименту на людях, захворювання яких не має безпосереднього зв'язку з метою досліджу.

Особливості проведення клінічних випробувань лікарських засобів в Україні на законодавчому рівні регламентовані Законом України «Про лікарські засоби». Відповідно до ч. 7 ст. 7 вказаного закону, клінічні випробування лікарських засобів

проводяться після обов'язкової оцінки етичних та морально-правових аспектів програми клінічних випробувань комісіями з питань етики, які створюються і діють при лікувально-профілактичних закладах, де проводяться клінічні випробування.

Таким чином, у ст. 7 Закону України «Про лікарські засоби» міститься імперативна вимога щодо створення комісії з питань етики у будь-якому лікувально-профілактичному закладі, в якому проводяться клінічні випробування, та обов'язкової етичної експертизи матеріалів клінічного випробування.

У свою чергу, ст. 8 Закону України «Про лікарські засоби» визначає у загальних рисах вимоги, дотримання яких повинна перевірити комісія з питань етики. Повнолітня дієздатна особа обов'язково повинна надати письмову згоду на участь у клінічному випробуванні. Встановлюються особливі вимоги стосовно клінічних випробувань за участі малолітніх та неповнолітніх осіб, а також осіб, визнаних недієздатними та обмежено дієздатними. Клінічні випробування за участю малолітніх та неповнолітніх осіб проводяться у випадках, коли досліджуваний препарат призначений для лікування дитячих захворювань або якщо метою випробування є оптимізація дозування чи режиму застосування препарату у малолітніх або неповнолітніх.

Підзаконним нормативним актом, який регулює діяльність комісій з питань етики в Україні, на теперішній час є Типове положення про комісії з питань етики при лікувально-профілактичних закладах, у яких проводять клінічні випробування, затверджене наказом МОЗ України від 23.09.2009 № 690 (у редакції наказу МОЗ України від 12.07.2012 № 523).

Відповідно до вказаного Типового положення, до комісії з питань етики входить не менше п'яти осіб з числа спеціалістів і науковців у галузі медицини, представників інших спеціальностей, представників громадськості. Серед членів комісії має бути щонайменше одна особа, яка на є працівником медичного закладу, в якому проводиться клінічне випробування. До складу комісії повинні входити і чоловіки, і жінки.

Персональний склад комісії затверджується наказом керівника закладу. Разом із тим голова, заступник голови та відповідальний секретар обираються на засіданні самої комісії шляхом відкритого голосування.

Комісії з питань етики здійснюють захист прав пацієнтів, здорових добровольців та дослідників, залучених до клінічних випробувань; проводять оцінку етичних та морально-правових аспектів клінічних випробувань, у тому числі процедур залучення пацієнтів та одержання від них інформованої згоди.

Рішення комісії з питань етики оформлюється у вигляді протоколу, який підписують голова та відповідальний секретар.

Необхідно зазначити, що згідно з усталеною практикою, до компетенції комісій з питань етики входить оцінка етичних та морально-правових аспектів не тільки клінічних випробувань, але також і науково-дослідних робіт та дисертаційних досліджень. Між тим вказаний аспект роботи комісій з питань етики не має окремого нормативного регулювання в українському законодавстві. Тому на практиці при проведенні етичної експертизи науково-дослідних робіт та дисертацій медичного напряму комісії з питань етики керуються вимогами згаданих вище міжнародних регулятивних документів, а також використовують за аналогією положення вітчизняного законодавства, які регламентують етичну експертизу клінічних випробувань.

1.3.3. Лікарська таємниця у законодавстві України. Законні підстави для розголошення лікарської таємниці

Згідно зі ст. 32 Конституції України, не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини.

Відповідно до ст. 39¹ Основ законодавства України про охорону здоров'я, пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні.

Ч. 1 ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я конкретизує поняття лікарської таємниці: медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При цьому важливим є те, що предметом лікарської таємниці є не тільки власне медичні відомості, а і будь-яка інша персональна інформація, яка може і не мати суто медичного характеру. Крім того, суб'єктами відповідальності за збереження лікарської таємниці виступають не тільки лікарі і взагалі не тільки медичні працівники, а також інші особи, яким стає відомо про ці дані у ході виконання професійних або службових обов'язків.

Законодавство України про психіатричну допомогу встановлює більш специфічні вимоги щодо збереження конфіденційності медичних даних.

Зокрема, ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу», окрім загальних вимог щодо забезпечення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи, встановлює вичерпний перелік умов, за яких ці дані можуть бути розголошені.

Так, право на одержання відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник.

За усвідомленою письмовою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на психічний розлад, для проведення обстеження та лікування чи захисту її прав і законних інтересів, для здійснення наукових досліджень, публікацій в науковій літературі, використання у навчальному процесі.

Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я без згоди особи або без згоди її законного представника лише у двох випадках: 1) для організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги; 2) для провадження досудового розслідування, складання досудової доповіді щодо обвинувачених або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора, суду та представника уповноваженого органу з питань пробації.

Конкретні процедурні вимоги стосовно витребування судово-слідчими органами матеріалів, які містять лікарську таємницю, передбачені відповідним процесуальним законодавством.

У цивільному процесі витребування доказів регламентується ст. 84 Цивільного процесуального кодексу України, яка визначає, що докази витребовуються ухвалою суду. Аналогічний порядок передбачений також ст. 80 Кодексу адміністративного судочинства України та ст. 81 Господарського процесуального кодексу України.

Натомість у кримінальному процесі існує інший порядок. Процедура витребування медичної документації відбувається в рамках тимчасового доступу до речей документів, який регулюється главою 15 Кримінального процесуального кодексу (далі — КПК) України. Тимчасовий доступ до речей та документів здійснюється на підставі ухвали слідчого судді або суду (ч. 2 ст. 159 КПК України).

Тимчасовий доступ до медичної документації може передбачати такі варіанти втручання:

- 1) можливість ознайомлення із медичною документацією;
- 2) можливість копіювання документації; 3) виїмка оригінальної документації.

У практиці нерідко виникають ситуації, коли орган досудового розслідування звертається до медичного закладу із письмовим запитом на підставі ст. 93 КПК України з проханням надати необхідну документацію, тобто без звернення до слідчого судді у порядку, визначеному главою 15 КПК України. Необхідно зазначити, що подібні запити не можуть бути підставою для виїмки медичних документів або навіть для надання можливості ознайомлення із ними. Це зумовлюється особливим правовим статусом медичної документації. В силу положень п. 2 ч. 1 ст. 162 КПК України відомості, що можуть становити лікарську таємницю, належать до документів, які містять охоронювану законом таємницю, відтак доступ до них може бути наданий виключно на підставі ухвали слідчого судді або суду.

Відповідно до ч. 1 ст. 163 КПК України, слідчий суддя або суд після отримання клопотання від ініціатора тимчасового доступу здійснює судовий виклик особи, у володінні якої знаходяться відповідні документи. Таким чином, представник медичної установи має право взяти участь у судовому розгляді питання про тимчасовий доступ до медичної документації і за необхідності висловити письмові або усні міркування щодо можливості та доцільності такого доступу. Клопотання про тимчасовий доступ до речей або документів може розглядатися слідчим суддею (судом) без виклику власника документації лише у виняткових випадках, якщо коли сторона кримінального провадження доведе реальну загрозу зміни або знищення документів.

В ухвалі про тимчасовий доступ до речей або документів повинно бути зазначено прізвище, ім'я та по батькові особи, якій надається право такого доступу, а також термін дії ухвали, в меж якого вона має бути пред'явлена. Найменування документів, до яких надається тимчасовий доступ, мають бути чіткими і давати можливість однозначно ідентифікувати конкретні документи. В ухвалі має бути зазначено, який саме варіант тимчасового доступу надається ініціатору (можливість ознайомлення, можливість виготовлення копій або можливість вилучення). У випадку виїмки відповідні посадові особи зобов'язані залишити власнику документації опис вилучених документів або їх копії.

Варто враховувати, що відповідно до ст. 166 КПК України у разі невиконання ухвали про тимчасовий доступ до речей і документів слідчий суддя або суд за клопотанням сторони кримінального провадження має право постановити ухвалу про дозвіл на проведення обшуку з метою відшукування та вилучення відповідних речей і документів.

Насамкінець необхідно зупинитися на можливості допиту медичного працівника в якості свідка стосовно відомостей медичного характеру. Відповідно до п. 4 ст. 2 ст. 65 КПК України, в якості свідка не можуть бути допитані медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати,

інтимну і сімейну сторони життя особи. Таким чином, кримінальне процесуальне законодавство наділяє медичних працівників та інших пов'язаних із медичною допомогою професіоналів абсолютним імунітетом свідка відносно даних, що становлять лікарську таємницю.

Разом із тим Цивільний процесуальний кодекс України, Кодекс адміністративного судочинства України та Господарський процесуальний кодекс України таких винятків стосовно медичних працівників не містять. Отже, якщо лікар буде викликаний до суду в якості свідка у цивільній справі, то його процесуальні обов'язки вимагатимуть від нього надання правдивих показань щодо відомих йому обставин, в тому числі і стосовно тих відомостей, які можуть становити лікарську таємницю.

Тестові завдання до теми 1

- 1.1. Яка з резонансних подій у контексті біомедичних досліджень актуалізувала необхідність стандартизації та нормативного регулювання проведення досліджень за участю людей?**
- 1) Нюрнберзький процес
 - 2) Публікація статті Бічера
 - 3) Дослідження сифілісу в м. Таскігі
 - 4) Летальний випадок у генно-інженерному дослідженні
- 1.2. На основі якої з нижчеперелічених публікацій було започатковано роботу експертних рад організацій (IRB) та комісій з питань біоетики?**
- 1) Нюрнберзький кодекс
 - 2) Гельсінська декларація
 - 3) Стаття Бічера
 - 4) Бельмонтський звіт
- 1.3. Яке з нижченаведених тверджень не відображає суттєвих положень Бельмонтського звіту?**
- 1) Утилітаризм означає, що дослідник може порушувати права окремих суб'єктів, доки дослідження має переваги для суспільства в цілому.
 - 2) Принцип справедливості виконується тоді, коли дослідник гарантує, що жодна група суб'єктів не є відбраною або виключеною з дослідження, заснованого на критеріях, відмінних від критеріїв включення та виключення, зазначених у науковому протоколі.
 - 3) Загальна суть виконання принципу доброчинності полягає у забезпеченні отримання суб'єктами максимальної користі і мінімальних ризиків від участі у дослідженні.
 - 4) Принцип поваги до людини реалізується шляхом процесу отримання інформованої письмової згоди на участь у дослідженні через детальне та доступне роз'яснення суті участі у ньому, яке забезпечуватиме прозоре та обґрунтоване прийняття рішення суб'єктом
- 1.4. Виберіть пункт, який не є одним із базових етичних принципів, згідно зі змістом Бельмонтського звіту:**
- 1) Повага до людини
 - 2) Доброчинність
 - 3) Перевага суспільної користі над індивідуальною
 - 4) Справедливість
- 1.5. З якого базового етичного принципу (за Бельмонтським звітом) витікає вимога, щоб ризики для суб'єктів були поміркованими стосовно як потенційної користі для суб'єктів, так і важливості знань, що їх очікується отримати за результатами дослідження?**
- 1) Справедливість

- 2) Повага для людини
- 3) Добродійність

1.6. Яке з наведених нижче положень відображає ієрархію значущості базових етичних принципів, згідно до Бельмонтського звіту?

- 1) Збереження максимальної користі від участі у дослідженні для його учасників
- 2) Збереження рівнозначності принципів у дослідженні
- 3) Збереження максимальної користі для науки та людства від дослідження

1.7. На якому етапі дослідження розпочинається співпраця дослідницької команди із комісією з питань біоетики / експертною радою організації (IRB)?

- 1) на підготовчому етапі дослідження
- 2) в ході виконання дослідження
- 3) на завершальному етапі дослідження
- 4) в разі виникнення конфлікту сторін

1.8. Яка умова є обов'язковою для проведення дослідження за участю людини у якості суб'єкта?

- 1) укладання договору про співпрацю
- 2) отримання письмової інформованої згоди суб'єкта на участь у дослідженні до початку будь-яких інших дій
- 3) отримання повної персональної інформації про потенційного учасника дослідження
- 4) схвалення кандидатури учасника дослідження комісією з питань біоетики / експертною радою організації (IRB)

1.9. Чи мають право учасники дослідження змінити думку щодо участі у ньому та відмовитися продовжувати участь у дослідженні?

- 1) Так, якщо інакше не зазначено у інформованій згоді суб'єкта на участь у дослідженні.
- 2) Ні, підписання інформованої згоди на участь у дослідженні гарантує готовність учасника виконувати умови дослідження до його завершення.
- 3) Кожний випадок передчасного виходу учасника із дослідження розглядається в індивідуальному порядку комісією з питань біоетики / експертною радою організації (IRB)
- 4) Так, у будь-який момент

1.10. В яких випадках використовується форма Інформованого дозволу на участь у дослідженні?

- 1) для отримання дозволу на участь у дослідженні від осіб, що не досягли 18-річного віку, за умови наявності попередньо отриманої інформованої згоди від батьків / опікуна

- 2) для отримання дозволу на участь у дослідженні від осіб, що не досягли 18-річного віку, незалежно від наявності попередньо отриманої інформованої згоди від батьків / опікуна
- 3) для отримання дозволу на участь у дослідженні від повнолітніх, повністю дієздатних осіб
- 4) для отримання дозволу комісії з питань біоетики / експертної ради організації (IRB) на проведення дослідження

1.11. Фіксування інформації, що може бути використана для встановлення особи, але виключення її з паперів і звітів – процедура, передбачена для збереження:

- 1) конфіденційності
- 2) анонімності
- 3) валідності
- 4) репрезентативності

1.12. Видача якого документу від Міністерства охорони здоров'я США передбачена в правовій системі США для регуляції дотримання конфіденційності при виконанні досліджень?

- 1) Сертифікат конфіденційності
- 2) Сертифікат конфіденційних відносин та інформації
- 3) Угода про конфіденційність відносин та інформації
- 4) Згода на обробку персональних даних

1.13. В українській правовій системі захист дослідницької, винахідницької та персональної інформації можна забезпечити укладанням:

- 1) Сертифікат конфіденційності
- 2) Сертифікат конфіденційних відносин та інформації
- 3) Угода про конфіденційність відносин та інформації
- 4) Згода на обробку персональних даних

1.14. Право людини як суб'єкта досліджень в біомедичній галузі на конфіденційність в Україні захищено наступними нормативно-правовими актами, окрім (позначте зайвий нормативний документ):

- 1) Закону України «Про Національну поліцію»
- 2) Конституції України
- 3) Закону України «Про захист персональних даних»
- 4) Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

1.15. Яке зобов'язання не покладається на комісії з питань етики при проведенні етичної експертизи дослідження?

- 1) визначити, чи достатньо мінімізовані ризики для суб'єктів дослідження
- 2) переконатись, з огляду на зміст та характер дослідження, чи є повним та адекватним зміст інформованої згоди

- 3) перевірити дотримання принципу конфіденційності та недоторканості особистого життя
- 4) впевнитись, що уразливі верстви населення достатньо соціально захищені

1.16. Яке твердження стосовно персонального складу комісії з питань етики в Україні не є вірним?

- 1) до складу комісії повинні входити і чоловіки, і жінки
- 2) голова, заступник голови та відповідальний секретар комісії обираються на засіданні комісії відкритим голосуванням
- 3) персональний склад комісії затверджується Міністром охорони здоров'я України
- 4) комісія складається не менше ніж із п'яти осіб

1.17. Яка з нижченаведених підстав не передбачає можливості розкриття інформації про пацієнта без його згоди чи згоди його законного представника?

- 1) ухвала слідчого судді у кримінальному провадженні про тимчасовий доступ до медичних документів
- 2) запит дільничного офіцера поліції
- 3) запит іншого психіатричного закладу про надання медичних даних для організації лікування пацієнта, який страждає на тяжкий психічний розлад
- 4) ухвала суду в цивільному процесі про витребування медичних документів

1.18. Нижчеперелічені нормативно-правові акти забезпечують правове регулювання дослідницької діяльності в біомедичній галузі в Україні, за винятком:

- 1) Типового положення про комісії з питань етики при лікувально-профілактичних закладах, у яких проводять клінічні випробування, затвердженого наказом МОЗ України від 23.09.2009 № 690 в редакції наказу МОЗ України від 12.07.2012 № 523
- 2) Закону України «Про лікарські засоби»
- 3) Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
- 4) Типового положення про комісію з питань етики, затвердженого наказом МОЗ України від 01.11.2000 № 281

1.19. Яким міжнародним нормативно-правовим актом регламентуються питання етичної експертизи клінічних випробувань?

- 1) Директивою Європейського парламенту та Ради від 04.04.2001 № 2001/20/ЄР «Про наближення законів, підзаконних актів та адміністративних положень країн — учасниць ЄС стосовно впровадження принципів належної клінічної практики при проведенні клінічних випробувань лікарських засобів для застосування у людей»
- 2) Гавайською декларацією Всесвітньої психіатричної асоціації від 10.07.1983
- 3) Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод від 04.11.1950
- 4) Конвенцією про права інвалідів від 13.12.2006

1.20. На якій підставі слідчий у кримінальному провадженні може отримати доступ до медичної документації?

- 1) на підставі ухвали слідчого судді про тимчасовий доступ до медичних документів
- 2) на підставі постанови прокурора
- 3) на підставі письмового запиту
- 4) на підставі усного запиту

Тема 2. DSM-5 та МКХ-10

Відео до теми 2. Застосування DSM-5 в діагностиці психічних розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин:

https://youtu.be/XVf5H2_2s



2.1. Вступ

DSM-5 (англ. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*) — п'яте видання Діагностичного та статистичного посібника з діагностики психічних розладів, розроблене Американською психіатричною асоціацією. DSM-5 є діагностичним стандартом та номенклатурою психічних розладів, що використовується в США з 2013 року. Зміни у п'ятому виданні посібника головним чином обумовлені новими дослідженнями в галузі психіатрії та досягненнями нейронаук. Значна кількість змін у цьому посібнику пов'язана із забезпеченням кращої сумісності з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), що готується до виходу.

Починаючи з 2015 р., Американська психіатрична асоціація щорічно випускає додатки до DSM-5 із змінами та доповненнями. Останній такий додаток випущено у жовтні 2018 р.

Варто зазначити, що наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.12.2016 № 1305 дозволено використовувати DSM-5 в Україні в якості міжнародного стандарту діагностики психічних розладів.

Оцінка розладів вживання психоактивних речовин у DSM-5 передбачає багаторівневий підхід: у посібнику введено підтипи (*subtypes*), додаткові ознаки (*specifiers*) і шкали ступеня тяжкості (*severity ratings*), які описують різні клінічні варіанти розладів. Шкала ступеня тяжкості передбачає такі варіанти оцінок, як легкий ступінь (*mild*), помірний ступінь (*moderate*) та тяжкий ступінь (*severe*). Оцінка симптомів допомагає лікарям-психіатрам краще визначити ступінь вираженості психічного розладу і виробити найкращу стратегію терапії.

У DSM-5 представлені розлади, пов'язані із вживанням 10 різних класів психоактивних речовин: 1) алкоголь, 2) кофеїн, 3) канабіс, 4) галюциногени, 5) інгалянти, 6) опіоїди, 7) седативні, снодійні препарати та анксіолітики, 8) стимулятори, 9) тютюн, та 10) інші (або невідомі) речовини. Представлені групи речовин є цілком окремими, однак їх спільною ознакою є здатність напряду активувати системи винагороди ЦНС при надмірному вживанні. Активація системи винагороди дає індивіду настільки інтенсивне відчуття ейфорії, що призводить до ігнорування усіх інших, нормальних видів активації цієї системи.

На додаток до розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, до діагностичної глави DSM-5 «Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин та адиктивні розлади» включена також ігрова залежність (гемблінг), яка здатна активувати системи винагороди та викликати поведінкові патерни, подібні до таких при хімічних формах залежності.

Інші форми поведінкового зловживання, такі як «Інтернет-ігрова залежність», «сексуальна залежність», «залежність від фізичних вправ» описувалися в деяких наукових дослідженнях, але не були включені до діагностичних категорій DSM-5 у зв'язку з недостатньою доказовістю даних на користь належності цих поведінкових патернів до психічних розладів.

Слід зауважити, що слово «**залежність**» (*addiction, dependence*) більше не застосовується як діагностичний термін у класифікації DSM-5, хоча в багатьох країнах, зокрема в Україні, воно широко використовується для описання виражених проблем, пов'язаних із надмірним та постійним вживанням психоактивних речовин. Натомість у DSM-5 використовується більш нейтральний термін «**розлад вживання речовини**», який описує широкий діапазон розладів, від легкої форми до важкого ступеня із компульсивним потягом до вживання психоактивних речовин. Деякі клініцисти використовують слово «залежність» для описання різко виражених клінічних проявів, однак це слово виключено з офіційної діагностичної термінології розладів вживання психоактивних речовин у DSM-5 через його неточність та потенційно негативну конотацію.

У цьому розділі DSM-5 розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, розподілені на 2 групи: **розлади вживання психоактивних речовин** (що відповідає власне зловживанню та залежності у розумінні МКХ-10) і **розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин** (гостра інтоксикація, абстиненція, депресивні та тривожні розлади, а також інші психічні розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин).

Таким чином, усі розлади, пов'язані з десятьма класами психоактивних речовин, розподіляються на наступні підтипи (з деякими винятками, що будуть розглянуті далі):

- розлад вживання;
- інтоксикація;
- абстинентний стан (синдром відміни);
- інші розлади, пов'язані із вживанням речовини;
- неспецифічні розлади, пов'язані із вживанням речовини.

2.2. Діагностичні критерії

Найбільш істотною ознакою розладів вживання психоактивних речовин є сукупність когнітивних, поведінкових і фізіологічних симптомів, які свідчать про те, що людина продовжує вживати речовину, незважаючи на значні проблеми, пов'язані з нею.

В цілому діагноз розладу вживання психоактивної речовини базується на клінічній картині патологічних поведінкових проявів, пов'язаних із використанням цієї речовини. Для допомоги в діагностиці використовуються діагностичні критерії (усього 11), які охоплюють чотири групи порушень: *порушення контролю, соціальні порушення, ризиковане вживання та фармакологічні критерії*.

До групи порушення контролю відносяться критерії 1–4:

1. Вживання речовини у більшій кількості або впродовж більшого часу, ніж планувалося.

2. Наявність бажання або безуспішних спроб зменшити або контролювати вживання речовини.

3. Витрачання значної кількості часу на діяльність, необхідну для пошуку, вживання та усунення наслідків вживання речовини.

4. Потяг, або сильне бажання вжити речовину, так званий «крейвінг». Вираженість потягу часто використовується для оцінки ефективності лікування (може бути сигналом майбутнього рецидиву).

Соціальні порушення визначені у другій групі критеріїв (критерії 5–7):

5. Наявність проблем, пов'язаних із виконанням основних завдань на роботі, навчанні чи вдома, через вживання психоактивної речовини.

6. Продовження вживання речовини, незважаючи на соціальні або міжособистісні проблеми, спричинені або ускладнені внаслідок вживання речовини.

7. Відмова або зменшення участі у важливих соціальних, професійних або розважальних заходах через вживання психоактивної речовини.

Ризиковане вживання речовини відображає третя група критеріїв (критерії 8–9):

8. Вживання речовини в ситуаціях, які можуть викликати фізичну небезпеку.

9. Свідоме продовження вживання речовини, незважаючи на виникнення постійних або періодичних соматичних чи психологічних проблем, спричинених її вживанням.

Останньою групою є фармакологічні критерії (критерії 10–11):

10. Підвищення толерантності до речовини — необхідність кількісного збільшення вживаної речовини для досягнення очікуваного ефекту чи помітне зменшення ефекту після прийому початкової дози речовини.

11. Абстинентний синдром — група симптомів, пов'язаних із припиненням вживання речовини. Ці симптоми відрізняються залежно від класу психоактивної речовини. Виражений абстинентний синдром може мати місце при зловживанні алкоголем, опіоїдами, седативними, снодійними препаратами та анксиолітиками. Менш виражений абстинентний синдром може спостерігатися при зловживанні стимуляторами, тютюном та канабісом. Доказових даних про абстинентний синдром при вживанні галюциногенів та інгалянтів немає.

Слід відмітити, що ані підвищена толерантність, ані абстинентний синдром (критерії 10, 11) не є обов'язковими для діагностики розладів вживання психоактивних речовин.

Перелічені критерії застосовуються до усіх груп психоактивних речовин, так само як і до азартних ігор, однак мають деякі винятки та специфічні відмінності.

Згідно з DSM-5, діагноз розладу вживання психоактивної речовини встановлюється відносно будь-якого з 10 перелічених класів речовин за наявності вищезгаданих критеріїв, враховуючи ступінь тяжкості розладу: 2–3 критерії — легкий ступінь розладу, 4–5 критеріїв — помірний ступінь, 6 та більше критеріїв — тяжкий ступінь.

Майже усі розлади вживання у DSM-5, так само як і у МКХ-10, кодуються шифром F1x, де перший знак (буква F) відповідає групі психічних розладів; другий знак (цифра 1) позначає «розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин»; третій знак визначає конкретну психоактивну речовину або групу речовин, вживання яких може викликати психічні та поведінкові розлади:

- F10 — алкоголь;
- F11 — опіюди;
- F12 — канабіс;
- F13 — седативні, снодійні препарати та анксіолітики;
- F14 — кокаїн;

F15 — інші стимулятори, включаючи кофеїн. Слід відзначити, що у DSM-5 кокаїн та інші стимулятори (наприклад, амфетаміни) віднесені до однієї групи стимулюючих речовин, тоді як кофеїн винесено в окрему групу;

F16 – галюциногени; у DSM-5 окремо виділений фенциклідін;

F17 — тютюн;

F18 — інгалянти;

F19 — інші (чи невідомі) психоактивні речовини.

Ігрова залежність, віднесена до розділу адиктивних розладів, має відповідні діагностичні рубрики як у МКХ-10, так і в DSM-5 — «патологічний потяг до азартних ігор» (шифр F63.0).

Для кодифікації розладів в DSM-IV використовувалися коди МКХ-9. У DSM-5 для статистичних цілей спочатку передбачалося наведення двох кодів: коду МКХ-9 і коду МКХ-10. Починаючи з жовтня 2015 р., у DSM-5 використовується виключно кодифікація МКХ-10.

Розлади вживання психоактивних речовин кодуються четвертим знаком, а саме F1x.1 або F1x.2, залежно від ступеня вираженості такого розладу.

DSM-5 також передбачає наступні додаткові ознаки перебігу розладу вживання психоактивних речовин: «рання ремісія», «стійка ремісія», «на підтримуючій терапії» та «у контрольованому середовищі». Визначення кожної із цих додаткових ознак наводиться у відповідних наборах критеріїв. Кодування ремісії здійснюється за допомогою п'ятого знаку (цифри «1»); наприклад, шифр F1x.21 може означати «рання ремісія» або «стійка ремісія».

Діагностичні критерії розладів вживання є загальними, однак передбачають деякі відмінності залежно від класу речовини.

Розлад вживання алкоголю:

F10.10 — легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.

F10.20 — помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.

F10.30 — тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

Розлад вживання опіюдів:

F11.10 — легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.

F11.20 — помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.

F11.30 — тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

Розлад вживання канабісу:

F12.10 — легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.

F12.20 — помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.

F12.30 — тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

Розлад вживання седативних, снодійних препаратів та анксиолітиків:

F13.10 — легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.

F13.20 — помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.

F13.20 — тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

Розлад вживання стимуляторів. У МКХ-10 кокаїн був виділений в окрему групу стимулюючих речовин, тоді як кофеїн був віднесений до інших стимуляторів. Натомість у DSM-5 кофеїн виділений в окрему групу і розглядається як єдина психоактивна речовина, що не викликає розлад вживання, але може спричиняти інші розлади, пов'язані із вживанням (табл. 1).

Легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.

F14.10 — кокаїн.

F15.10 — інші стимулятори.

Помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.

F14.20 — кокаїн.

F15.20 — інші стимулятори.

Тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

F14.20 — кокаїн.

F15.20 — інші стимулятори.

Розлад вживання галюциногенів. У DSM-5 фенциклідін виділений в окрему підгрупу серед галюциногенів, тому кодування відповідних розладів відрізняється. Для усіх типів галюциногенів синдром відміни (абстиненції) не встановлений (табл. 1), тому цей діагностичний критерій не застосовується.

F16.10 — легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.

F16.20 — помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.

F16.20 — тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

Розлад вживання фенциклідину:

F16.10 — легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.

F16.20 — помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.

F16.20 — тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

Розлад вживання тютюну:

Z72.0 — легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.

F17.20 — помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.

F17.20 — тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

Розлад вживання інгалянтів. Стосовно інгалянтів DSM-5 не передбачає синдрому відміни (абстиненції) (табл. 1), тому цей діагностичний критерій не застосовується.

F18.10 — легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.

F18.20 — помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.

F18.20 — тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

Розлад вживання інших (чи невідомих) речовин:

- F19.10 — легкий ступінь: наявні 2–3 критерії.
 F19.20 — помірний ступінь: наявні 4–5 критеріїв.
 F19.20 — тяжкий ступінь: наявні 6 чи більше критеріїв.

Розлад використання азартних ігор. Діагностичні критерії (усього 9) дещо відрізняються від критеріїв розладу вживання психоактивних речовин. Передбачене кодування: F63.0.

- Легкий ступінь: наявні 4–5 критеріїв.
 Помірний ступінь: наявні 6–7 критеріїв.
 Тяжкий ступінь: наявні 8–9 критеріїв.

Згідно з посібником DSM-5, клініцистам рекомендовано зазначати клас вживаної речовини, але разом із тим вказувати її конкретне найменування. Наприклад, рекомендованою буде наступна форма запису: «F13.20 — розлад вживання альпразоламу, помірний ступінь» (на відміну від запису «розлад вживання седативних, снодійних препаратів та анксиолітиків, помірний ступінь»), або: «F15.10 — розлад вживання метамфетаміну, легкий ступінь» (на відміну від запису «розлад вживання стимуляторів, легкий ступінь»).

Таблиця 3

Діагностичні категорії DSM-5, пов'язані із різними класами психоактивних речовин

Класи речовин	Психічні розлади, пов'язані із психоактивними речовинами											
	Психотичні розлади	Біполярні розлади	Депресивні розлади	Тривожні розлади	Обсесивно-компульсивні розлади	Розлади сну	Сексуальні порушення	Делірій	Нейрокогнітивні розлади	Розлади вживання психоактивних речовин	Інтоксикація	Абстинентний синдром
Алкоголь	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	I/A	C	X	X	X
Кофеїн				I		I/A					X	X
Канабіс	I			I		I/A		I		X	X	X
Фенциклідін	I	I	I	I				I		X	X	
Інші галюциногени	I*	I	I	I				I		X	X	
Інгалянти	I		I	I				I	C	X	X	
Опіюди			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X

Седативні, снодійні препарати та анксиолітики	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	C	X	X	X
Стимулятори**	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Тютюн						A				X		X
Інші (чи невідомі)	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	C	X	X	X

Примітки:

X — діагностична рубрика, передбачена DSM-5;

I — для цієї діагностичної рубрики може застосовуватися додаткова ознака «початок під час інтоксикації»;

A — для цієї діагностичної рубрики може застосовуватися додаткова ознака «початок під час абстиненції»;

I/A — для цієї діагностичної рубрики можуть застосовуватися додаткові ознаки «початок під час інтоксикації» або «початок під час абстиненції»;

C — стійкий психічний розлад;

* — в тому числі стійкий розлад сприйняття, спричинений галюциногенами (флешбеки);

** — в тому числі речовини типу амфетаміну, кокаїн та інші або неуточнені стимулятори.

Як видно з табл. 2, діагноз розладу вживання психоактивних речовин може застосовуватися відносно усіх класів психоактивних речовин, окрім кофеїну.

2.3. Різниця між зловживанням психоактивною речовиною та залежністю від психоактивної речовини

Одним із важливих питань, що відрізняє діагностичні та семантичні підходи, представлені в МКХ-10 та DSM-5 стосовно розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, є різниця у категоріях «зловживання речовиною» та «залежність від речовини». У DSM-5 такі поняття, як «зловживання речовиною» або «неодноразове вживання речовини зі шкідливими наслідками» (шифр F1x.1 у МКХ-10), поглинаються терміном «розлад вживання речовини», тому вони не розглядаються як окремі діагностичні категорії.

Неодноразове вживання психоактивної речовини зі шкідливими наслідками, або зловживання речовиною (безпосередня шкода фізичному чи психічному здоров'ю від вживання, соціально негативні наслідки; інтоксикація чи супутні психічні розлади не є обов'язковими для встановлення діагнозу) має окрему діагностичну категорію у МКХ-10 (на відміну від DSM-5), але кодування F1x.1 скоріше відповідає легкій формі розладу вживання речовини відповідно до DSM-5 (наявність 2–3 діагностичних критеріїв). Тоді як у МКХ-10 вираженість залежності від речовини окремо не визначається.

2.4. Діагностика розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин

Загальна категорія **розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин**, включає наступні рубрики:

— інтоксикація;

— абстинентний стан (синдром відміни);

- інші розлади, спричинені речовиною;
- неспецифічні розлади, пов'язані із речовиною.

Інтоксикація. Це зворотний симптомокомплекс, зумовлений нещодавнім прийомом психоактивної речовини, специфічний для конкретної речовини. Клінічно значущі психічні та поведінкові зміни, характерні для інтоксикації (наприклад, войовничість, нестабільність настрою, порушення суджень тощо) пов'язані з особливостями фізіологічної дії речовини на центральну нервову систему і розвиваються під час її використання або незабаром після її використання. Ці симптоми не пов'язані з іншою соматичною патологією і не можуть бути більш переконливо пояснені іншим психічним розладом. Інтоксикація поширена серед осіб із розладами вживання речовин, але також часто зустрічається і в осіб, які не страждають на розлад вживання. Ця категорія не поширюється на тютюн (табл. 1).

Стан інтоксикації у DSM-5 кодується відповідно п'ятим та шостим знаками (цифри «29») для усіх класів речовин, завжди у поєднанні із четвертим знаком «1» чи «2» (що свідчить про наявність розладу вживання речовини різного ступеню). Наприклад, F1x.129 чи F1x.229 — легкий чи помірний (тяжкий) ступінь розладу вживання речовини, стан інтоксикації речовиною. Це відрізняється від кодування у МКХ-10, де гостра інтоксикація віднесена до іншої категорії, окремої від синдрому залежності, із шифром F1x.0.

Абстинентний стан. Важливою особливістю абстинентного стану є розвиток специфічних для речовини поведінкових змін із супутніми фізіологічними та когнітивними проявами, пов'язаних із припиненням або зменшенням тривалого та інтенсивного вживання речовини. Цей стан має специфіку, залежну від конкретного типу речовини. Абстинентний стан викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальних, професійних або інших важливих сферах функціонування. Симптоми не пов'язані з іншою соматичною патологією і не можуть бути більш переконливо пояснені іншим психічним розладом. Абстиненція зазвичай, але не завжди, пов'язана із розладом вживання речовини. Більшість осіб зі станом відміни відчувають необхідність повторно приймати речовину для зменшення симптомів абстиненції.

Стан абстиненції у DSM-5 кодується відповідно п'ятим та шостим знаками (цифри «39») для усіх класів речовин, завжди у поєднанні із четвертим знаком «2» (що свідчить про наявність розладу вживання речовини лише помірного або важкого ступеню). Наприклад, F1x.239 — помірний чи важкий ступінь розладу вживання речовини, абстинентний стан. Варто зазначити, що в МКХ-10 абстиненція вважалася специфічним клінічним проявом залежності, а кодування стану відміни було виділено в окрему категорію з шифром F1x.3.

Як інтоксикація, так і абстинентний синдром мають специфічні діагностичні критерії залежно від класу речовини.

Супутні (інші) психічні розлади, спричинені психоактивними речовинами можуть бути викликані усіма 10 класами речовин, які здатні викликати розлади вживання, а також азартними іграми. Серед цих розладів виділяють наступні:

- психотичні розлади;
- біполярні розлади;
- депресивні розлади;

- тривожні розлади;
- obsесивно-компульсивні розлади;
- розлади сну;
- сексуальні порушення;
- делірій;
- нейрокогнітивні розлади.

Важливо відмітити, що кожен із цих супутніх психічних розладів може бути діагностований і як окремий психічний розлад, тобто без зв'язку із психоактивною речовиною (чи поведінковою залежністю). Діагностичні критерії таких розладів описані у відповідних розділах DSM-5. Разом із тим **усі психічні розлади, спричинені психоактивними речовинами, мають наступні загальні критерії:**

A. Наявність клінічно значимих симптомів відповідного психічного розладу.

B. Наявність анамнестичних відомостей, даних соматичного та лабораторного обстеження, які б вказували на дві наступних обставини:

- 1) розлад виник протягом 1 місяця після інтоксикації чи синдрому відміни; та
- 2) відповідна психоактивна речовина здатна викликати такий психічний розлад.

C. Захворювання не може бути більш переконливо пояснене як самостійний психічний розлад. Докази на користь самостійного характеру такого психічного розладу можуть бути наступними:

1) розлад передував виникненню важкої інтоксикації або абстиненції;

2) розгорнута клінічна картина психічного розладу зберігалася протягом значного періоду часу (принаймні 1 місяця) після завершення гострого синдрому відміни або тяжкої інтоксикації. Цей критерій не поширюється на спричинені речовиною нейрокогнітивні розлади або хронічні галюцинаторні розлади, які зберігаються і після завершення гострої інтоксикації або стану відміни.

D. Розлад не виникає виключно в рамках деліріозного синдрому.

E. Розлад викликає клінічно значущі порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування.

Існують деякі загальні тенденції щодо речовин та притаманним їм супутнім психічним розладам. Взагалі, седативні речовини (седативні, снодійні препарати, анксиолітики та алкоголь) можуть викликати значні депресивні розлади під час інтоксикації, тоді як для синдрому відміни більш характерні тривожні розлади. Для стимуляторів під час інтоксикації більш характерні психотичні та тривожні розлади, а супутні тяжкі депресивні розлади спостерігаються під час абстиненції. Як стимулюючі, так і седативні групи речовин можуть спричиняти розвиток виражених, але тимчасових порушень сну чи сексуальних розладів. Ігрова залежність досить часто пов'язана із біполярними розладами, депресивними чи тривожними розладами тощо. Відповідні закономірності показані у табл. 1.

Кодування супутніх психічних розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, здійснюється частково в рамках розладів вживання речовин. Так, делірій внаслідок вживання психоактивних речовин кодується як F1x.4; психотичні, біполярні та депресивні розлади — в розділі F1x.5 (з уточненням форми розладу за допомогою п'ятого знаку), нейрокогнітивні розлади — у розділі F1x.6, інші супутні психічні розлади психотичного та непсихотичного регістру — у розділі F1x.8 (як інші психічні та поведінкові розлади), або додатковими шифрами з відповідних інших розділів.

Неспецифічні пов'язані з речовиною розлади. Ця категорія являє собою розлади, в яких переважають симптоми, характерні для захворювання, пов'язаного з психоактивною речовиною, що викликають клінічно значимі страждання або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування, але не відповідають усім критеріям специфічного, пов'язаного з речовиною розладу у відповідному діагностичному розділі. Кодування цього класу розладів відрізняється визначенням класу речовини та відповідно четвертим і п'ятим знаками (цифри «99»), що вказує на неспецифічність розладу — F1x.99.

2.5. Співвідношення між DSM-5 та МКХ-10

Таким чином, діагностичні підходи, які використовуються діагностичними стандартами DSM-5 та МКХ-10, загалом не суперечать один одному, однак мають деякі відмінності, які повинні враховуватися дослідниками у цій сфері.

Найбільш істотні відмінності полягають у наступному:

- використання загальних діагностичних критеріїв залежності DSM-5 — як у якісному, так і в кількісному аспекті;
- кількісне використання критеріїв розладу вживання DSM-5 для визначення ступеня вираженості (легкий, помірний, тяжкий ступінь розладу вживання);
- заміна менш визначеного та більш стигматизуючого терміну «залежність» з МКХ-10 на термін «розлади вживання речовин» у DSM-5;
- наявність категорії «зловживання речовиною» у МКХ-10 на відміну від DSM-5, її співвідношення з легким ступенем розладу вживання речовини у DSM-5;
- ігрова залежність («гемблінг») у DSM-5 віднесена до розділу «Розлади пов'язані з уживанням психоактивних речовин та адиктивні розлади»
- деякі відмінності у кодуванні розладів, пов'язаних із вживанням речовин у DSM-5 та МКХ-10.

Інші відмінності є менш істотними і стосуються окремих діагностичних категорій.

Перелічені відмінності слід враховувати при використанні валідизованого дослідницько-діагностичного інструментарію, який у більшості випадків відповідає діагностичним підходам та потребам DSM-5.

Тестові завдання до теми 2

- 2.1. У DSM-5 представлені наступні класи речовин, з якими можуть бути пов'язані розлади вживання:**
- 1) алкоголь, опіоїди, тютюн та інші (чи невідомі) речовини
 - 2) стимулятори, галюциногени
 - 3) канабіс, інгальянти, седативні, снодійні препарати та анксіолітики
 - 4) усі перелічені
- 2.2. Чому термін «залежність» виключено з DSM-5 та замінено на «розлад вживання речовини»?**
- 1) через неможливість включення у цей термін категорії «зловживання»
 - 2) через неточне визначення цього терміну та його потенційно негативну інтерпретацію
 - 3) через невизначеність ступенів тяжкості цього розладу
- 2.3. Вірним є твердження, що розлад вживання речовини...**
- 1) може діагностуватися відносно усіх 10 перелічених класів психоактивних речовин та азартних ігор
 - 2) може діагностуватися відносно усіх 10 перелічених класів психоактивних речовин, окрім кофеїну
 - 3) може діагностуватися відносно усіх 10 перелічених класів психоактивних речовин, окрім тютюну
- 2.4. Діагностичні критерії розладів вживання речовин охоплюють 4 наступні групи порушень:**
- 1) порушення контролю, соціальні наслідки, ризик для життя та фармакологічні критерії
 - 2) контрольовані порушення, соціальні порушення, ризиковане вживання та фармакодинаміка речовини
 - 3) порушення контролю, соціальні порушення, ризиковане вживання та фармакологічні критерії
- 2.5. Яка характеристика для категорії «зловживання речовиною» є вірною відносно DSM-5?**
- 1) ця діагностична категорія не є виокремленою та розглядається як легкий ступінь розладу вживання речовини у DSM-5
 - 2) як при «зловживанні речовиною» так і при «вживанні речовини» можлива асоціація з інтоксикацією, тож ці розлади є зіставними у DSM-5
 - 3) це вживання психоактивної речовини, що не викликає значних супутніх проблем

2.6. Інтоксикація – це...

- 1) розвиток специфічних для речовини проблемних поведінкових змін із супутніми фізіологічними та когнітивними проявами, що пов'язано з припиненням або зменшенням важкого та тривалого вживання речовини
- 2) стан, що може бути викликаний усіма 10 класами речовин, які здатні викликати розлади вживання речовин, а також азартними іграми, та може бути діагностований як окремий психічний розлад, без асоціації з психоактивною речовиною (чи поведінкою) згідно з діагностичними критеріями відповідних розділів
- 3) розвиток оборотного синдрому, специфічного для психоактивної речовини, внаслідок її нещодавнього прийому
- 4) розлади, в яких переважають симптоми, характерні для захворювання, пов'язаного з психоактивною речовиною, але не відповідають усім критеріям специфічного, пов'язаного з речовиною розладу у діагностичному класі

2.7. Абстинентний стан – це ...

- 1) розвиток специфічних для речовини проблемних поведінкових змін із супутніми фізіологічними та когнітивними проявами, що пов'язано з припиненням або зменшенням важкого та тривалого вживання речовини
- 2) може бути викликаний усіма 10 класами речовин, які здатні викликати розлади вживання речовин а також азартними іграми та може бути діагностовано, як окремий психічний розлад, без асоціації з психоактивною речовиною (чи поведінкою) згідно з діагностичними критеріями відповідних розділів
- 3) розвиток оборотного синдрому, специфічного для психоактивної речовини, внаслідок її нещодавнього прийому
- 4) розлади, в яких переважають симптоми, характерні для захворювання, пов'язаного з психоактивною речовиною, але не відповідають усім критеріям специфічного, пов'язаного з речовиною розладу у діагностичному класі

2.8. Коморбідні психічні розлади, асоційовані з психоактивною речовиною – це ...

- 1) розвиток специфічних для речовини проблемних поведінкових змін із супутніми фізіологічними та когнітивними проявами, що пов'язано з припиненням або зменшенням важкого та тривалого вживання речовини
- 2) можуть бути викликані усіма 10 класами речовин, які здатні викликати розлади вживання речовин, а також азартними іграми, та може бути діагностовано, як окремий психічний розлад, без асоціації з психоактивною речовиною (чи поведінкою) згідно з діагностичними критеріями відповідних розділів
- 3) розвиток оборотного синдрому, специфічного для психоактивної речовини, внаслідок її нещодавнього прийому
- 4) розлади, в яких переважають симптоми, характерні для захворювання, пов'язаного з психоактивною речовиною, але не відповідають усім критеріям специфічного, пов'язаного з речовиною розладу у діагностичному класі

2.9. Неспецифічні пов'язані з речовиною розлади – це ...

- 1) розвиток специфічних для речовини проблемних поведінкових змін із супутніми фізіологічними та когнітивними проявами, що пов'язано з припиненням або зменшенням важкого та тривалого вживання речовини
- 2) можуть бути викликані усіма 10 класами речовин, які здатні викликати розлади вживання речовин, а також азартними іграми, та може бути діагностовано, як окремий психічний розлад, без асоціації з психоактивною речовиною (чи поведінкою) згідно з діагностичними критеріями відповідних розділів
- 3) розвиток оборотного синдрому, специфічного для психоактивної речовини, внаслідок її нещодавнього прийому
- 4) розлади, в яких переважають симптоми, характерні для захворювання, пов'язаного з психоактивною речовиною, але не відповідають усім критеріям специфічного, пов'язаного з речовиною розладу у діагностичному класі

2.10. Яке твердження щодо розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, не є вірним?

- 1) категорія інтоксикації не поширюється на тютюн
- 2) наявність толерантності чи абстинентного синдрому є обов'язковою для діагностики розладів вживання психоактивних речовин
- 3) діагностична категорія абстинентного стану не поширюється на класи галюциногенів та інгалянтів

Тема 3. Форми вимірювання вживання, зловживання та залежності

Зв'язок між цілями використання наукових даних та формами оцінювання вживання, зловживання та залежності від психоактивних речовин

3.1. Роль теорії у вимірюванні

Відео 3.1 Роль теорії у вимірюванні:

<https://youtu.be/cmY0GGEGGuw>



Політ і Бек (2008, с.140) визначають поняття **“теорії”** як абстрактного узагальнення, що пропонує систематичне пояснення взаємозв'язків між явищами. Керлінгер (1973, с.9) визначив теорію як *“сукупність взаємопов'язаних конструктів, визначень і пропозицій, які надають можливість систематично розглядати явища шляхом уточнення відносин серед змінних з метою пояснення та прогнозування явищ”*. Політ і Бек (2008, с.57) відзначають, що теорія – це *“систематичне, абстрактне пояснення певних аспектів реальності. В теорії концепції поєднуються і разом формують цілісну систему опису чи пояснення певного аспекту світу”*.

Теоретичні рамки визначають “маршрут або контекст для дослідження проблем або для розробки і перевірки гіпотез, виявляють сутність проблеми чи результатів дослідження узагальнюючи існуючі знання у галузі дослідження та виявляючи зв'язки між концепціями” (LoBiondo-Wood & Haber, 1994, с.144). Політ і Бек (2008, с.141) використовують поняття “концептуальні моделі”, “концептуальні рамки” та “концептуальні схеми” взаємозамінно як такі, що є “менш формальними, порівняно з теоріями, спробами організації феноменів”. Наприклад, Бурлака (2017) використав екологічну концептуальну модель для дослідження чинників пов'язаних зі зловживанням алкогольними напоями серед дітей та підлітків. Дослідження показало, що на зловживання алкоголем мали вплив як індивідуальні чинники (стать, вік, екстерналізована психопатологія) так і чинники у безпосередньому оточенні дитини, такі як наявність друзів, що люблять випити та неефективні методи батьківського виховання.

Концепція – це думка або ідея, а той час коли **феномен** – це відображення реальних фактів чи подій. Аби операціоналізувати концепцію, необхідно її представити у вигляді набору подій чи поведінкових проявів, які можна вимірювати. Наприклад, Кемпбел (1963) операціоналізував концепцію “ставлення” як послідовну реакцію людини на певну категорію стимулів. Стимулом можуть бути 50 тверджень щодо зловживання психоактивними речовинами, як, наприклад, у розробленій Чапелом Вічем та Кругом (1985) Анкеті щодо Ставлення до Зловживання Психоактивними Речовинами. Респонденти відзначають своє ставлення за шкалою Лікера з п'яти градацій, від “зовсім не згоден” до “повністю згоден” щодо різних аспектів зловживання алкоголем та наркотиками. Анкета оцінює п'ять факторів: вседозволеність (“Марихуану потрібно легалізувати”), втручання/лікування (“Лікарі, які діагностують алкоголізм рано, покращують шанс на успіх у лікуванні”), нестереотипи (“Той, хто чисто голиться і коротко стрижеється, напевно, не вживає

незаконних наркотиків”), оптимізм щодо лікування (“Наркоманія є виліковною хворобою”) та неморалізм (“Алкоголізм пов’язаний зі слабкою волею”).

Поняття “змінна” застосовують до аспектів дійсності, які можна змінювати. Змінні досліджують за допомогою інструментів. Підбір інструментів є частиною процесу “вимірювання”, або присвоєння числових значень об’єктам для позначення атрибутів або характеристик, якими володіють ці об’єкти. З розвитком доказових практик, велика увага приділяється вимірюванню змінних пов’язаних із *процесом* надання медичних, навчальних та соціально-психологічних послуг, а також змінних, що вимірюють *результативність* таких послуг.

3.2. Стандартизовані інструменти

Стандартизовані інструменти – це шкали та тести, оприлюднені і доступні до застосування у дослідженнях. Стандартизовані інструменти можуть фокусуватися на одному напрямку, а можуть бути спрямовані на численні пов’язані між собою конструкти. Такі інструментами можуть застосовуватись при співбесіді або відносно самого себе. Вони сприймаються як короткі відомості про себе, оскільки відповіді надають безпосередньо учасники. Інші стандартизовані інструменти застосовуються у ході спостереження.

Норми та критичні рівні:

Норми визначаються для кожної цільової групи. Це стандартизовані бали за різними методиками досліджень для кожної групи (вікової чи соціально-демографічної). Норми, що застосовуються в навчальних закладах відрізняються від тих, що застосовуються поза їх межами. Дослідникам слід завжди брати до уваги, які критерії слід обрати, а які не є актуальними для завдань даного опитування.

Деякі з інструментів містять так званий “клінічний рівень”, який визначає відмінність між ступенями вираженості психічного стану або рівня продуктивності. Дослідники можуть підрахувати фактичну різницю балів між групами осіб, які зіштовхуються та не зіштовхуються з певною проблемою.

Як дослідники використовують стандартизовані інструменти

Зазвичай ці інструменти містять комбінацію декількох запитань, які потім об’єднують у шкали, для відображення одного конструкту. Стандартизовані інструменти використовують декілька запитань, щоб уникнути систематичної помилки у результатах. Елементи стандартизованих інструментів можуть бути різними – це можуть бути не тільки запитання, але й безпосереднє спостереження або опис моделей поведінки.

Навіть якщо інструмент може включати декілька елементів, дослідник компілює ці елементи для отримання єдиного результату або підсумкового балу. Такий результат може бути індексом або шкалою.

1. **Індекс:** вдосконалюється за допомогою додавання результатів відповідей або при їх сумуванні з наступним діленням на кількість відповідей, щоб отримати середній бал.

2. **Шкала:** використовує переваги будь-якої порядкової або рангової структури. Порядок може існувати серед її елементів (відповідей) – від мінімуму до максимуму, або від максимально негативного значення до максимально позитивного. Найчастіше використовується п’яти позиційна

шкала (відповіді нумеруються від 1 до 5). Подібні шкали повинні бути добре зваженими та валідізованими.

Як дослідники отримують доступ до стандартизованих інструментів

Найпростіший шлях – використання Інтернету для пошуку стандартизованих інструментів, що полегшує цей процес. Все, що потрібно зробити – просто задати у пошук ключові слова з назвою інструменту у пошуковій системі, такій як Google або Yahoo. Університетські бібліотеки також містять багато інформації щодо вимірювань та можуть допомогти у пошуку. Іноді Ви може навіть знайти попередню інформацію відносно результатів та звітів.

Навіть якщо ці інструменти загальнодоступні, безпосереднє використання може вимагати копіювання або передрукування форми. Деякі інструменти можуть бути захищені авторським правом установ, що вимагає сплати внеску за їхнє використання. Інші інструменти можуть бути безкоштовними, але виключно для використання у дослідженні, але не для клінічної практики або вимірювання ефективності якоїсь програми.

Розробники інструментів часом вимагають мінімальної кваліфікації осіб, які будуть використовувати інструмент для потреб дослідження. Наприклад, для використання Опитувальника Дитячої Поведінки Ейберг (Eyberg Child Behavior Inventory) потрібно мати чотири роки досвіду роботи у відповідній сфері. Вся подібна інформація зазвичай публікується разом з інформацією про купівлю. За запитом розробники висилають зразки особі, що використовує їх для вимірювання. Іноді веб-сайти містять розміщені видавцем інструменти, що дозволяє з ними попередньо ознайомитися. Дослідникам рекомендується переконатися, що опитувальник їм підходить та досконало вивчити договір купівлі інструментарію.

3.3. Нестандартизовані інструменти

Щоденники

Щоденники є засобами для збору даних при проведенні **описового дослідження**. Наприклад, при вивченні вагітності можна використати щоденник, щоб учасниці дослідження збирали інформацію стосовно своєї вагітності від запліднення до родів.

Щоденник вважатиметься доцільним тоді, коли в ньому ефективно і точно описуються всі значні та незначні події. Єдиний спосіб досягти цього – коли учасники володіють відповідними сталими мовними навичками та мають бажання регулярно вести записи в журналі.

Ретроспективні дані – це спогади учасників про те, що сталося у минулому. Іноді ми самі можемо “створювати спогади”. Ми можемо змінювати або прикрашати їх, тож опис спогаду є значно надійнішим, коли його зафіксовано в той час, коли він має місце, а не через три тижні.

Щоденник може вважатися надійним джерелом інформації, оскільки безпосередні події одразу документуються. Іноді, у ході ведення щоденнику, учасники можуть втомитися від описування вражень і особа може щось пропустити, або змінити якусь частину, щоб зробити її більш цікавою, або навіть перефразувати усі враження. Це може вплинути на достовірність щоденника.

Якість ведення залежатиме від того чи учасник любить писати і чи налаштований він на цей процес. З іншого боку, якість залежить від того, чи є у дослідників час на вичитку інформації та її аналіз. Обсяг та детальність інформації у щоденнику залежить від чутливості учасника. Для того, щоб інформація відображалася у всій достовірності та повноті, враження мають бути описані максимально детально.

Щоденники можуть викликати зворотну реакцію. Їх часто використовують як терапевтичну техніку для того, щоб заохотити особу рефлексувати над написаним, що може розкрити більш глибоке значення слів. Це може призвести до позитивних змін в особистості.

Коли дослідники обирають інтерпретативне дослідження, вони бажають зафіксувати досвід учасників, а також його фактичне значення, на конкретний момент. Заохочення учасників до рефлексії спонукає їх зрозуміти справжнє значення власних слів. Впродовж дослідження самі дослідники також ведуть щоденники.

Журнали

Більшість дослідників використовує журнали у своїй практиці коли, наприклад, записують хід експерименту. Коли журнали використовуються у дослідженні, вони є основним місцем, куди учасники записують інформацію у формі нотаток, описуючи свої враження. Ці нотатки структуровані і включають різні підрозділи, зазвичай це опис події, що, коли і де відбувалось, хто був присутній, та ін.

Цей інструмент є більш надійним ніж щоденники, оскільки записи структуровані, що допомагає учасникам продовжувати їх ведення. Крім того, це підвищує вірогідність що фактичний досвід буде записано точно. Такий спосіб фіксації є більш корисним, оскільки вимагає меншої кількості обов'язків від учасника, а також менших затрат часу від дослідника на аналіз. Журнали легко змінювати, оскільки вони включають в себе невелику кількість деталей та менше залежать від рефлексії учасників.

Кількісні та якісні методи дослідження

За характером методи досліджень діляться на *кількісні* (відповідають на питання скільки і де) та *якісні* (відповідають на питання як і чому). Кількісні методи отримали свою назву через націленість на отримання кількісної інформації про велике число об'єктів дослідження (Serdiuk & Burlaka, 2018). Такі дослідження призначені для вивчення об'єктивних, кількісно вимірюваних характеристик поведінки людей, вони застосовуються тоді, коли необхідні точні, статистично надійні дані. Кількісні методи дослідження є найбільш вживаними, оскільки їх використання дає змогу розповсюджувати результати дослідження на всю сукупність і говорити узагальнено про генеральну сукупність, внаслідок охоплення багатьох респондентів. В основі методик кількісних досліджень завжди лежать статистичні моделі, використовуються великі вибірки, що дозволяє виявити кількісні (числові) значення досліджуваних показників. До вибірки в кількісних дослідженнях висуваються жорсткі вимоги, які базуються на теорії вірогідності і математичної статистики. Обробка інформації в таких дослідженнях здійснюється за допомогою впорядкованих процедур, кількісних за своєю природою. Результати досліджень статистично достовірні, їх можна екстраполювати на все населення чи на ту групу, на яку направлено дослідження.

Якісні методи досліджень використовуються для виявлення мотиваційних аспектів поведінки респондентів, персональних очікувань, уявлень, цінностей тощо. На відміну від кількісних методів, що ґрунтуються на статистичних процедурах, якісні дослідження носять нестандартизований характер. Одна з переваг методу – надання можливості респондентам вільно висловлюватися, що сприяє розкриттю їх внутрішніх цінностей та переживань, стимулює їх креативний потенціал.

Кожен набір методів має своє дослідницьке призначення. На основі якісних методів неможливо досліджувати макросоціальні та епідеміологічні явища і процеси. У випадках, коли потрібно вивчити взаємодію груп, страт, соціальних верств, етносів, регіонів і інших соціальних утворень, без кількісних методів обійтися неможливо. Якісні методи тут теж прийнятні, але не в ролі основних, а додаткових. Співвідношення між цими методами зміниться з точністю до навпаки, якщо треба досліджувати індивідуальні явища і процеси.

Кількісні та якісні методи взаємно доповнюють один одного. Кожен якісний метод включає в себе певні кількісні методи збору та обробки інформації: контент-аналіз, спостереження, деякі різновиди інтерв'ювання тощо. При цьому кількісні методи змінюють своє призначення, мають на меті поглиблення розуміння мікросоціальних явищ суспільного життя, стають компонентами якісних методик. Дослідницькі інструменти для кількісних вимірювань розробляються до польового етапу і є формалізованими, схожими для всіх дослідників. Натомість інструментарій якісних вимірювань визначається як до польового етапу, так і в його ході і є неформалізованим, таким що відображає індивідуальний дослідницький досвід.

3.4. Зв'язок між формами оцінювання вживання, зловживання та залежності від психоактивних речовин та цілями використання наукових даних

Відео 3.4. Зв'язок між цілями використання даних та формами оцінювання вживання, зловживання та залежності:



https://youtu.be/JS_2j27wj-l

Вибір підходу до вимірювання переважно залежить від того, яким чином планується надалі використовувати зібрані наукові дані. Загальноприйнятним є підхід, коли спочатку формулюють *конкретну мету дослідження* або *наукове питання*. Конкретна мета часто відображає особисті інтереси дослідників. Ці інтереси нерідко пов'язані з їхнім минулим досвідом. Наприклад, дослідниця вирішує проводити дослідження впливу батьківського алкоголізму на поведінку дитини через те що дослідниця сама виховувалася у такій родині. Можливо, її батько в свій час не отримав допомоги з боку суспільства і це тепер мотивує фахівця впроваджувати важке дослідження аби знайти відповідь на наукове питання “Які заходи з боку медико-психологічних служб призводять до ремісії алкоголізму серед чоловіків”?

Окрім особистого інтересу, дослідники нерідко проводять аналіз доцільності і реалістичності мети дослідження. Тобто, чи дасть запропоноване дослідження відповідь на наукове питання? Наприклад, сучасна наука неспроможна дати відповідь на питання щодо впливу інтенсивності електромагнітного випромінювання

пульсарів на дієвість молитви серед мешканців Чугуївського району Харківської області через брак відповідних технічних засобів а також тому що предмет дослідження частково виходить за рамки людського розуміння природи.

Конкретна мета допомагає визначитися з дизайном дослідження, з типом вибірки, кількістю учасників, із фахово-кількісним складом науково-дослідницької групи, яка втілюватиме дослідження а також з об'ємом і структурою фінансування запланованих дослідницьких ініціатив. Таким чином усі наступні заходи у дослідженнях включно із системою вимірювання є сфокусованими і логічно витікають з конкретно визначеної мети.

Вимірювання є пізнавальним процесом визначення числового чи смислового значення вимірюваних властивостей, таких як поведінкові прояви, соціально-побутові обставини чи психологічні стани, дослідним шляхом із застосуванням вимірювального інструментарію. Як правило, вимірювальні інструменти мають нормовані психометричні властивості і спрямовані на отримання вимірювальної інформації, яка може сприйматися і використовуватися у вигляді чисел, діаграм (кількісні методи досліджень), та описово-якісних характеристик (якісні методи досліджень).

В даному курсі насамперед розглядається вимірювання крізь призму кількісних методів дослідження, тобто має за основну мету відповідь на питання, як виміряти у числових значеннях ступінь залучення індивідів до вживання та зловживання хімічними речовинами. В рамках кількісної наукової парадигми, учасники, як правило, відповідають на статистично нормовані запитання, заздалегідь сформульовані в рамках певної теорії. Ці запитання зібрані в опитувальники, шкали, анкети які дають можливість задокументувати відповіді, провести їхню статистичну обробку і зробити висновки щодо поширеності чи інтенсивності певних видів поведінки, ставлень або поглядів. Найрозповсюдженішими способами адміністрування запитань є самостійне заповнення анкети учасниками, заповнення інтерв'юером і комбінований підхід.

У секторі охорони здоров'я часто виникає потреба вимірювання *технологічних процесів*, наприклад, якості розробки та впровадження інноваційних практик, а також *результативності* надаваних послуг. Наприклад, Рубін, Проновост і Діет (2001) вказують на важливість розробки і вимірювання індикаторів якості послуг, *“які дадуть уявлення про можливості покращення якості обслуговування”*, та вкажуть на шляхи оптимізації послуг у майбутньому. *“Розробка процесу вимірювання включає визначення мети та аудиторії на яку буде спрямовано вимірювальний інструментарій, вибір клінічної сфери для оцінки, організацію команди спеціалістів, які виконуватимуть оцінювання, вибір компонента процесу для вимірювання, розробку індикаторів, проведення попередніх тестів щодо доцільності, надійності та валідності, а також визначення бальних та аналітичних характеристик”* (с. 489-496). Вимірювання результативності інтервенції представлено у роботі Барретт та ін. (2001), які провели рандомізоване клінічне дослідження і оцінили результативність індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), сімейної терапії, комбінованої індивідуальної та сімейної терапії та групового втручання для 114 підлітків, які зловживали психоактивними речовинами.

Два важливих аспекти вимірювання - надійність та валідність будуть більш докладно розглянуті в подальших розділах. Надійний інструмент даватиме подібні

результати за подібних умов. Валідність стосується здатності інструменту вимірювання відображати власне те явище, яке вимірюється (або інформаційний концепт). Аби забезпечити достовірність інформації, важливо, за можливості, використовувати декілька інструментів або методів вимірювання певного конструкту змінної та отримувати інформацію з різних джерел.

Наприклад, Ахенбах та ін. (2005) провели дослідження щодо узгодженості оцінки психопатології самими дорослими та сторонніми "інформаторами", які були знайомі з людьми, яких оцінювали. Автори проаналізували 51000 статей, опублікованих впродовж 10 років у 52 рецензованих журналах на предмет кореляції між самооцінкою та оцінками незалежних інформаторів. Коли оцінку проводили однаковими інструментами, кореляція склала 0,681 щодо психоактивних речовин, 0,428 щодо інтерналізованих поведінкових проблем та 0,428 щодо екстерналізованих проблем поведінки. Коли використовували різні інструменти, середня кореляція становила 0,304. Дане дослідження вказує на доцільність систематичного збору даних з різних джерел.

3.4.1. Скринінги в закладах охорони здоров'я та освіти

Підходи до вимірювання залежать від того, з якою метою будуть використані дані. Розглянемо використання скринінгових тестів. Скринінг-тести поширені в таких місцях, як заклади первинної медичної допомоги та відділення невідкладної допомоги, як швидкий і економічно ефективний спосіб виявити існуючі проблеми або проблеми, які можуть виникнути в майбутньому. Проблемами ми вважаємо негативні, часто неочікувані, наслідки вживання психоактивних речовин (ПАР). Скринінг має на меті визначити, чи є у людини підвищений ризик виникнення проблем, пов'язаних із вживанням ПАР, з метою надання послуг з профілактики чи лікування, які могли б ефективно запобігти або зупинити ризиковану поведінку та умови які її спричинили.

Процедури скринінгу допомагають швидко оцінити психосоціальні, емоційні та поведінкові аспекти функціонування особистості. Універсальний скринінг спрямовують на всіх пацієнтів медичної установи. Скринінг може проводитися у формі короткого опитування, у формі оцінки медичною сестрою поведінки пацієнта, пацієнти можуть самостійно давати відповіді та запитання анкети щодо вживання психоактивних речовин, або у формі аналізів сечі та крові. Скринінг допомагає фахівцям з питань поведінкового здоров'я та медичному персоналу швидко приймати рішення, засновані на даних, які спрямовують подальший хід роботи з людиною як у медичних, так і в соціальних, освітніх, а іноді й у кримінальних установах та закладах. Важливо обрати відповідні психометричні інструменти для виявлення проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

Як правило, вибір інструментів вимагає певного рівня компетентності та попередньої підготовки, тому установам охорони здоров'я рекомендується співпрацювати з дослідниками, які мають підготовку у цій галузі, наприклад з державними науково-дослідними інститутами Академії медичних наук або з університетами.

Скринінг-тести потрібно проводити настільки регулярно, наскільки це дозволяють наявні ресурси. Загальний скринінг зазвичай проводять із усіма новими пацієнтами одразу після госпіталізації або під час профілактичних оглядів здоров'я.

Застосування скринінг-тестів у школах через рівні інтервали часу дозволяє робити висновки щодо траєкторій вживання речовин та оцінювати ефективність програм. Часто скринінгові тести містять супроводжувальні інструкції, які дозволяють швидко інтерпретувати результати. В інших випадках використовують онлайн-платформи та комп'ютерні програми. Важливо швидко обробляти дані, щоб вони не застаріли. Результати скринінгів доцільно використовувати для поліпшення якості профілактичних та лікувальних заходів та для розробки політичних рішень.

Одним з найрозповсюдженіших скринінгових інструментів у Сполучених Штатах є Скринінг, Коротке Втручання та Направлення на Лікування (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment, SBIRT). Цей інструментарій пропонує швидкий, простий спосіб виявлення осіб, які мають ризикований рівень вживання ПАР. Він також містить інструкцію для фахівців щодо короткого втручання та направлення до спеціалізованих лікувальних установ.

Отже, скринінгові тести є ефективними інструментами оцінювання потреб та проблем на основі даних для формування багаторівневих стратегій втручання з метою раннього виявлення вживання психоактивних речовин та супутніх психосоціальних проблем. У цій якості дані скринінгових процедур можуть бути корисними для дослідницьких цілей, спрямованих на підвищення ефективності послуг для людей, що мають підвищений ризик розвитку залежності від ПАР.

3.4.2. Вимірювання в наркологічній службі (соціально-психологічний та психіатричний нагляд)

В наркологічних службах може існувати кілька ситуацій, коли використання досліджень вважається доречним (Serdiuk, 2008). Насамперед, керівництву закладів, міських та обласних управлінь потрібно відстежувати і аналізувати також типологію клієнтів, які користуються послугами служб з метою складання відповідних бюджетів, а також щоб планувати використання приміщень, людських ресурсів та навчання персоналу. По-друге, наркологічні служби зацікавлені здійснювати моніторинг наркоситуації в суспільстві. По-третє, вимірювання є основою роботи, спрямованої на надання клінічних послуг, аби розуміти, чи призводять ці послуги до змін у поведінці клієнтів.

Використання скринінгових інструментів дозволяє здійснювати моніторинг наркоситуації в суспільстві, отримувати дані щодо клієнтів. Прикладами таких інструментів є Короткий скринінг на алкоголь і наркотики CRAFFT, Тест на виявлення порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю AUDIT-C, Тест на виявлення порушень, пов'язаних із вживанням наркотиків DUDIT, Тест на виявлення порушень вживання канабісу (переглянутий) CUDIT-R. Більш детально ми розглянемо ці інструменти впродовж 9 тижня.

У випадках коли потрібно отримати поглиблене розуміння проблеми (ведення клінічного випадку) доцільним є використання шкал і структурованих інтерв'ю. Одна з дилем, з якою нерідко зустрічаються працівники наркологічних служб полягає в тому, що клієнти одночасно мають проблеми з вживанням ПАР та психіатричні проблеми. Спеціалісту важливо знати, чи психіатричні проблеми призводять до зловживання (наприклад, пацієнт з депресією вживає спиртне, щоб краще почуватися), або навпаки (пацієнт вживає спиртне що призводить до галюцинацій). У таких випадках

визначитися зі стратегією допомоги пацієнтам допомагають більш глибокі інструменти. Більш детально ці підходи будуть розглянуті впродовж 4, 12 та 13 тижнів.

Останні десятиліття наркологічні служби активно співпрацюють з загальноосвітніми навчальними закладами з питань первинної та вторинної профілактики ПАР. Наприклад, проведене анкетування щодо вживання ПАР у школах та технікумі м. Дніпро у 2002 виявило ряд чинників ризику, пов'язаних зі зловживанням ПАР (Serdiuk & Burlaka, 2008). Анкета містила 85 запитань щодо ставлення до тютюнопаління та вживання спиртного, запитання про школу, запитання про вільний час, та запитання щодо стосунків респондентів з іншими людьми. Спеціалістами Дніпровського наркологічного диспансеру, правоохоронних органів, шкіл та представників органів влади була створена координаційна група "Шанс". Групою було розроблено план протидії факторам ризику. Наркологічна служба разом із педпрацівниками провела семінари та інші заходи первинної профілактики у школах. Правоохоронці ліквідували канали постачання ПАР у школи, провели рейди у магазинах що продавали ПАР. Вторинна профілактика проводилася у формі сімейної психотерапії з сім'ями школярів, які почали вживати, але ще не розвинули залежність від ПАР. Повторне анкетування через рік показало що рівень вживання ПАР у школах знизився на 15-20 відсотків. Таким чином, вимірювання не лише допомогло виявити чинники ризику та захисту від зловживання ПАР у певному соціально-культурному контексті, а й показало результативність проведених заходів, спрямованих на подолання негативних явищ.

Доцільним є використання у наркологічних службах інструментарію з метою виявлення соціально-психологічних чинників пов'язаних із оточенням клієнта, а саме: з сімейними процесами, сімейною структурою та комунікацією (FACES), контекстуальними впливами (IDS) та вживанням алкоголю у соціальній мережі клієнта (BASDA). Більш детально ці інструменти розглядатимуться впродовж 14-го тижня.

Таким чином, вимірювання частоти і інтенсивності вживання ПАР, коморбідних станів і соціально-психологічних чинників є важливою частиною діяльності наркологічних служб.

3.4.3. Епідеміологічні дослідження

Епідеміологічні дослідження дозволяють вивчати закономірності виникнення і поширення захворювань з метою розробки профілактичних заходів. Такі дослідження спрямовані на розуміння рівня захворюваності на алкоголізм та наркоманію на певній території в певний час серед певної групи населення. Епідеміологічні дослідження дають можливість виявлення причин і умов поширення хвороби. Наприклад, починаючи з 1990-х років дослідники почали використовувати міжнародне діагностичне інтерв'ю (CIDI) – епідеміологічний інструмент, що дозволяє інтерв'юерам без клінічної підготовки задавати питання у високо стандартизованому вигляді та отримувати відповіді, які можна комбінувати за допомогою комп'ютерних алгоритмів для постановки діагнозів відповідно до критеріїв. CIDI вирішує проблему порівняння результатів щодо психічних розладів та вживання ПАР з десятків країн, на мову яких було перекладено CIDI.

Прикладом епідеміологічного дослідження є дослідження щодо психіатричних та алкогольних розладів проведене у 2002 році в Україні серед 4,725 респондентів (Bromet et al., 2005). Автори визначили, що близько 1/3 населення України мала хоча б одну психічну хворобу впродовж життя. Серед чоловіків найбільш розповсюдженим був алкоголізм (26,5%) а серед жінок – розлади настрою (20.8%).

3.4.4. Психологічні та соціологічні дослідження

Використання інструментів оцінювання є важливим аспектом у соціально-психологічних дослідженнях. Зловживання ПАР є біо-психо-соціально-духовним розладом. Важливо враховувати наступні психосоціальні аспекти для побудови систем первинної, вторинної та третинної профілактики: вік, стать, соціально-економічний статус, етнічне походження, темперамент, особистість, впливи на розвиток, виховання, подяг до ПАР, важливість ПАР у житті, очікуваний ефект від вживання речовини, мотиваційний рівень, якість життя, інвалідність тощо.

Прикладом соціально-психологічних досліджень є дослідження зв'язку між частотою вживання алкоголю, духовністю і копінг-стратегіями серед українських батьків (Churakova, Burlaka, & Parker, 2017). Результати цього дослідження показали, частіше вживали алкоголь ті батьки, які менше використовували позитивну переоцінку, уникали вирішення проблем, використовували конфронтаційні копінг-стратегії, мали нижчу духовність та були молодшого віку. Більш докладно ми розглянемо інструменти соціально-психологічних досліджень впродовж 11 тижня.

3.4.5. Дослідження ефективності втручань та лікувально-профілактичних програм

Виявлення чинників ризику та захисту від зловживання ПАР дозволяє розробляти програми втручання, спрямовані на виявлені чинники. Нові програми чи технології допомоги розробляють у три кроки: 1) визнання проблеми або потреби, 2) винайдення технології за допомогою базових та прикладних досліджень, та 3) транспортування технології на місце, зберігаючи її ефективність (Gotham, 2004). У той час як етап “визнання потреби” для більшості західних країн вже відбувся, досліджень в Україні досить бракує. Останнім часом збільшилася кількість таких досліджень як серед школярів (започатковано лонгітудне дослідження групою дослідників з Харкову, Києва та Детройту), так і серед студентів. Наступним етапом є розробка технологій втручання.

Цей етап передбачає три компоненти, перший з яких спрямований на розробку техніко-економічного обґрунтування, посібників, навчальних протоколів та системи дотримання стандартів (Gotham, 2004). На цьому етапі важливо зібрати дані щодо процесу розробки, вартості нових послуг, організаційного клімату, здатності установи до втілення змін, підготовки працівників і їхнього бажання працювати за новою моделлю. Другий компонент передбачає рандомізовані клінічні випробування, з метою отримання науково обґрунтованих доказів ефективності програми та виявлення дієвих компонентів або механізмів втручання. На цьому етапі збирають дані щодо дозування (кількість проведених сесій), задоволеності персоналу та клієнтів, вартості, та впливу на проблемну поведінку. Цей компонент, як правило, здійснюється під керівництвом науково-дослідних установ та університетів. Останній

компонент передбачає контрольовані дослідження в установах громади, вимірювання змін в адиктивній поведінці і супутніх розладах. Мета цього компоненту - дослідити обставини і результативність реалізації інноваційного втручання в умовах звичайних організацій.

Тестові завдання до теми 3.

3.1. Стандартизовані інструменти це ...

- 1) норми та критичні рівні
- 2) шкали та тести
- 3) щоденники та журнали

3.2. Скринінгові інструменти це ...

- 1) скорочені шкали та тести для швидкої оцінки
- 2) норми та критичні рівні
- 3) щоденники та журнали

3.3. Кількісні дослідження відповідають на питання ...

- 1) як і чому
- 2) хто і коли
- 3) скільки і де
- 4) кого і за що

3.4. Якісні дослідження відповідають на питання ...

- 1) як і чому
- 2) скільки і де
- 3) хто і коли
- 4) кого і за що

3.5. Що вивчають епідеміологічні дослідження?

- 1) перевіряють гіпотези щодо причинних зв'язків між явищами
- 2) закономірності виникнення і поширення захворювань з метою розробки профілактичних заходів
- 3) епідеміологічну ситуацію на конкретний момент часу

3.6. Лонгітюдні дослідження це ...

- 1) метод збору і аналізу емпіричних даних, спрямований на перевірку гіпотез щодо причинних зв'язків між явищами в контрольованих і керованих умовах дослідження певних об'єктів
- 2) дослідження, що описує ситуацію на конкретний момент часу
- 3) дослідження, під час якого дані отримують багаторазово, в різні моменти часу, задля аналізу даних у часовій перспективі
- 4) дослідження, що проводиться у спеціальному приміщенні

Тема 4. Шкали та показники

4.1. Шкали вимірювання та тип інформації, яка ними вимірюється

Відео 4.1. Шкали вимірювання

<https://youtu.be/ftGvdDTtEIO>



Ще до того, як дослідники можуть розпочинати створювати дослідження вони повинні бути в змозі опанувати ще одну важливу складову дослідницького процесу, яка називається рівнями вимірювання. Систематизація розмаїття понять за шкалою виміру є дуже важливою частиною досліджень у сфері соціальної роботи. Цей інструмент використовується для зменшення числа помилок у вимірюваннях та має величезний вплив на сукупність фактичних даних.

Існує чотири рівні вимірювання:

1. Номінальне (номінальні шкали)
2. Порядкове (порядкові / ординальні шкали)
3. Інтервальне (метричні шкали)
4. Абсолютне (метричні шкали)

Чим вище ми підіймаємося до верхівки чотирьох ступенів, тим більша кількість математичних функцій, які ми можемо використовувати для обчислення наших даних. Існує одне загальне правило, яке слід пам'ятати при проведенні оцінки – завжди вимірювати за найвищим з можливих ступенів.

4.1.1. Номінальні шкали

При використанні номінального вимірювання нас цікавить «сутність» речей або явищ. Емпірична (числова) вимірювальна здатність у номінальних шкал відсутня. На цьому рівні ми можемо дослідити, наприклад: стать, релігійні вподобання, етнічну чи расову приналежність та політичний статус, використання певних видів речовин. Наприклад, більшість дослідників використовують лише дві категорії для змінної за ознакою статі – чоловіча або жіноча. Але, в такому випадку, ці дві категорії можуть не бути повністю вичерпними, в тому сенсі, що існує вірогідність появи додаткових категорій у яких учасники можуть захотіти ідентифікувати себе. Якщо дослідники не можуть визначити всі можливі категорії, вони можуть використати інший варіант з назвою «Інше» та графою для заповнення.

Для цього рівня вимірювання специфічні риси не є числовими категоріями. Як правило, дослідник присвоює код або номер кожній категорії умовно. Якщо нашою змінною є стать, то дослідники можуть позначити чоловіків як 1, а жінок як 2. Це розглядається як просто назва групи і не несе емпіричного значення.

Приклад запитання:

Ваша стать?

1. Чоловіча
2. Жіноча
3. Інше (*позначте що саме*) _____

4.1.2. Порядкові шкали

Цей рівень вимірювання дуже часто зустрічається в дослідженнях та містить стандартні питання та співвідношення. Якщо показники можуть бути розташовані за зростанням, то застосовується порядкове вимірювання. У цьому різновиді нас цікавить «величина», або ступінь вираженості речей або явищ.

Приклад запитання:

В якій якості Ви погоджуєтесь прийняти людей, що вживають наркотики?

4. Як членів родини
5. Як близьких друзів
6. Як членів вашого навчального (трудового) колективу – класу, групи
7. Як сусідів
8. Як мешканців міста (населеного пункту, в якому Ви живете)
9. Як мешканців України
10. Не хотів би, щоб наркомани були в моїй країні

Так само як і при номінальному вимірюванні, всі категорії мають бути виключними та вичерпними. Порядкове вимірювання застосовує числові коди категорій у кількісному значенні. Слід завжди пам'ятати, що номери показують лише те, що певна категорія є більшою чи меншою від інших, але все ще не можна визначити наскільки саме.

4.1.3. Інтервальні шкали

Інтервальне вимірювання має характеристики подібні до порядкового, оскільки вони обидва мають стійку структуру та показують, що кожна з груп є більшою або меншою ніж інша. Крім того, у інтервальному вимірюванні ми виходимо з того, що маємо «рівні інтервали» або проміжки між якостями, якими наділені речі або феномени, які ми вимірюємо. Наглядний приклад такої шкали – це оцінки в навчальному процесі.

У діагностичній практиці це реалізується коли мова йде про стандартизоване оцінювання інтелектуального рівня, або IQ. Проміжок між оцінками 90 балів та 100 балів вважається таким самим як проміжок між 100 та 110 балами.

Умовний нуль і наявність рівних інтервалів між одиницями виміру є головними ознаками шкали інтервалів.

Шкала Лайкерта

Це одна з найбільш популярних в масових опитуваннях шкала. Цікава тим, що займає проміжну позицію між порядковим та інтервальним вимірюванням. Формально шкала Лайкерта - порядкова, але в дослідницькій практиці вона частіше розцінюється як інтервальна. Допускає застосування статистичних методів, властивих метричним шкалам.

Приклад запитання:

Як Ви вважаєте, як Ваші батьки (або сім'я) ставляться до хлопців Вашого віку, які випивають?



1	2	3	4	5
Дуже позитивно	Скоріше позитивно, ніж негативно	Нейтрально	Скоріше негативно, ніж позитивно	Дуже негативно

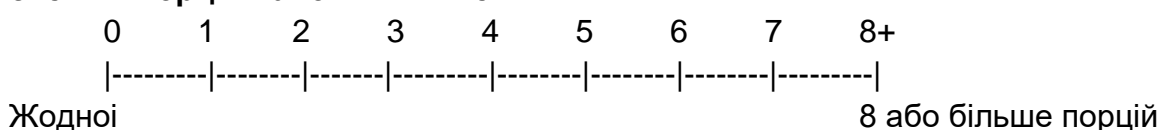
У цьому прикладі ми приймаємо за дане (припускаємо), що інтервал між «Надзвичайно позитивно» та «Позитивно» такий самий як між «Негативно» та «Надзвичайно негативно». Це називається «інтервали, що здаються рівними». Якщо ми не можемо сказати, що відстань між вимірюваними позначками рівна, тоді нам слід розглядати такий вимір як порядковий.

4.1.4. Абсолютні шкали

Навіть якщо інтервальне вимірювання надає можливість порівняння показників/якостей досліджуваних явищ, інтервальним шкалам не вистачає можливостей виміряти відсутність цих показників/явищ – їм не вистачає нульового значення. Тим не менш, в багатьох випадках ми зацікавлені в тому, щоб точно це знати.

Приклад запитання:

У 24х-годинний період, коли Ви вживали найбільше алкогольних напоїв, скільки порцій напоїв Ви вжили?



Скільки Вам повних років?

Вкажіть число _____

Абсолютне вимірювання є найвищим щаблем в дослідження. При такому підході кожна цифра виступає фактичною величиною. Ця шкала також може містити абсолютний нуль, у випадку коли дослідники розглядають відсутність рис або поведінки. Цей тип даних може використовуватись у різних статистичних/математичних розрахунках. Крім того, дослідники можуть перетворити абсолютні дані на порядкові. Наприклад, коли ми зібрали відповіді на наше запитання про вживання алкогольних напоїв, ми також можемо аналізувати їх як вони є (абсолютний рівень) або ми можемо легко перегрупувати їх у порядкові групи

(0 = «група людей, що не вживають алкоголь», 1-3 = «група людей, що вживають алкогольні напою у середній кількості», 4-8+ = «група людей, що вживають багато алкогольних напоїв»). Таким чином, абсолютний підхід дає нам додаткову гнучкість, коли ми починаємо аналізувати наші дані.

Якщо ми сформулювали питання за допомогою порядкових категорій, ми будемо позбавлені можливості досягнути весь обсяг випитого, оскільки не зможемо конвертувати порядкові дані на абсолютні.

Але все ж таки, існує декілька причин, чому дослідники віддають перевагу використанню порядкового підходу. Наприклад, коли досліджується дохід або вік, інформація розміщується переважно в порядкових групах. Дослідники намагаються уникнути помилок, які можуть виникнути через прохання до учасників згадати специфічні цифри. Вони можуть спробувати замінити надто делікатне запитання, на яке учасники можуть не відповісти. Наприклад, багато хто неохоче говорить про свій фактичний дохід, але більш легко вказують рамки під які він підпадає.

Таблиця 4

**Типи шкал та їх властивості
(відповідно до класифікації Стенлі Сміта Стівенса)**

		Номінальна шкала	Порядкова шкала	Інтервальна шкала	Абсолютна шкала (Відносин)
Логічні та математичні операції	×	✗	✗	✗	✓
	÷	✗	✗	✗	✓
	+	✗	✗	✓	✓
	-	✗	✗	✓	✓
	< >	✗	✓	✓	✓
= ≠	✓	✓	✓	✓	
Міра центральної тенденції		Мода	Медіана	Середнє арифметичне	Середнє геометричне
Метрична чи ні		Не метрична (якісна)	Не метрична (якісна)	Метрична (кількісна)	Метрична (кількісна)

4.2. Помилки у вимірюванні

Відео 4.2. Помилки у вимірюванні:

<https://youtu.be/Kf2mev7IBVw>



Важливо не тільки знайти цільову популяцію, головною метою є досягти точної відповіді від кожного учасника. Дослідження не може базуватися на неправдивих даних. Слід завжди пам'ятати, що якість дослідницького проекту залежить насамперед від точності зібраних фактичних даних.

Найважливіше, що слід пам'ятати для запобігання помилкам, що вимір (показники вимірювання), або отримані дані, що описують об'єкт дослідження – це не те ж саме, що досліджувані об'єкти. Тож, коли виявляється помилка в вимірюванні – вона має величезний вплив на практичну сферу. Це, наприклад, може призвести до невірної лікування через невірне оцінювання його ефективності.

Помилки вимірювання бувають двох видів:

1. **Випадкова помилка (статистична):** це помилка, яка не має ні закономірностей, ні типових прикладів. Наприклад, учасник може відповісти на питання неточно, через те, що він неправильно прочитав запитання. Безпосередній дослідник може відволіктись та забути зафіксувати поведінку досліджуваного.
2. **Систематична помилка (Невипадкова помилка):** це помилка, що має закономірність. Вона з'являється з вини дослідника. Тому ця помилка найбільше турбує дослідників. Ці типи помилок не виправляються, вони накопичуються та змінюють результати дослідження.

Шляхи зменшення помилок у даних дослідження:

1. **Цільова популяція:** важливо насправді знати свою цільову популяцію та усвідомлювати розмаїття напрямків дослідження, включаючи мовні вподобання, вік, культуру, здатність читати, психічний стан та наявність вільного часу. Завжди слід уникати мови, якої можуть не зрозуміти учасники. За загальним правилом слід завжди писати мовою, зрозумілою для рівня середньої школи, але це теж може бути надто складно для деяких груп населення. Крім цього, вік та тривалість життя можуть мати значення для вибору інструмента вимірювання. Якщо, з якихось причин, в учасника існують проблеми з психічним станом, то найкраще буде обрати метод спостереження.
2. **Зрозумілість:** завжди ретельно перевіряйте інструменти дослідження на наявність граматичних або орфографічних помилок, що можуть змінити значення запитання. Завжди застосовуйте якнайпростіше написання та уникайте аббревіатур чи використання сленгу. Важливо завжди надавати інструкції з приводу відповідей.
3. **Лаконічність:** намагайтесь, щоб запитання були короткими. Це потрібно для того, щоб упевнитись, що учасники прочитають, зрозуміють та опанують

запитання. Намагайтесь вкластися у 20 слів у кожному запитанні, але не надто скорочуйте питання, щоб не виключити важливу інформацію.

4. **Розміщення:** в опитувальнику варіанти відповідей мають завжди відповідати фактичному запитанню, а не побічному. Використовуйте різні шрифти і формат для запитань і відповідей. Коли використовується однакове форматування, це може заплутати учасників, і вони можуть випадково обкреслити запитання. Позначки (номери) відповідей мають бути зліва від варіантів. Слід відокремлювати групи відповідей від запитань. При використанні паперового опитувальника, переконайтесь, що відповіді не переносяться на оборотну частину, оскільки це підвищує вірогідність того, що вони залишаться непоміченими.
5. **Точність:** бажано використовувати абсолютні показники (кількість викурених сигарет, випитих пляшок, витраченого часу), якщо це можливо. Іноді дослідники можуть змінити абсолютні показники на порядкові. Цей крок слід застосовувати лише тоді, коли дослідники впевнені, що в іншому випадку учасники вважатимуть запитання надто особистим (сенситивним) і оберуть варіант не відповідати.
6. **Деталі:** слід уникати питань, що потребують надання або пригадування надто великої кількості інформації. Не повинно бути запитань, що вимагають невиправдано великої кількості деталей чи особливостей з минулого, на які учасники дослідження, скоріш за все, не зможуть дати точної відповіді. Переконайтесь, що запитання охоплюють розумний проміжок часу.
7. **Двозначні запитання:** завжди уникайте питань, які потребують надання однієї відповіді на декілька запитань. Інструментарій слід перевірити, щоб переконатися у відсутності двозначних запитань. Слово «або» також може свідчити про наявність двозначного запитання. Якщо питання складається з двох частин, чи не доведеться учасникам відповідати на два окремих запитання? Слід розбивати двозначні питання на 2 окремих запитання.
8. **Негативні формулювання:** негативні словоформи можуть створити плутанину та їх легко неправильно прочитати, що відобразиться на помилках у даних. Іноді наявність частки «не» у запитаннях, можна не помітити. В такому випадку, виключіть «не» із запитання.
9. **Інструкції:** всі дослідження повинні мати чіткі інструкції з приводу процесу заповнення опитувальника. Якщо дослідження відбувається у формі інтерв'ювання, інструкції повинні бути прочитані учасникові вголос. Впевніться, що вони різні для учасників та для осіб, що збирають дані. Можливо зробити відповідні аркуші інструкції різного кольору, щоб їх можна було розрізнити.
10. **Переклад:** якщо дослідження має бути перекладено на іноземну мову, або з неї, попросіть допомогти особу, що вільно володіє нею і переконайтесь, що текст є простим для учасників.
11. **Соціальне схвалення:** це психологічний ефект, згідно з яким учасники можуть відповідати на запитання відштовхуючись від того, як повинно бути, а не як вони насправді вважають. Найкращий спосіб запобігти цього – нагадати учасникам, що не існує правильних чи неправильних відповідей, а достовірність дослідження залежить лише від чесних відповідей.

Тестові завдання до теми 4

4.1. Стандартизовані інструменти це ...

- 1) шкали та тести
- 2) норми та критичні рівні
- 3) щоденники та журнали

4.2. Існує чотири рівні вимірювання, який тут зайвий?

- 1) Номінальне (номінальні шкали)
- 2) Порядкове (порядкові / ординальні шкали)
- 3) Інтервальне (метричні шкали)
- 4) Абсолютне (метричні шкали)
- 5) Відносне (стандартизовані шкали)

4.3. Яка з наведених шкал є номінальною?

- 1) Ваша стать: чоловіча, жіноча
- 2) Скільки Вам повних років? вкажіть число
- 3) Як часто Ви вживаєте алкоголь? ніколи, рідко, часто, регулярно
- 4) Шкала інтелектуального рівня, або IQ

4.4. Яка з наведених шкал є порядковою?

- 1) Ваша стать: чоловіча, жіноча
- 2) Скільки Вам повних років? вкажіть число
- 3) Як часто Ви вживаєте алкоголь? ніколи, рідко, часто, регулярно
- 4) Шкала інтелектуального рівня, або IQ

4.5. Яка з наведених шкал є інтервальною?

- 1) Ваша стать: чоловіча, жіноча
- 2) Скільки Вам повних років? вкажіть число
- 3) Як часто Ви вживаєте алкоголь? ніколи, рідко, часто, регулярно
- 4) Шкала інтелектуального рівня, або IQ

4.6. Яка з наведених шкал є абсолютною?

- 1) Ваша стать: чоловіча, жіноча
- 2) Скільки Вам повних років? вкажіть число
- 3) Як часто Ви вживаєте алкоголь? ніколи, рідко, часто, регулярно
- 4) Шкала інтелектуального рівня, або IQ

4.7. До якого типу відноситься шкала Лайкерта?

- 1) Порядкова (ординальна) шкала
- 2) Метрична шкала
- 3) Займає проміжну позицію між порядковим та інтервальним вимірюванням
- 4) Займає проміжну позицію між номінальним та ординальним вимірюванням

4.8. Для якого рівня вимірювання використовуються метричні шкали?

- 1) Номінального
- 2) Порядкового
- 3) Інтервального та Абсолютного

4.9. Випадкова (статистична) помилка вимірювання це ...

- 1) помилка, яка не має ні закономірностей, ні типових прикладів, на яку не впливає дослідник
- 2) помилка, що має закономірність, яка з'являється з вини дослідника
- 3) помилка, яка свідомо запланована дослідником

4.10. Невипадкова (систематична) помилка вимірювання це ...

- 1) помилка, що має закономірність, яка з'являється з вини дослідника
- 2) помилка, яка не має ні закономірностей, ні типових прикладів, на яку не впливає дослідник
- 3) помилка, яка виникає внаслідок системних помилок при обробці даних

Тема 5. Надійність

5.1. Методи оцінювання надійності

Відео 5.1. Методи оцінювання надійності:

<https://youtu.be/he6kM2MEjeU>



Надійність вимірювання (reliability) – це здатність отримувати стійкий результат кожного разу коли проводиться вимірювання одним інструментом. Це свідчить про стійкість процедури та методики вимірювання і прямо впливає на відтворюваність (реплікацію) результатів дослідження.

Аналіз надійності відомий як аналіз завдань (елементів або пунктів тесту) застосовується для відбору найбільш придатних запитань або завдань виміральної методики (опитувальника, анкети, тесту). Зазвичай при розробці методики спочатку складають її попередній варіант, що включає в себе збільшену кількість запитань (пунктів), який випробовується на достатній вибірці респондентів. Потім проводять аналіз надійності, який дозволяє за допомогою кількісних критеріїв виключити невідповідні завдання чи запитання.

Існує **4 методи оцінювання надійності**.

1. Міжекспертна перевірка (inter-rater reliability)
2. Тестова-Ретестова перевірка (test-retest reliability)
3. Метод розщеплення (метод автономних часток) або паралельні форми інструментарію (split-half reliability)
4. Внутрішня узгодженість (internal consistency)

Надійність є кореляцією використаної шкали або інструменту з гіпотетичним інструментом, який точно вимірює те, для чого він створений. Оскільки еталонний інструмент недоступний, надійність оцінюється одним з 4-х наведених вище способів.

Всі чотири способи оцінки надійності не є ні взаємовиключними, та необов'язково приводять до одних і тих же результатів. Всі коефіцієнти надійності є формами коефіцієнтів кореляції, існує багато розумінь надійності і в одному дослідженні можуть оцінюватися відразу кілька видів надійності.

5.1.1. Міжекспертна перевірка

Використовується в дослідженнях, коли значення інформації є суб'єктивним. Для визначення міжекспертної надійності два дослідника повинні окремо один від одного занотувати свої спостереження одної й тої самої події або отримувати інформацію з існуючих записів. Після цього, інформація порівнюється для вимірювання ступеня узгодженості та вираховується процент її збігу.

Дослідники можуть використовувати ці результати для уточнення визначень та розробки інструкцій, щоб підвищити рівень надійності. Фактичний рівень прийнятної надійності буде залежати від ступеня точності, проявленого в дослідженні. Його також можна вимірювати декілька разів, щоб переконатися, що зберігається достатній рівень надійності.

5.1.2. Тестова–Ретестова перевірка

Це повторна перевірка, вона є стандартним інструментом в опитуваннях. За допомогою неї з'ясовується наскільки стійкими є результати тестів, проведених повторно впродовж короткого часу. У ході ретестової перевірки **обчислюється кореляція** результатів повторних тестів, як правило, за допомогою **коефіцієнту Спірмена-Брауна**. Необхідний проміжок часу залежить від цільової групи дослідження. Проміжок між повторними вимірами має бути настільки тривалим, щоб учасники не змогли згадати, як вони відповідали минулого разу.

5.1.3. Метод розщеплення інструментарію

Це розділення або розщеплення інструментарію на дві частини. Після чого результати однієї половини елементів порівнюються з іншою (**рахується їх кореляція**, як правило за допомогою **коефіцієнту Спірмена-Брауна**). Якщо всі елементи вимірюють один і той самий конструкт – ці половинки мають показати високу кореляцію.

Паралельні форми інструментарію (метод еквівалентних бланків): це використання двох варіантів одного й того ж інструментарію на достатньо великій вибірці. Для визначення надійності треба встановити **ступінь кореляції між результатами**, отриманими за допомогою паралельних форм інструментарію. Якщо кореляція між показниками обох версій інструментарію велика – то інструментарій надійний.

5.1.4. Внутрішня узгодженість – коефіцієнт α Кронбаха

Даний показник уявляє собою визначення того, як кожен з елементів інструментарію пов'язаний або узгоджений з іншими. Це стандартна перевірка, що використовується для оцінки надійності стандартних інструментів, які вимірюють один або більше концептів але використовують окремі шкали для кожного. Метою є визначення того, наскільки зв'язані елементи методики вимірювання поміж собою. Очікується, що всі шкали зв'язані одна з одною, оскільки вони побудовані за допомогою одного підходу. Для перевірки внутрішньої узгодженості використовується статистичний **коефіцієнт Альфа Кронбаха** (α Кронбаха), який показує взаємозв'язок усіх елементів інструментарію поміж собою.

Як правило, значення α Кронбаха лежать в межах від 0 до 1, однак α Кронбаха може приймати і негативні значення, що свідчить про те, що частина елементів або пунктів шкали вимірює протилежні величини. Чим ближче коефіцієнт α Кронбаха до 1, тим вище внутрішня узгодженість інструментарію. Коефіцієнт α можна розглядати як показник кореляції між вимірюваними ознаками для вибірок рівного об'єму. Якщо, наприклад, скласти 10 тестів з сотнею випадкових питань з банку даних об'ємом 1000 питань, коефіцієнт α буде характеризувати кореляцію між цими тестами.

Застосування альфи Кронбаха засноване на моделі, яка передбачає наявність більшої дисперсії у більш надійного тесту: чим надійніше тест, тим більше чутливість (розпізнавальна здатність) пунктів тесту.

Якщо в методиці застосовуються завдання дихотомічного типу (так - ні, правильно - неправильно), формула для обчислення коефіцієнта α Кронбаха (Chronbach) стає ідентична формулі Кюдера - Річардсона (Kuder & Richardson).

Інтерпретація: Рівень α Кронбаха = 0.6 вважається прийнятним для експлораторних цілей, 0.7 задовільним для конфірматорних цілей, 0.8 хорошим та 0.9 відмінним для конфірматорних цілей.

Для більшості випадків можна дотримуватися наступних рекомендацій по оцінці внутрішньої узгодженості шкали:

- $\alpha > 0,9$ - відмінна;
- $\alpha > 0,8$ - хороша;
- $\alpha > 0,7$ - прийнятна;
- $\alpha > 0,6$ - сумнівна;
- $\alpha > 0,5$ - малопридатна;
- $\alpha < 0,5$ - неприпустима.

Негативне значення α Кронбаха свідчить про неузгоджене кодування (потрібно перекодувати шкалу у протилежному напрямку) або вказує на змішування запитань, що вимірюють різні конструкти, – обидві причини призводять до негативних міжпунктових кореляцій (кореляцій між елементами шкали).

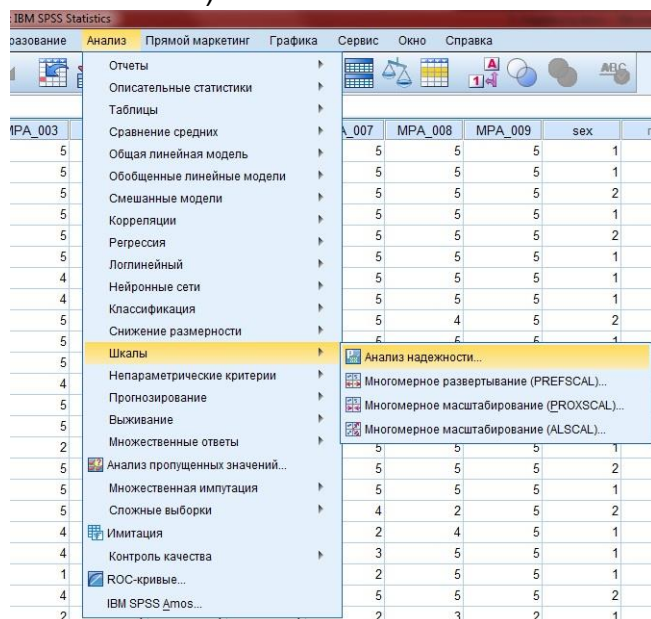
5.2. Аналіз надійності в SPSS

Відео 5.2. Аналіз надійності в SPSS:

<https://youtu.be/71DHDHQZHBA>



Процедура аналізу надійності в SPSS здійснюється за допомогою меню «Аналіз» - «Шкали» - «Аналіз надійності» (програма не локалізована українською мовою).



Далі в міню SPSS «Анализ надежности» обираємо вкладення «Модель», яке включає в себе наступні варіанти вибору:

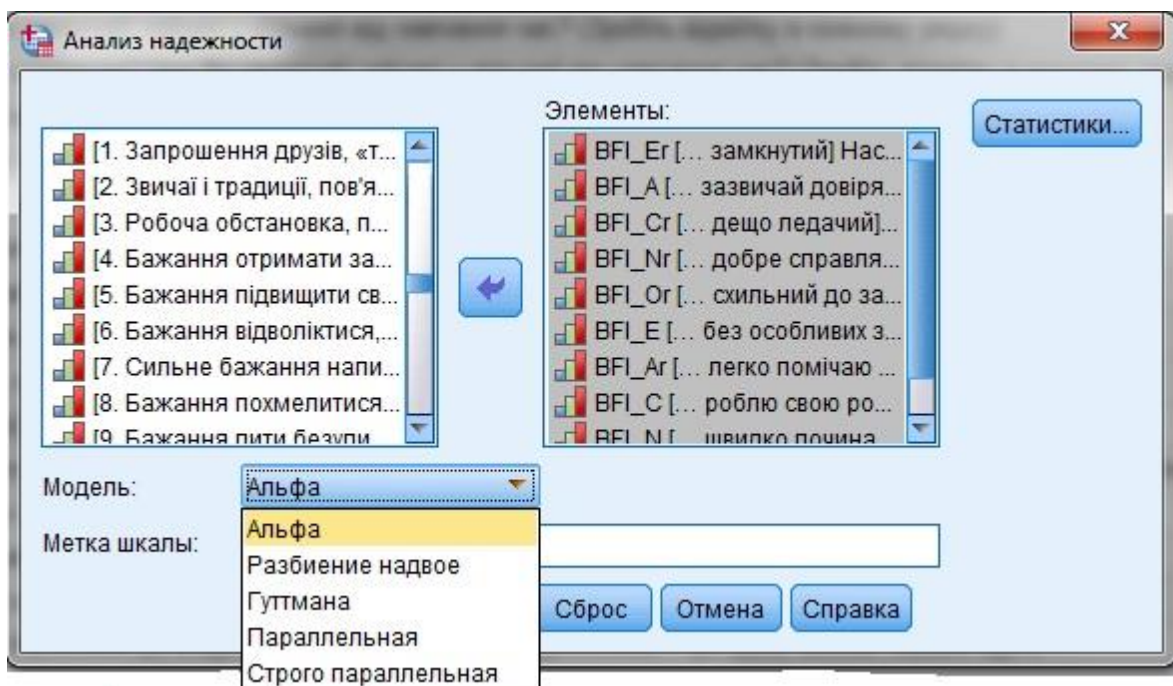
1. **Альфа** (α Кронбаха). Моделює внутрішню узгодженість, ґрунтуючись на усередненій кореляції між елементами шкали. **Обираємо її за замовчуванням.**

2. **Розбиття надвоє** (split-half). Ця модель ґрунтується на кореляції між половинами шкали, яка була розщеплена на дві частини.

3. **Гуттмана**. Це альтернативна модель розщеплення інструментарію, яка розраховує нижні межі Гуттмана для істинної надійності.

4. **Паралельна**. Ця модель використовує максимальну правдоподібність для перевірки того, чи характеризуються всі елементи шкали однаковими дисперсіями і дисперсіями помилки. Для оцінки максимальної правдоподібності використовується коефіцієнт надійності α Кронбаха (інтерпретується за показником р-значущості).

5. **Суворо паралельна** (strict parallel). Цей метод також використовує максимальну правдоподібність для перевірки рівності дисперсій, рівності дисперсій помилки і рівності середніх у всіх елементів даної шкали.



Далі в меню SPSS «Анализ надежности» переносимо елементи шкали у вікно «Элементы» і обираємо вкладення «Статистики».

Обираємо (ставимо галочки) в підменю «Описательные для» пункти «Шкалы» та «Шкалы, если элемент удален».

В підменю «Межпунктовые» обираємо пункти «Корреляции».

В підменю «Итоговые статистики» обираємо пункти «Средние», «Дисперсии», «Корреляции».

Вкладення «Статистики» містить в собі декілька підменю.

Підменю «Описательные для» пропонує наступні опції:

Элемента — обчислення середніх значень і стандартних відхилень змінних, що беруть участь в аналізі.

Шкали – включення в висновок середнього значення, дисперсії, стандартного відхилення та розміру вибірки для суми всіх змінних шкали. Під сумою змінних розуміється сума значень всіх змінних (елементів) для кожного об'єкта. Таким чином, забезпечується розрахунок статистик для змінної, отриманої в результаті підсумовування.

Шкали, якщо елемент видалено – включення в висновок для кожної змінної значення коефіцієнта α Кронбаха, підрахованого для всієї шкали в припущенні, що дану змінну виключено. У більшості випадків цю галочку слід встановлювати.

Підменю **«Итоговые статистики»** включає наступні опції:

Середні – обчислення середніх значень за всіма спостереженнями для кожної змінної. В результат включаються всі середні значення, мінімальне і максимальне з цих значень, розмах, ставлення максимального середнього до мінімального, а також дисперсія середніх значень. Незважаючи на деяку складність, ця опція дозволяє отримати важливі для аналізу надійності результати.

Дисперсії – ця опція майже аналогічна попередній, за тим винятком, що обчислення виконуються не для середніх значень, а для дисперсій.

Коваріації в підменю «Итоговые статистики» – обчислення коваріацій між кожною змінною і сумою всіх інших змінних. В виведені результати також включаються середні значення отриманих коваріацій, їх мінімум, максимум, розмах, відношення максимуму до мінімуму і дисперсія.

Кореляції в підменю «Итоговые статистики» – ця опція відрізняється від коваріацій лише тим, що вираховує не коваріації, а кореляції. Середнє значення кореляцій для всіх змінних є значенням коефіцієнту кореляції r у формулі обчислення коефіцієнта α Кронбаха.

Анализ надежности: Статистики

Описательные для

- Элемента
- Шкалы
- Шкалы, если элемент удален

Межпунктовые

- Корреляции
- Ковариации

Итоговые статистики

- Средние
- Дисперсии
- Ковариации
- Корреляции

Таблица дисперсионного анали

- Нет
- F критерий
- Хи-квадрат Фридмана
- Хи-квадрат Кокрена

Т-квадрат Хотеллинга

Критерий аддитивности Тьюки

Внутриклассовые коэффициенты корреляции

Модель: Двухфакторная смешанная

Тип: Согласованность

Доверительный интервал: 95 %

Проверяемое значение: 0

Продолжить Отмена Справка

Підменю **«Межпунктовые»** включає наступні опції:

Кореляції в підменю «Межпунктовые» – включення в вивід результату кореляційної матриці для всіх змінних, що беруть участь в аналізі.

Коваріації в підменю «Межпунктовые» – створення коваріаційної матриці для всіх змінних, що беруть участь в аналізі.

Додаткові опції:

Т-квадрат Хотеллінга – застосування множинного порівняння по t-критерію для перевірки достовірності відмінностей середніх значень всіх змінних, що беруть участь в аналізі.

Критерій аддитивності Тьюкі – застосування критерію для перевірки лінійності залежності між змінними, що беруть участь в аналізі.

Приклад:

Розрахунок надійності методики оцінювання Мотивації Вживання Алкоголю.

У нашому прикладі ми спочатку проаналізуємо надійність методики «Мотивація Вживання Алкоголю» (МВА) В.Ю. Зав'ялова. Ця методика оцінює алкогольну мотивацію за дев'ятьма шкалами, що об'єднані в три блоки (соціальні, психологічні та патологічні мотиви). Докладно самі шкали розглянуті у *темі 7. Факторний аналіз*, ми ж зосередимось на загальній характеристиці надійності цієї методики.

Приклад 1.

При виконанні у SPSS операції **«Анализ надежности» – «Модель» – «Альфа»** (встановлена за замовчуванням) ми моделюємо внутрішню узгодженість, ґрунтуючись на усередненій кореляції між усіма елементами шкали. Результат (α Кронбаха) представлено на рисунку нижче.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.831	.840	9

Висновок: α Кронбаха = 0.831 це показник хорошої внутрішньої узгодженості елементів цієї шкали.

Приклад 2.

При виконанні у SPSS операції **«Анализ надежности» – «Модель» – «Разбитие надвое»** (split-half) ми моделюємо кореляції між половинами шкали, яка була розщеплена на дві частини (9 мотиваційних шкал механічно розщеплені на 2 половини: 1-5 та 6-9). Результат представлено на рисунку нижче.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.757
		N of Items	5 ^a
	Part 2	Value	.674
		N of Items	4 ^b
	Total N of Items		9
Correlation Between Forms		.689	
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length	.816	
	Unequal Length	.818	
Guttman Split-Half Coefficient		.758	

Висновок: α Кронбаха для першої частини = 0.757 це показник прийнятної внутрішньої узгодженості елементів першої половини елементів шкали.

α Кронбаха для другої частини = 0.674 це показник сумнівної, але ближче до прийнятної, внутрішньої узгодженості елементів другої половини елементів шкали. Слід звернути увагу на те, що кількість елементів цієї половини нижче, що призводить до зниження внутрішньої узгодженості. **При зменшенні кількості елементів шкали її внутрішня узгодженість знижується.** Така картина є нормальною для подібного методу аналізу з невеликою кількістю елементів шкали.

Кореляція між формами – приблизна надійність шкали у припущенні що вона містить лише 5 елементів. Кореляція між формами = 0.689 це сумнівне значення, але ближче до прийнятного. Слід мати на увазі невелику кількість елементів шкали, що суттєво знижує показники її надійності.

Коефіцієнт Спірмена-Брауна – результат аналізу надійності половинного розщеплення для шкали з рівними та нерівними половинами. Коефіцієнт Спірмена-Брауна = 0.818 це хороше значення.

Коефіцієнт половинного розщеплення Гуттмана – результат аналізу нижніх меж для істинної надійності. Коефіцієнт Гуттмана = 0.758 це прийнятне значення, але ближче до хорошого.

Коефіцієнт Спірмена-Брауна та Коефіцієнт половинного розщеплення Гуттмана інтерпретуються так само, як і α Кронбаха:

- більше 0,9 - відмінне;
- більше 0,8 - хороше;
- більше 0,7 - прийнятне;
- більше 0,6 - сумнівне;
- більше 0,5 - малоприсутнє;
- менше 0,5 - неприпустиме.

При аналізі половинного розщеплення слід розуміти що саме представляють елементи шкали, які попадають у першу чи другу половину. В нашому випадку у першу половину попали елементи соціальної та психологічної мотивації а у другу – патологічної мотивації та один з психологічних мотивів (гіперактивації поведінки). Це обумовлює невисокі значення кореляції між двома половинами інструменту, але і для них значення кореляції прийнятні, що вказує на достатню надійність самого

інструменту. Взагалі половинне розщеплення слід застосовувати для інструменту, який вимірює один конструкт, тут ми використали цей метод скоріше для прикладу, а не для встановлення його надійності. Для методики МВА більш прийнятним є метод оцінювання надійності за коефіцієнтом α Кронбаха, продемонстрований нами у першому прикладі.

Тестові завдання до теми 5

5.1. Надійність вимірювання це ...

- 1) здатність отримувати незмінний результат кожного разу, коли проводиться вимірювання
- 2) здатність інструменту вимірювання відобразити явище, яке вимірюється (або інформаційний концепт)
- 3) здатність встановити випадки, коли вимірювана змінна не співвідноситься з іншими змінними

5.2. Надійність є ...

- 1) кореляцією використаної шкали або інструменту з гіпотетичним інструментом, який точно вимірює те, для чого він створений
- 2) ступенем відповідності обраної методики очікуванням учасників дослідження
- 3) ступенем відповідності змісту завдань методики реальній діяльності, в якій проявляється якість, що вимірюється

5.3. Який метод оцінювання надійності, тут зайвий?

- 1) Міжекспертна перевірка
- 2) Тестова-Ретестова перевірка
- 3) Паралельні форми інструментарію
- 4) Метод розщеплення (метод автономних часток)
- 5) Внутрішня узгодженість
- 6) Метод випадкових чисел

5.4. Метод розщеплення інструментарію це ...

- 1) визначення того як кожен з елементів інструментарію пов'язаний з іншими за допомогою коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха)
- 2) вивчення одного явища двома дослідниками окремо один від одного за допомогою одного інструментарію, після чого інформація порівнюється для вимірювання ступеня узгодженості та вираховується процент її збігу
- 3) розділення інструментарію на дві частини, після чого рахується кореляція результатів однієї частини з результатами іншої за допомогою коефіцієнту Спірмена-Брауна
- 4) це повторна перевірка, за допомогою однакових тестів, проведених повторно впродовж короткого часу, після чого рахується кореляція між результатами за допомогою коефіцієнту Спірмена-Брауна

5.5. Міжекспертна перевірка це ...

- 1) вивчення одного явища двома дослідниками окремо один від одного за допомогою одного інструментарію, після чого інформація порівнюється для вимірювання ступеня узгодженості та вираховується процент її збігу
- 2) визначення того як кожен з елементів інструментарію пов'язаний з іншими за допомогою коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха)
- 3) розділення інструментарію на дві частини, після чого рахується кореляція результатів однієї частини з результатами іншої за допомогою коефіцієнту Спірмена-Брауна
- 4) це повторна перевірка, за допомогою однакових тестів, проведених повторно впродовж короткого часу, після чого рахується кореляція між результатами за допомогою коефіцієнту Спірмена-Брауна

5.6. Тестова-Ретестова перевірка це ...

- 1) це повторна перевірка, за допомогою однакових тестів, проведених повторно впродовж короткого часу, після чого рахується кореляція між результатами за допомогою коефіцієнту Спірмена-Брауна
- 2) визначення того як кожен з елементів інструментарію пов'язаний з іншими за допомогою коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха)
- 3) розділення інструментарію на дві частини, після чого рахується кореляція результатів однієї частини з результатами іншої за допомогою коефіцієнту Спірмена-Брауна
- 4) вивчення одного явища двома дослідниками окремо один від одного за допомогою одного інструментарію, після чого інформація порівнюється для вимірювання ступеня узгодженості та вираховується процент її збігу

5.7. Метод оцінки внутрішньої узгодженості це ...

- 1) розділення інструментарію на дві частини, після чого рахується кореляція результатів однієї частини з результатами іншої за допомогою коефіцієнту Спірмена-Брауна
- 2) визначення того як кожен з елементів інструментарію пов'язаний з іншими за допомогою коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха)
- 3) вивчення одного явища двома дослідниками окремо один від одного за допомогою одного інструментарію, після чого інформація порівнюється для вимірювання ступеня узгодженості та вираховується процент її збігу
- 4) це повторна перевірка, за допомогою однакових тестів, проведених повторно впродовж короткого часу, після чого рахується кореляція між результатами за допомогою коефіцієнту Спірмена-Брауна

5.8. Статистичний коефіцієнт «Альфа Кронбаха» використовується для ...

- 1) Перевірки внутрішньої узгодженості дослідницького інструментарію, він показує взаємозв'язок елементів інструментарію поміж собою
- 2) Перевірки валідності дослідницького інструментарію
- 3) Визначення випадкової (статистичної) помилки, на яку не впливає дослідник

5.9. Яке значення коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха) є відмінним?

- 1) 0,8-0,9
- 2) 0,7-0,8
- 3) 0,6-0,7
- 4) більше 0,9
- 5) 0,5-0,6
- 6) менше 0,5

5.10. Яке значення коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха) є хорошим?

- 1) більше 0,9
- 2) 0,8-0,9
- 3) менше 0,5

5.11. Яке значення коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха) є прийнятним?

- 1) 0,7-0,8
- 2) більше 0,9
- 3) менше 0,5

5.12. Яке значення коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха) є сумнівним?

- 1) більше 0,9
- 2) 0,6-0,7
- 3) менше 0,5

5.13. Яке значення коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха) є малопродатним?

- 1) більше 0,9
- 2) 0,5-0,6
- 3) менше 0,5

5.14. Яке значення коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха) є неприпустимим?

- 1) більше 0,9
- 2) 0,8-0,9
- 3) 0,7-0,8
- 4) 0,6-0,7
- 5) 0,5-0,6
- 6) менше 0,5

5.15. Як інтерпретується значення коефіцієнту Спірмена-Брауна?

- 1) відповідає значенням $0 < r < 1$, якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зростання
- 2) при рівні значимості (p-value) $p < 0,05$ (менше 0,05) зв'язок між змінними вважається значимим, і подальший аналіз зв'язків між ними є доцільним
- 3) так само як і значення коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха)

5.16. Як інтерпретується значення коефіцієнту половинного розщеплення Гуттмана?

- 1) так само як і значення коефіцієнту Альфа Кронбаха (α Кронбаха)
- 2) відповідає значенням $0 < r < 1$, якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зростання.
- 3) при рівні значимості (p-value) $p < 0,05$ (менше 0,05) зв'язок між змінними вважається значимим, і подальший аналіз зв'язків між ними є доцільним

Тема 6. Валідність

Якісні показники завжди точно вимірюють те, що повинні. Якщо нам треба виміряти вагу, то слід впевнитись, що шкала, якою ми користуємось є точною. Вона повинна показати нам вагу і нічого більше. Слід пам'ятати, що шкала є чутливою до змін будь-якого роду, наприклад, якщо учасники знімають взуття – їх вага стає легшою. Дослідники мають впевнитись, що, при кожному використанні, шкала показує те ж саме значення. Насамкінець, дослідники хочуть впевнитись, що дані залишаються стабільними навіть з плином часу.

Важливо брати до уваги однакові характеристики шкали, при використанні стандартних інструментів дослідження. Коли приймається рішення про застосування стандартних вимірів для цільового дослідження, слід враховувати такі чотири особливості: валідність, надійність, практичність, попередній досвід.

Валідність є одним з найбільш важливих елементів високоякісного виміру.

Валідність - це здатність інструменту вимірювання відображати явище, яке вимірюється (або інформаційний концепт).

6.1. Вимірювання валідності

Відео 6.1. Валідність:

<https://youtu.be/LnLAR2IKYo4>



Вимірювання валідності вимагає від дослідників використання правильних інструментів протягом всього дослідницького процесу.

Розрізняють чотири види валідності: 1) Очевидна (зовнішня) валідність, 2) Змістова валідність 3) Конструктна валідність (включає Конвергентну і Дискримінантну валідність) та 4) Критеріальна валідність.

Вимірювання валідності здійснюється за допомогою коефіцієнтів кореляції, описаних у попередній темі та критеріям незалежності **хі-квадрат Пірсона**, **t-критерію (t-test)** та **дисперсійному аналізу – ANOVA**, описаних далі.

6.1.1. Очевидна (зовнішня) валідність – ступінь відповідності обраної методики очікуванням учасників дослідження. Вона показує чи зрозуміло учасникам дослідження що саме вимірюється. Чи відображає обраний інструмент зовнішню якість, щоб оцінити саме її? Якщо ми розпочали дослідження рівня депресії, то безглуздо додавали до шкали пункти, що стосуються улюбленого смаку морозива. Ми не зможемо сприймати серйозно таку оцінку рівня депресії.

Інші дослідники можуть заперечити, що це не є моделлю валідності, оскільки питання полягає в тому, **чи вимірює дослідницький інструмент саме те, для чого він був розроблений**. Цей метод не може гарантувати, що обраний інструмент насправді вимірює обране явище.

Зовнішня валідність є дуже важливим елементом при визначенні того, яким чином специфічна культура відображає певні показники. Наприклад, розуміння зловживання різниться у різних культурах та розцінюються по-різному.

6.1.2. Змістовна валідність – це ступінь відповідності змісту завдань методики реальній діяльності, в якій проявляється якість, що вимірюється.

Це є другою стратегією, що використовується для виміру валідності. Цей спосіб включає і рівні вимірювання, і вибір показників для охоплення всього явища. Ця методика задається питанням, чому саме ці показники було відібрано для процесу дослідження.

Розробникам інструментів слід надавати інформацію стосовно причин вибору конкретних показників (шкал). Інформація про показники базується на положеннях теорії, практичному досвіді та професійних судженнях експертів. Інструменти, що використовуються мають охоплювати весь спектр явища або концепту, що вимірюється.

6.1.3. Конструктна валідність – це ступінь обґрунтованості того, що обрана методика дійсно вимірює визначені науково обґрунтовані конструкти. Це здатність інструменту вимірювати саме ту якість, яку було обґрунтовано як теоретичний конструкт. Вона базується на відношеннях вимірюваного показника з іншими показниками дослідження. Цей метод передбачає, що розробники уніфікованого інструментарію дослідження пояснюють яким саме чином набір інструментів дослідження співвідноситься з теоретичними конструктами. Це можна зробити двома шляхами:

1. **Конвергентна валідізація (валідність):** встановлення кореляційних зв'язків між показниками дослідження. Кореляція - це аналітичне випробування, яке вимірює силу зв'язку між двома наборами балів або цифр. Дослідники використовують цей інструмент, щоб перевірити збіжну обґрунтованість. Коефіцієнт кореляції є мірилом сили зв'язку - він коливається від 0 до 1. Ідеальна кореляція це 1, а 0 показує відсутність кореляції. Чим ближче зв'язок до 1, тим сильнішим буде співвідношення, а значить, створить більшу конвергентну валідність (вимірюється **коефіцієнтом кореляції r Пірсона**, ранговими коефіцієнтами кореляції **Спірмена** або **Кендалла**, та **коефіцієнтами сили зв'язку Φ Пірсона** та **V Крамера**).

2. **Дискримінантна валідізація (валідність):** встановлення випадків, коли вимірювана змінна не співвідноситься з іншими змінними, які дослідники вважають не пов'язаними з нею (використовується критерій незалежності **χ^2 -квадрат Пірсона**, **t -критерій (t-test)** та **дисперсійний аналіз – ANOVA**).

Існує спосіб досягти як конвергентної, так і дискримінантної валідності шляхом вивчення значної групи осіб (100 або більше), за допомогою додаткової шкали, що вимірює ступінь відповідності конструкту і вимірюваного явища. Якщо результати показують гіпотетичний зв'язок – цей інструмент показує контструктну валідність.

Якщо, з будь-якої причини, результат не показує зв'язку – це є підтвердженням того, що обраний інструмент вимірює щось інше.

6.1.4. Критеріальна валідність – це визначена статистичними методами відповідність результатів дослідження зовнішнім незалежним критеріям (визначеним окремо).

Вона має дві форми:

1. **Прогностична валідність** є здібністю інструмента прогнозувати майбутнє проявлення вимірюваних якостей.
2. **Поточна (конкурентна) валідність** є здатністю методики показувати результати, які відповідають еталонним вимірюванням (якщо такі існують).

6.2. Кореляції та їх аналіз в програмі SPSS

Відео 6.2. Кореляції:

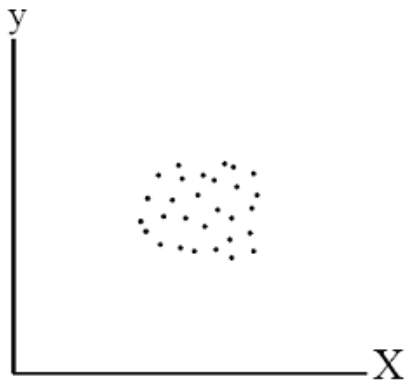
<https://youtu.be/nBkyLZOAug4>



Для обчислення кореляцій між даними в програмі SPSS використовуються команди підменю «**Корреляции**» меню «**Анализ**». Кореляція є величиною, укладеною в межах від -1 до +1, і позначається буквою «*r*». Поняття «кореляція» і «двовимірна кореляція» часто вживаються як синоніми, останнє означає «кореляція між двома змінними» і підкреслює, що розглядається саме двовимірне співвідношення.

Основний коефіцієнт кореляції **r Пірсона** призначений для оцінки зв'язку між двома змінними, вимірюваними з використанням метричної шкали, розподіл яких відповідає нормальному. Незважаючи на те що величина *r* розраховується в припущенні, що значення обох змінних розподілені по нормальному закону, формула для її обчислення дає досить точні результати і в випадках анормальних розподілів, а також коли одна з змінних є дискретною. Для розподілів, які не є нормальними, краще користуватися **ранговими коефіцієнтами кореляції Спірмена** або **Кендалла**. Команди підменю «Корреляции» дозволяють обчислити як коефіцієнт Пірсона, так і коефіцієнти Спірмена і Кендалла. Існують і інші коефіцієнти кореляції, що застосовуються для самих різних типів даних, проте їх опис виходить за рамки цього курсу.

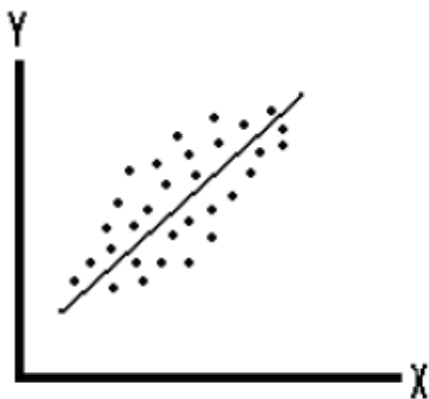
Найбільш наглядний приклад показати зв'язок між двома кількісними змінними – це **діаграма розсіювання**. На відміну від гістограм, які ми розглядали раніше – під час аналізу одномірних розподілів, на осі *y* показують не частоту того чи іншого значення змінної по осі *x*, а значення іншої змінної. Крапка на діаграмі означає одночасно значення двох змінних для одного спостереження («рядок» в таблиці даних). Для побудови графіку двовимірного розсіювання у SPSS існує відповідна команда «**Рассеивание / точки**» в меню «**Графика**». На такому графіку кожен об'єкт являє собою точку, координати якої задані значеннями двох змінних. Таким чином, множина об'єктів являє собою на графіку множину точок. По конфігурації цієї множини (хмари) точок можна судити про характер зв'язку між двома змінними.



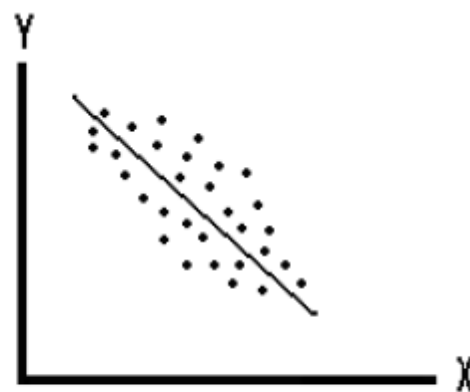
У кореляції є дві властивості – **сила** і **напрямок**. Сила кореляції визначається числовим значенням, а напрям – тим, чи кореляція позитивна чи негативна.

Позитивна кореляція: обидві змінні міняються у тому ж напрямі. Тобто, якщо одна змінна зростає, друга зростає теж. Якщо одна спадає, то друга спадає так само.

Негативна кореляція: змінні рухаються у протилежних напрямках. По мірі того, як одна змінна спадає, інша росте, і навпаки.



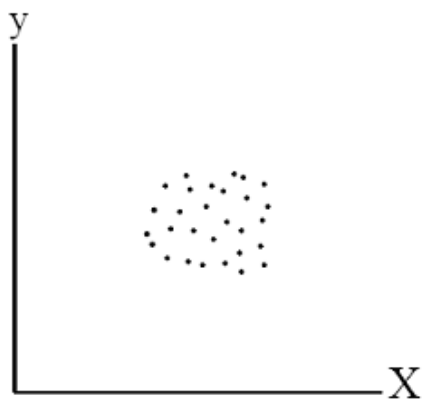
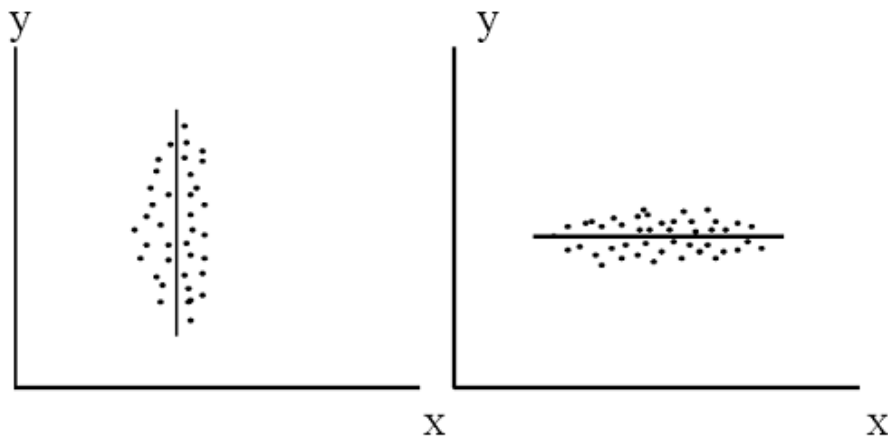
Позитивна кореляція



Негативна кореляція

6.2.1. Коефіцієнт кореляції r Пірсона

Коефіцієнт кореляції показує ступінь, до якого дві змінні пов'язані (наскільки спільно чи подібно змінюються їх значення для різних спостережень) – тобто якої сили між ними може бути зв'язок. Значення коефіцієнта кореляції може бути від -1.0 до 1.0 . Якщо вирахована кореляція більша за 1 або менша за -1 – значить десь у підрахунках сталася помилка, адже 1 – означає абсолютну пряму (позитивну) кореляцію, а -1 – абсолютну зворотню (негативну) кореляцію.



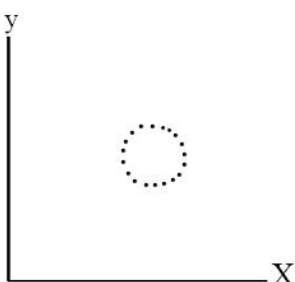
Всі три приклади показують випадки, в яких дуже мала або відсутня кореляція

Коли ми кажемо, що між двома змінними **немає кореляції** – це означає, що між двома змінними **немає прямого зв'язку**. Наприклад, немає прямої кореляції між розміром зарплати та рівнем споживання алкоголю. Тобто, великі значення споживання алкоголю мають такі ж шанси зустрітися серед людей з високою зарплатою, як із низькою.

Кореляція і причинно-наслідковий зв'язок. Навіть якщо дві змінні виглядають пов'язаними між собою, це не значить, що одна спричинила іншу. Класичний приклад – це кореляція між ростом злочинності та споживанням морозива протягом літніх місяців у США. Дві змінні пов'язані між собою, але жодне явище не є причиною іншого. Насправді, обидва явища спричинені підвищенням температури повітря, а не одне одним.

Важливо також пам'ятати, що **кореляція – це міра лінійного зв'язку**. При цьому, кореляція не говорить нам, яка змінна впливає на яку – кореляція лише показує наявність зв'язку, але впливу. Вимірюючи кореляцію, не можна сказати – це А впливає на Б, чи Б впливає на А.

Діаграма розсіювання для двох змінних може виглядати, наприклад, так:



Для цих двох змінних кореляція буде дорівнювати нулю. Але це ще не означає, що зв'язку між змінними немає – просто **зв'язок може бути не лінійним**.

Важливі терміни:

Кореляція, або **коефіцієнт кореляції**, – це статистичний показник ймовірнісного зв'язку між двома змінними, вимірюваними в одиницях метричної (кількісної) шкали. На відміну від функціонального зв'язку, при якій кожному значенню однієї змінної відповідає строго певне значення іншої змінної, ймовірнісний зв'язок характеризується тим, що кожному значенню однієї змінної відповідає безліч значень іншої змінної. Прикладом ймовірнісного зв'язку є зв'язок між зростом і вагою людей. Ясно, що один і той же зріст може бути у людей різної ваги, як і навпаки. Значення коефіцієнта кореляції змінюється від -1 до 1. Крайні значення відповідають лінійному функціональному зв'язку між двома змінними, 0 - відсутності зв'язку.

Сувора (строга) позитивна кореляція визначається значенням $r = 1$. Термін «сувора» означає, що значення однієї змінної однозначно визначаються значеннями іншої змінної, а термін «позитивна» - що зі зростанням значень однієї змінної значення іншої змінної також зростають. *Сувора кореляція є математичною абстракцією* і майже не зустрічається в реальних дослідженнях. Прикладом суворої кореляції є відповідність між часом шляху і пройденою відстанню при незмінній швидкості.

Позитивна кореляція відповідає значенням $0 < r < 1$. *Позитивну кореляцію слід інтерпретувати в такий спосіб: якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зростання*. Чим коефіцієнт кореляції ближче до 1, тим сильніше ця тенденція, і навпаки, з наближенням коефіцієнта кореляції до 0 тенденція слабшає. Прикладом значної позитивної кореляції служить залежність між зростом і вагою людини. Вважається, що в цьому випадку коефіцієнт кореляції $r = 0,83$. Слабка позитивна кореляція ($r = 0,12$) спостерігається між здатністю людини до співчуття і реальною допомогою, яку він надає людям, які її потребують.

Відсутність кореляції визначається значенням $r = 0$. Нульовий коефіцієнт кореляції говорить про те, що значення змінних ніяк не пов'язані один з одним. Прикладом пари величин з нульовою кореляцією є зріст людини і результат його IQ-тесту.

Негативна кореляція відповідає значенням $-1 < r < 0$. Якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зменшення. Чим коефіцієнт кореляції ближче до -1, тим сильніше ця тенденція, і навпаки, з наближенням коефіцієнта кореляції до 0 тенденція слабшає.

Слабка негативна кореляція ($r = -0,13$) спостерігається між агресивністю людини по відношенню до свого друга і допомогою, яку він йому надає. Чим агресивніше людина, тим допомогу менше, проте залежність виражена слабо. Прикладом значної негативної кореляції ($r = -0,73$) є залежність між нервовою збудливістю людини і її емоційною врівноваженістю. Чим вище виявляється результат тесту на збудливість, тим нижчий результат має тест на врівноваженість.

Сувора негативна кореляція визначається значенням $r = -1$. Вона, так само як і сувора позитивна кореляція, є абстракцією і не знаходить відображення в поведінкових та соціальних дослідженнях.

6.2.2. Критерій незалежності χ^2 -квадрат Пірсона (χ^2)

Коефіцієнт χ^2 -квадрат Пірсона (χ^2) обчислює **очікувані значення** для кожного елементу таблиці даних. Очікуване значення обчислюється в припущенні, що дві номінальні змінні незалежні один від одного. Розглянемо простий приклад. Нехай в лікарні знаходяться 100 чоловік, з яких 30 є чоловіками, а 70 – жінками. Якщо відомо, що з цих 100 чоловік 10 залежні від алкоголю, в разі, якщо залежність не залежить від статі, слід очікувати, що з 10 залежних 3 є чоловіками, а 7 – жінками. Зіставляючи ці очікувані частоти з частотами, які спостерігаються, ми можемо судити про те, чи дійсно ці дві номінальні ознаки незалежні. *Чим більше розходження частот, які спостерігаються і очікуваних частот, тим сильніше ці дві ознаки пов'язані одна з одною.* Метою застосування критерію незалежності χ^2 і є встановлення ступеня відповідності між значеннями, що спостерігаються і очікуваними значеннями клітинок таблиці даних. **Чим більше зв'язок між перемінними – тим більше значення χ^2 .**

6.2.3. p-рівень значимості (p-value)

Разом з χ^2 -квадрат обчислюється **p-рівень значимості (p-value)**, який є **одним з центральних показників в статистичному аналізі даних**. При $p > 0,05$ вважається, що відмінності між значеннями, що спостерігаються і очікуваними значеннями незначні. В іншому випадку припущення про незалежність двох номінальних змінних відхиляється і робиться висновок про те, що дві класифікації (змінні) залежать один від одного.

Тому слід запам'ятати – **при рівні значимості (p-value) $p < 0,05$** (менше 0,05) **зв'язок між змінними вважається значимим**, і подальший аналіз зв'язків між ними є доцільним. А якщо значення p-value більше 0,05 подальший аналіз зв'язків між такими змінними не проводиться.

6.2.4. Коефіцієнти Φ Пірсона та V Крамера

Часто величина χ^2 -квадрат помилково сприймається дослідниками як величина сили зв'язку між змінними. Однак це не так, оскільки χ^2 в значній мірі визначається числом змінних двомірної таблиці і розміром вибірки. З цієї причини Пірсон (Pearson) запропонував **коефіцієнт « Φ »**. Метою введення нової величини було отримання наочної інтерпретації зв'язку між змінними у вигляді коефіцієнта, що лежить в межах від 0 до 1 і приймає нульове значення для незалежних змінних і середнє арифметичне значення для строго пов'язаних змінних. Однак мета не була досягнута повністю: якщо одна з змінних двомірної таблиці має більше двох градацій, значення « Φ » може перевищувати 1. Крамеру (Cramer) вдалося виправити останній недолік шляхом введення **коефіцієнта V Крамера**. Цей коефіцієнт завжди приймає значення від 0 до 1 і служить характеристикою сили зв'язку між змінними.

Усі ці коефіцієнти можливо підрахувати при побудові двомірних таблиць. Але **слід завжди дивитись на рівень значимості, який повинен бути менше 0,05.**

6.2.5. t-критерій (t-test)

Аналіз даних із застосуванням t-критерію дозволяє зробити висновок про відмінність двох середніх значень. Наприклад, в разі застосування t-критерію для

незалежних вибірок перевіряється достовірність відмінності двох вибірок за кількісною змінною, яка вимірюється у представників цих двох вибірок. Для цих вибірок обчислюються середні значення кількісної змінної, по потім t-критерієм визначається статистична значимість відмінності середніх. Застосування t-критерію, мабуть, найпоширеніший метод статистичного аналізу, так як дозволяє відповісти на просте запитання: «Наскільки істотні відмінності між двома вибірками за даною кількісною змінною?» Основна вимога до даних для застосування цього критерію - подання змінних, за якими порівнюються вибірки, в метричних одиницях виміру. Якщо є сумніви у відповідності цій вимозі, потрібно скористатися непараметричними методами.

Існує 3 варіанти t-критерію: t-критерій для незалежних вибірок, t-критерій для парних вибірок, одновибірковий t-критерій:

t-критерій для незалежних вибірок призначений для порівняння середніх значень двох вибірок. Для порівнюваних вибірок повинні бути визначені значення однієї і тієї ж змінної. За допомогою t-критерію для незалежних вибірок можна порівняти рівень споживання алкоголю серед чоловіків та жінок, середній вік початку споживання алкоголю тощо. *Обов'язковою умовою для проведення цього t-критерію є незалежність вибірок.*

t-критерій для парних або залежних вибірок дозволяє порівняти середні значення результатів двох вимірів однієї ознаки для однієї і тієї ж вибірки, наприклад результати першого і останнього вимірів групи пацієнтів або значення показника до і після впливу на групу. *Обов'язковою умовою застосування t-критерію для залежних вибірок є наявність повторного вимірювання для однієї вибірки.*

Одновибірковий t-критерій дозволяє порівняти середнє значення одної вибірки з деякою еталонною величиною. Наприклад, чи відрізняється середнє значення деякого тесту для даної вибірки від нормативної величини і т.д.

Результат порівняння середніх значень із застосуванням t-критерію оцінюється за рівнем значущості p (p -value). Нагадаємо, що рівень значущості (p -рівень) є мірою статистичної достовірності результату обчислень, в даному випадку – відмінностей середніх, і служить головною підставою для інтерпретації отриманих результатів. Якщо дослідження показало, що **p -рівень значущості відмінностей не перевищує 0,05** – це означає, що з ймовірністю не більше 5% різниця між значенням цих змінних є випадковою. Зазвичай це стає підставою для висновку про статистичну достовірність відмінностей. В іншому випадку ($p > 0,05$) відмінність визнається статистично недостовірною і не підлягає змістовній інтерпретації. SPSS дозволяє визначати два рівня значущості: односторонній і двосторонній. Зазвичай використовується **двосторонній рівень значимості**.

6.2.6. Дисперсійний аналіз – метод ANOVA

Дисперсійний аналіз (**AN**alysis **O**f **VA**riances, ANOVA – загальноприйняте позначення методу) - це процедура порівняння середніх значень декількох вибірок, на підставі якої можна зробити висновок про співвідношення середніх значень генеральних сукупностей. Найближчим і простішим аналогом ANOVA є t-критерій.

На відміну від t-критерію дисперсійний аналіз призначений для порівняння не двох, а кількох вибірок. Слово «дисперсійний» в назві вказує на те, що в процесі

аналізу зіставляються компоненти дисперсії досліджуваної змінної. Загальна мінливість змінної розкладається на дві складові: **міжгрупову** (факторну), обумовлену різницею груп (середніх значень), і **внутришньогрупову** (помилки), обумовлену випадковими (неврахованими) причинами. Чим більше результат від ділення міжгрупової мінливості на внутришньогрупову (F-відношення), тим більше розрізняються середні значення порівнюваних вибірок і тим вище статистична значущість цієї відмінності.

Однофакторний дисперсійний аналіз в SPSS реалізується за допомогою команди Однофакторний дисперсійний аналіз. Слово «однофакторний» означає, що застосовуючи команду Однофакторний дисперсійний аналіз можна задати лише одну єдину залежну змінну (при цьому вона обов'язково повинна бути кількісного, метричного типу) і одну єдину незалежну змінну (обов'язково номінальну, що має кілька градацій).

Різні моделі багатовимірного дисперсійного аналізу допускають наявність декількох незалежних змінних. Багатовимірний дисперсійний аналіз дозволяє аналізувати як декілька незалежних, так і декілька залежних змінних. Реалізується в SPSS командою підміню Загальна лінійна модель.

У однофакторному дисперсійному аналізі порівнюються середні значення кожної вибірки одне з одним і обчислюється загальний рівень значущості відмінностей. Зверніть увагу, що висновок за результатами ANOVA стосується загальної відмінності усіх порівнюваних середніх без конкретизації того, які саме вибірки розрізняються, а які ні. Для ідентифікації пар вибірок, що відрізняються одна від одної своїми середніми значеннями, використовуються методи парних порівнянь постфактум (post hoc), а для більш складних зіставлень - метод контрастів (contrasts).

Тестові завдання до теми 6

6.1. Очевидна (зовнішня) валідність це ...

- 1) ступінь відповідності змісту завдань методики реальній діяльності, в якій проявляється якість, що вимірюється
- 2) ступінь відповідності обраної методики очікуванням учасників дослідження, її зрозумілість
- 3) здатність інструменту вимірювати саме ту якість, яку було обґрунтовано як теоретичний конструкт

6.2. Змістовна валідність це ...

- 1) ступінь відповідності змісту завдань методики реальній діяльності, в якій проявляється якість, що вимірюється
- 2) ступінь відповідності обраної методики очікуванням учасників дослідження, її зрозумілість
- 3) здатність інструменту вимірювати саме ту якість, яку було обґрунтовано як теоретичний конструкт

6.3. Конструктна валідність це ...

- 1) здатність інструменту вимірювати саме ту якість, яку було обґрунтовано як теоретичний конструкт
- 2) ступінь відповідності обраної методики очікуванням учасників дослідження, її зрозумілість
- 3) ступінь відповідності змісту завдань методики реальній діяльності, в якій проявляється якість, що вимірюється

6.4. Яке твердження вірне?

- 1) при рівні значимості (p-value) $p < 0,05$ (більше 0,05) зв'язок між змінними вважається значимим, і подальший аналіз зв'язків між ними є доцільним
- 2) при рівні значимості (p-value) $p < 0,1$ (менше 0,1) зв'язок між змінними вважається значимим, і подальший аналіз зв'язків між ними є доцільним
- 3) при рівні значимості (p-value) $p < 0,05$ (менше 0,05) зв'язок між змінними вважається значимим, і подальший аналіз зв'язків між ними є доцільним

6.5. Коефіцієнт хі-квадрат Пірсона (χ^2) – це ...

- 1) критерій відмінності двох середніх значень для незалежних (парних) та залежних вибірок, а також для однієї вибірки та нормативного значення, оцінюється за рівнем р-значущості (p-value)
- 2) критерій незалежності, вимірює ступень відповідності між значеннями, що спостерігаються і очікуваними значеннями клітинок таблиці даних, чим більше зв'язок між перемінними – тим більше його значення
- 3) процедура порівняння середніх значень декількох вибірок, на підставі якої можна зробити висновок про співвідношення середніх значень генеральних сукупностей, чим більше розрізняються середні значення порівнюваних вибірок – тим вище статистична значущість їх відмінності

6.6. t-критерій (t-test) – це ...

- 1) критерій незалежності, вимірює ступень відповідності між значеннями, що спостерігаються і очікуваними значеннями клітинок таблиці даних, чим більше зв'язок між перемінними – тим більше його значення
- 2) критерій відмінності двох середніх значень для незалежних (парних) та залежних вибірок, а також для однієї вибірки та нормативного значення, оцінюється за рівнем р-значущості (p-value)
- 3) процедура порівняння середніх значень декількох вибірок, на підставі якої можна зробити висновок про співвідношення середніх значень генеральних сукупностей, чим більше розрізняються середні значення порівнюваних вибірок – тим вище статистична значущість їх відмінності

6.7. Дисперсійний аналіз (ANalysis Of VAriances, ANOVA) – це ...

- 1) критерій незалежності, вимірює ступень відповідності між значеннями, що спостерігаються і очікуваними значеннями клітинок таблиці даних, чим більше зв'язок між перемінними – тим більше його значення
- 2) критерій відмінності двох середніх значень для незалежних (парних) та залежних вибірок, а також для однієї вибірки та нормативного значення, оцінюється за рівнем р-значущості (p-value)
- 3) процедура порівняння середніх значень декількох вибірок, на підставі якої можна зробити висновок про співвідношення середніх значень генеральних сукупностей, чим більше розрізняються середні значення порівнюваних вибірок – тим вище статистична значущість їх відмінності

6.8. Коефіцієнт сили зв'язку між змінними, який завжди приймає значення від 0 до 1 називається ...

- 1) коефіцієнт V Крамера
- 2) коефіцієнт «фі» Пірсона
- 3) коефіцієнт Хі-квадрат Пірсона
- 4) t-критерій (t-test)

6.9. Кореляція, або коефіцієнт кореляції – це ...

- 1) це статистичний показник ймовірного зв'язку між двома змінними, вимірюваними в одиницях метричної (кількісної) шкали, укладений в межах від -1 до +1, позначається буквою «r», має дві властивості – сила і напрям, сила визначається числовим значенням, а напрям – тим, чи вона позитивна чи негативна
- 2) міра зв'язку між двома змінними, що вимірює ступень відповідності між значеннями, що спостерігаються і очікуваними значеннями клітинок таблиці даних, чим більше зв'язок між перемінними – тим більше його значення
- 3) міра зв'язку між двома змінними, що вимірює співвідношення середніх значень генеральних сукупностей

6.10. Позитивна кореляція ...

- 1) відповідає значенням $-1 < r < 0$, якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зменшення
- 2) відповідає значенням $0 < r < 1$, якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зростання

6.11. Негативна кореляція ...

- 1) відповідає значенням $0 < r < 1$, якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зростання.
- 2) відповідає значенням $-1 < r < 0$, якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зменшення

Тема 7. Факторний аналіз



Відео до теми 7. Факторний аналіз:

https://youtu.be/PL_4nbJ2B2s

Факторний аналіз (ФА) – (від лат. Faktor- діючий, що виробляє і грец. Analysis – розкладання, розчленування) – метод багатовимірної математичної статистики, який застосовується при дослідженні статистично пов'язаних ознак з метою виявлення певного числа прихованих від безпосереднього спостереження, латентних ознак – «факторів», а також причини їх виникнення та внутрішніх закономірностей їх взаємозв'язку.

Фактор – прихована причина узгодженої мінливості певних змінних, латентна змінна яка чинить на них вплив.

Базова ідея ФА – якщо кілька ознак в досліджуваній групі змінюються узгоджено, то можна припустити існування однієї загальної причини спільної мінливості цих ознак – «фактора» як прихованої, латентної, недоступної безпосередньому виміру змінної.

Факторний аналіз є розділом багатовимірного статистичного аналізу, який об'єднує методи оцінки розмірності множини змінних за допомогою дослідження структури коваріаційних або кореляційних матриць – матриць взаємних кореляцій (інтеркореляцій), що складаються з попарних коефіцієнтів кореляції Пірсона між усіма змінними включеними в аналіз.

Виділені шляхом аналізу інтеркореляцій або інших характеристик зв'язку, узагальнені фактори першого порядку можуть бути представлені у вигляді нової матриці, що відображає кореляції між факторами. На основі таких матриць визначаються фактори більш високого порядку.

Факторний аналіз може також використовуватися для формування гіпотез щодо механізмів причинних зв'язків або з метою перевірки змінних перед подальшим аналізом (наприклад, щоб виявити колінеарність перед проведенням лінійного регресійного аналізу).

Широкому використанню факторного аналізу в конструюванні психодіагностичних інструментів сприяла розробка Раймондом Кеттеллом відомого 16-факторного особистісного опитувальника «16PF». Саме за допомогою факторного аналізу йому вдалося звести близько 4500 найменувань особистісних особливостей до 187 питань, які, в свою чергу, дозволяють виміряти 16 різних властивостей особистості. Пізніше за допомогою факторного аналізу методику звели до 5 факторної моделі більш високого порядку – опитувальник «Велика П'ятірка».

7.1. Цілі та завдання факторного аналізу

Ціль ФА – зменшення розмірності первинних даних, економний опис даних за умови мінімальної втрати первинних даних.

Результат ФА – перехід від великого числа вихідних змінних до малого числа нових змінних – факторів.

ФА робить можливим зведення великого масиву експериментальних даних до декількох незалежних і простих факторів – головних компонентів, його методами можна підтвердити існуючу гіпотезу на основі великого обсягу спостережень по виділених головних компонентах.

Центральне завдання метода – перехід від сукупності безпосередньо вимірюваних ознак досліджуваного явища до комплексних узагальнених факторів, за якими стоять комбінації вихідних ознак, що виділяються на основі їх внутрішніх закономірностей відображаючи структуру досліджуваної області явищ.

Завдання факторного аналізу визначають специфіку його використання, факторний аналіз використовується як:

- метод скорочення даних
- метод структурної класифікації даних

7.2. Етапи факторного аналізу(в програмі SPSS)

Факторний аналіз дозволяє встановити для великого числа вихідних ознак порівняно вузький набір «властивостей», що характеризують зв'язок між групами цих ознак і називаються факторами.

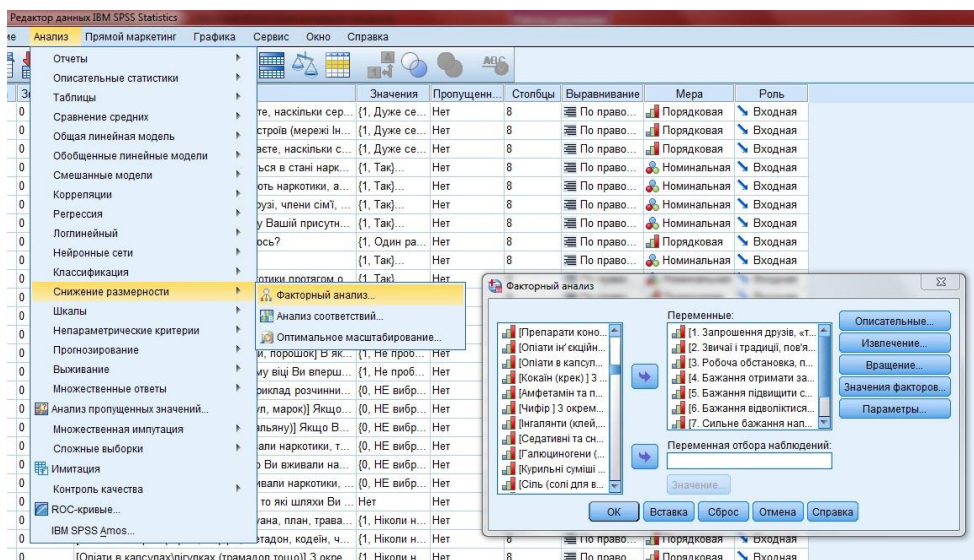
Процедура факторного аналізу за складається з чотирьох основних стадій:

1. Обчислення кореляційної матриці для всіх змінних, що беруть участь в аналізі.
2. Виділення факторів.
3. Обертання факторів для створення спрощеної структури.
4. Інтерпретація факторів.

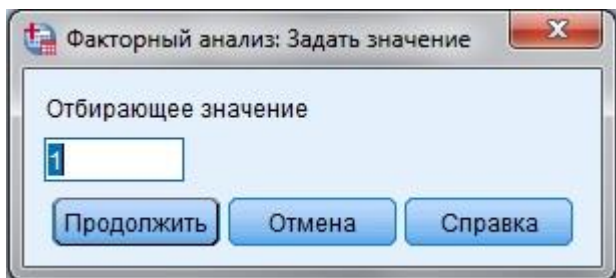
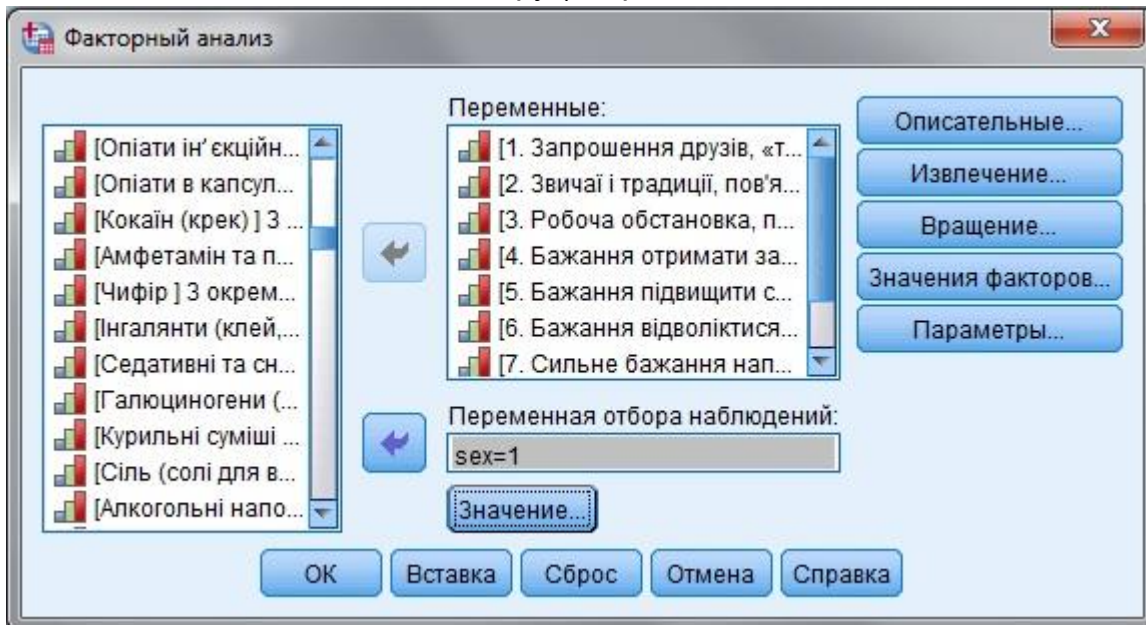
7.2.1. Обчислення кореляційної матриці

Для проведення факторного аналізу необов'язково в ручну будувати кореляційну матрицю. В ході проведення ФА програма SPSS створює її сама на основі файлу даних (масиву).

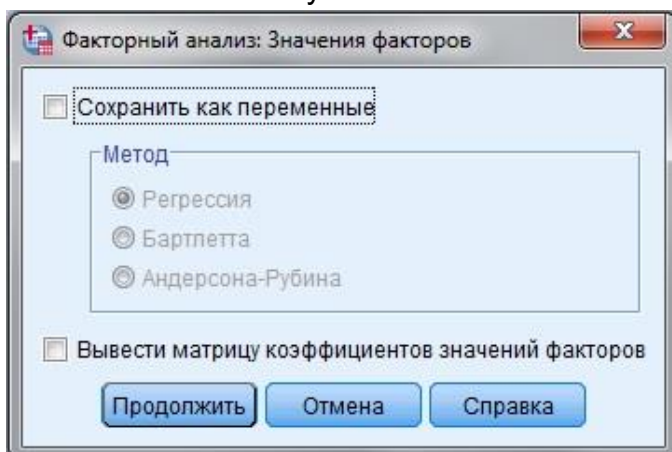
Процедура факторного аналізу в SPSS здійснюється за допомогою меню **«Анализ» - «Снижение размерности» - «Факторный анализ».**

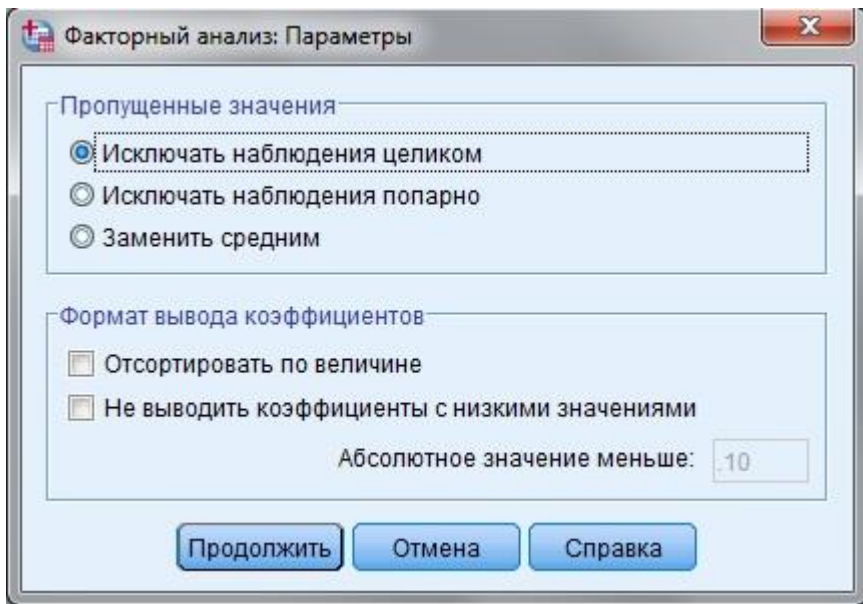


У діалоговому вікні SPSS «Факторный анализ» ми вибираємо змінні для яких будемо будувати кореляційну матрицю і переносимо їх із загального списку у вікно «Переменные». Також ми можемо вибрати «Переменную отбора наблюдений» і встановити її значення, щоб для побудови матриці інтеркореляцій використовувалися тільки відфільтровані із загального масиву спостереження з вказаним значенням змінної відбору (наприклад тільки жінки, змінна «sex = 1»).



Додатковими опціями меню SPSS «Факторный анализ» є можливість вказати «Значения факторов» та їх «Параметры». Як правило, ці меню залишають за замовчуванням, якщо дослідник не має достатньо глибоких знань по процедурі факторного аналізу. У цьому підменю можна зберегти виділені фактори як нові змінні зменшивши загальну кількість змінних.

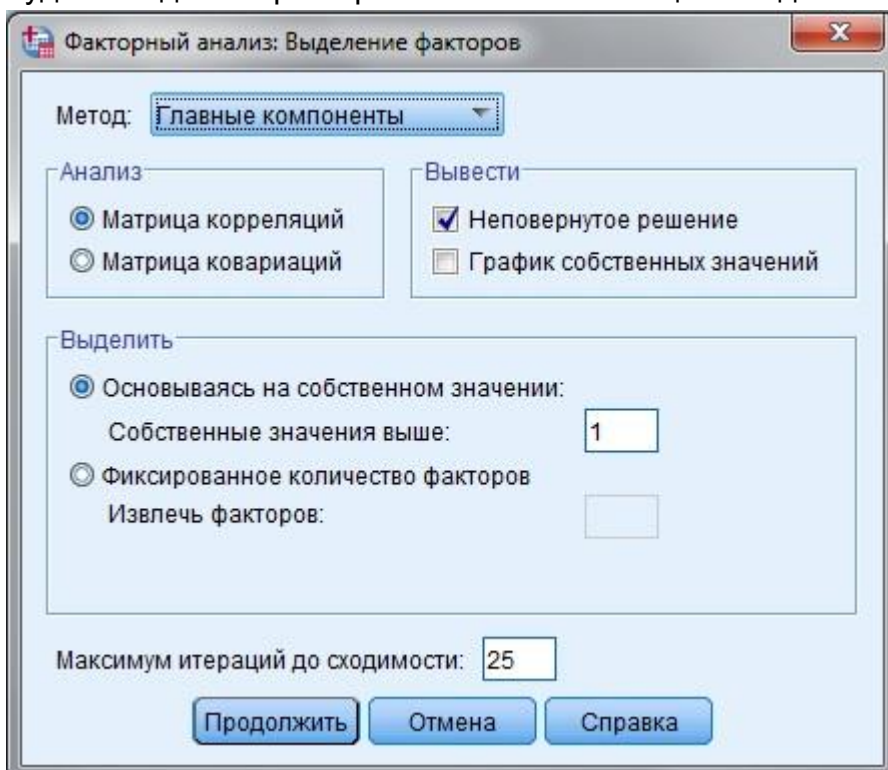




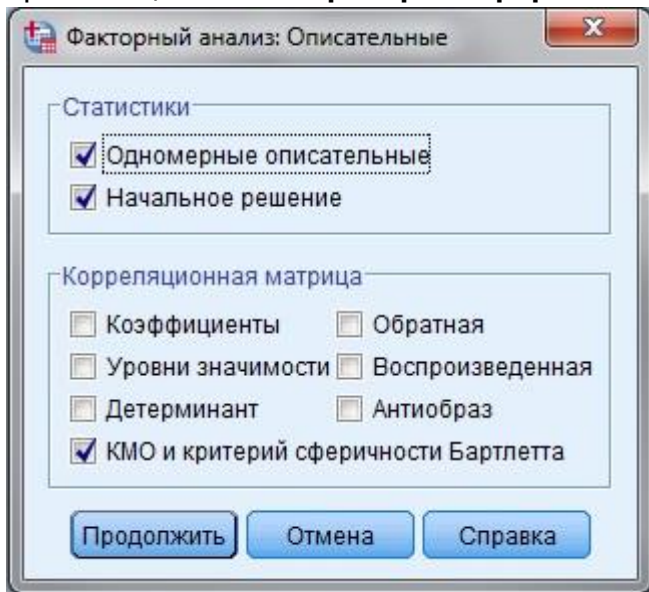
7.2.2. Виділення факторів (КМО – коефіцієнт вибіркової адекватності Кайзера - Мейєра – Олкіна, Критерій сферичності Бартлетта)

Виділення факторів є наступним етапом факторного аналізу. З математичної точки зору витяг чинників має певну аналогію з множинним регресійний аналізом. Першим кроком множинного регресійного аналізу є вибір незалежної змінної, яка обумовлює найбільшу частку дисперсії залежної змінної. Потім операція повторюється для решти незалежних змінних до тих пір, поки що додається частка дисперсії не перестане бути значимою. У факторному аналізі застосовується аналогічна процедура.

В SPSS ця процедура здійснюється за допомогою підміню **«Выделение факторов»** в меню **«Факторный анализ»**. В цьому меню ми обираємо метод, яким будемо виділяти фактори. За замовчанням це метод **«Головних компонент»**.



В підменю «**Описательные**» ми вибираємо необхідні нам статистики - як правило це «**КМО и критерий сферичности Бартлетта**».



Виділення фактора починається з підрахунку сумарного розкиду значень всіх змінних, що беруть участь в аналізі. Першим завданням факторного аналізу є вибір взаємодіючих змінних, чия взаємна кореляція обумовлює найбільшу частку загальної дисперсії. Ці змінні утворюють перший фактор. Потім перший фактор виключається і з множини змінних, що залишилися, знову вибираються ті, чия взаємодія визначає найбільшу частку загальної дисперсії. Ці змінні утворюють другий фактор. Виділення факторів триває до тих пір, поки не буде вичерпана вся загальна дисперсія змінних незалежно від того, чи є значимим вплив фактора на дисперсію чи ні. При аналізі витягнутих чинників зазвичай зупиняються на 90-95% дисперсії.

КМО – коефіцієнт вибіркової адекватності Кайзера - Мейєра - Олкіна, характеризує ступінь придатності факторного аналізу для даної вибірки.

КМО більше 0,9 - безумовна адекватність;

КМО більше 0,8 - висока адекватність;

КМО більше 0,7 - прийнятна адекватність;

КМО більше 0,6 - задовільна адекватність;

КМО більше 0,5 - низька адекватність;

КМО менше 0,5 - факторний аналіз непридатний до цієї вибірки.

Критерій сферичності Бартлетта – критерій корельованості змінних перевіряє «нульову гіпотезу» (гіпотезу про рівність нулю кореляцій між змінними).

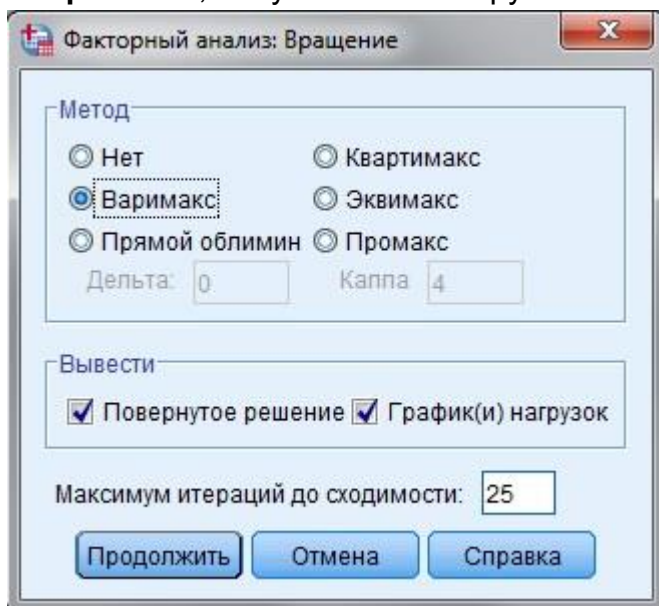
Значення р-рівня (p-value, Sig.) **менше 0,05** вказує на те, що дані цілком прийнятні для проведення факторного аналізу, так як кореляції між змінними істотно відрізняються від нуля.

7.2.3. Обертання факторів для створення спрощеної структури

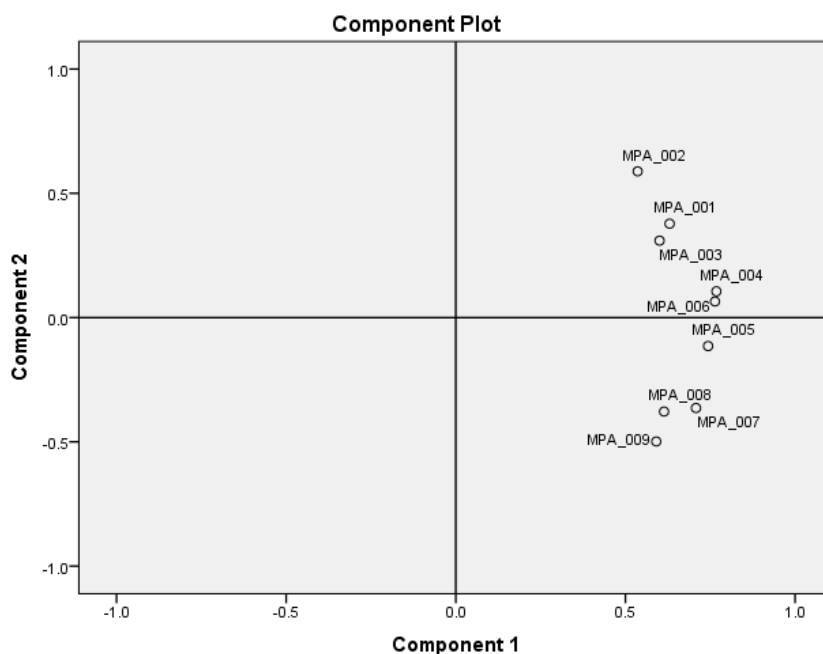
Виділені фактори, за дуже рідкісними винятками, не представляють інтересу для дослідника. Якщо чинників виявиться стільки ж, скільки вихідних змінних,

факторний аналіз втрачає сенс, оскільки його метою є скорочення вихідного набору змінних.

В SPSS ця процедура здійснюється за допомогою підміню «Вращение» в меню «Факторный анализ». Найбільш поширеним методом обертання є метод «Варимакс», тому галочка вибору поставлена саме на ньому.

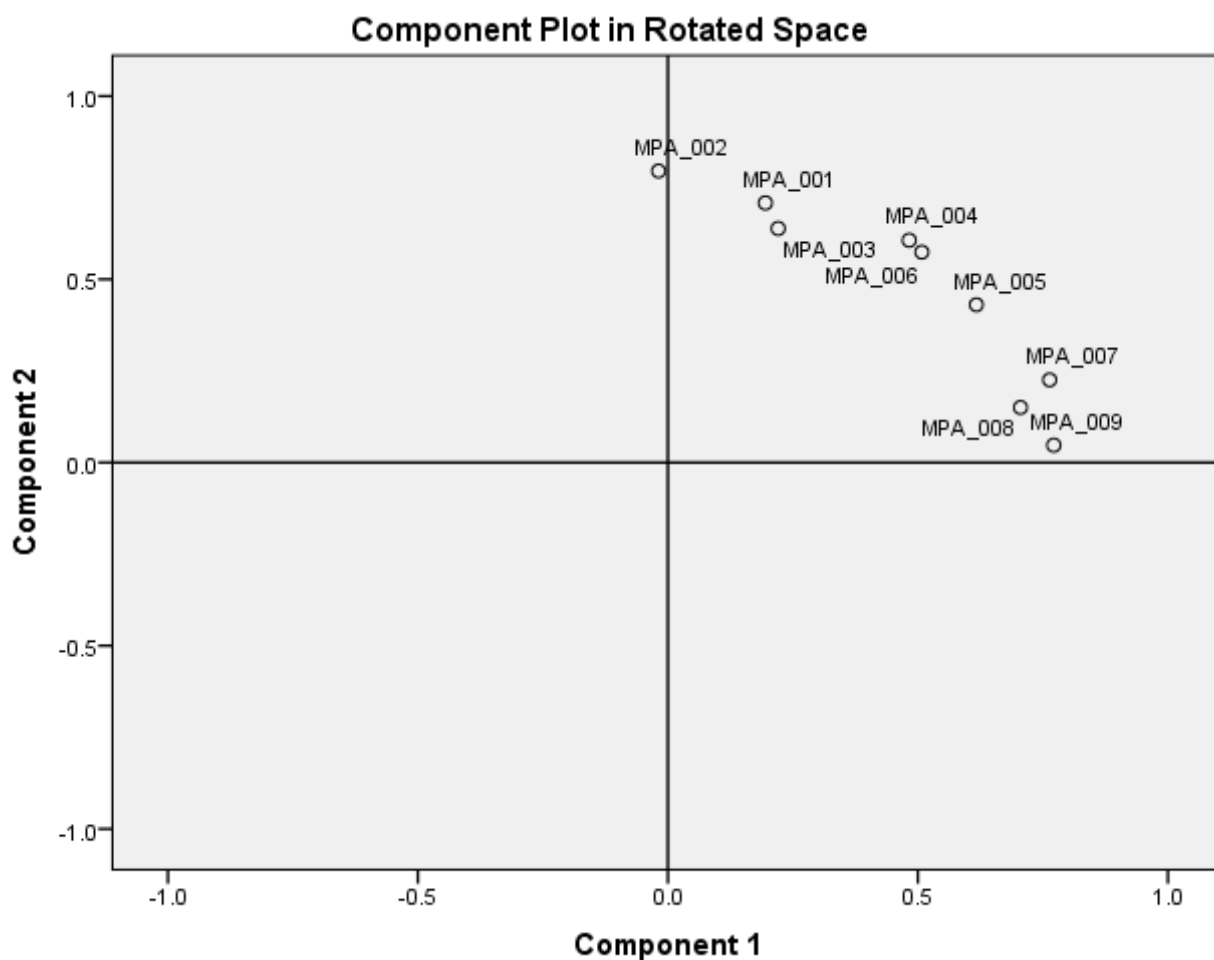


Наступним кроком після виділення факторів є їх обертання. Обертання потрібно тому, що спочатку структура факторів, будучи математично коректною, як правило, важка для інтерпретації. Метою обертання є отримання простої структури, якій відповідає велике значення навантаження кожної змінної тільки по одному фактору і мале - по іншим факторам. Навантаження відображає зв'язь між змінною і фактором, будучи подобою коефіцієнта кореляції. Значення навантаження лежить в межах від -1 до 1. Ідеальна проста структура передбачає, що кожна змінна має нульові значення навантажень для всіх факторів, крім одного, для якого навантаження цієї змінної близька до 1 (-1).



До обертання точки, відповідні змінним, розташовані на відстані від осей факторів. Після повороту осей змінні виявляються поблизу осей, що відповідає максимальному навантаженні кожної змінної тільки по одному фактору. На практиці сувора орієнтація змінних вздовж осей чинників зазвичай не досягається, проте операція повороту дозволяє наблизитися до бажаного результату. Після виконання обертання факторів програма SPSS включає в вікно виведення графічні зображення, для зручності забезпечивши їх таблицею координат.

Обертання факторів ніяк не впливає на математичну строгість аналізу. Взаємне розташування точок-змінних залишається незмінним. SPSS дозволяє виконати кілька варіантів обертання щоб взаємне розташування осей і точок даних утворювало просту структуру, що відповідає потрібному критерію. Найбільш поширеним методом обертання є метод «варімакс», це – ортогональний метод, так як розташування осей змінюється під прямим кутом.



Методи обертання «Прямой облимин» і «Промакс» змінюють положення осей під непрямыми кутами. Наявність непрямого кута між осями чинників означає, що вони не є повністю незалежними один від одного. Оскільки в реальних дослідженнях чинники дійсно не є абсолютно незалежними, відхилення кута між осями від прямого при обертанні цілком допустимо. Неортогональної обертання - досить складна процедура, і для її застосування необхідно чітко уявляти собі суть того, що відбувається.

В цілому, аналогічну рекомендацію можна дати щодо факторного аналізу взагалі: не слід застосовувати його без попереднього вивчення відповідних розділів статистики.

Наступне завдання – прийняти рішення, які з факторів слід залишити для подальшого аналізу. Тут рекомендується керуватися в першу чергу здоровим глуздом і залишати ті фактори, які мають зрозумілу теоретичну або логічну інтерпретацію. Однак не завжди представляється можливим заздалегідь встановити призначення кожного фактора, тому дослідники на першому етапі зазвичай використовують формальні критерії. При виконанні факторного аналізу з установками за замовчуванням всі фактори, чії власні значення перевищують одиницю, зберігаються для подальшого аналізу. Оскільки число факторів дорівнює числу змінних, лише для невеликої кількості факторів власні значення виявляються більше одиниці, а значить, виконання команди з параметрами за замовчуванням дозволяє радикально скоротити число факторів. Існують і інші критерії виділення факторів (наприклад, критерій «кам'янистої осипи» Р. Кеттелла), крім того, ви можете вибирати фактори, ґрунтуючись на відомих вам особливостях конкретного файлу даних. У будь-якому випадку **остаточне рішення про кількість факторів зазвичай приймається після їх інтерпретації**, отже, факторний аналіз передбачає неодноразове виділення різного числа факторів.

7.2.4. Інтерпретація факторів

Як правило, дослідник не обмежується тільки числовими результатами факторного аналізу – необхідною умовою успіху факторного аналізу є **розуміння змістовної специфіки** конкретних даних і взаємозв'язків між ними.

Отримавши після процедури обертання факторне рішення (факторну матрицю) можна переходити до інтерпретації та найменуванням факторів. Цей етап роботи вимагає більше дослідницької інтуїції ніж статистичної підготовки. Щоб зрозуміти природу конкретного фактора слід змістовно вивчити змінні, що мають високі навантаження за цим фактором, і спробувати виявити загальні для них психічні, поведінкові або фізіологічні процеси. Чим більше виявляється показників з високими навантаженнями по даному фактору, тим легше розкрити його природу виходячи з розуміння психофізіологічних чи інших закономірностей, що об'єднують саме ці показники.

Якщо статистичну модель, отриману в результаті ФА **не можна інтерпретувати або пояснити** спираючись на фізіологічні, психологічні чи інші закономірності – **від неї слід відмовитися**.

7.3. Приклад. Побудова 2-х факторної та 3-х факторної моделі мотивації вживання алкоголю в SPSS

Відео 7.3. Приклад факторного аналізу (SPSS):

<https://youtu.be/QxZcyal5Zxc>



У нашому прикладі ми спочатку проаналізуємо 2-х факторну модель мотивації споживання алкоголю (рисунки з її обертанням наведені вище), отриману з методики «МПА - Мотивація Вживання Алкоголю» В.Ю. Зав'ялова.

Ця методика оцінює алкогольну мотивацію за дев'ятьма шкалами, що об'єднані в три блоки (соціальні, психологічні та патологічні мотиви). Кожний блок містить три мотиваційні шкали:

- До блоку соціальної мотивації належать традиційні (соціально і культурно обумовлені), субмісивні (підкорення груповому тиску) та псевдокультурні (пов'язані з прагненням людини узгодити особистий досвід з вимогами «алкогольного мікросередовища», в якому вона функціонує) мотиви.
- До блоку психологічної мотивації відносять гедоністичні (прагнення отримати задоволення від випивки), атарактичні (прагнення зняти напругу, неприємні переживання) мотиви, та мотиви гіперактивації поведінки (прагнення підвищити власну активність, настрій).
- До блоку патологічної мотивації відносять мотиви похмілля (прагнення зняти прояви абстинентного синдрому), адиктивні мотиви (виражають патологічний потяг до алкоголю) та мотиви самопошкодження (прагнення вживати алкоголь всупереч оточуючим і собі).

Програма SPSS послідовно виділяє 9 факторів (компонент), які покривають 100% загальної дисперсії. З них ми вибираємо 2, що покривають 57% дисперсії і будуємо для них двухфакторну матрицю, яку графічно представлено на малюнках вище. При обертанні «варімакс» навантаження, спочатку розподілене між цими двома факторами нерівномірно – 44% і 12% (див. 5-й стовпець таблиці), розподіляється практично однаково – 29% і 27% (див. 7-й стовпець таблиці).

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.999	44.429	44.429	3.999	44.429	44.429	2.634	29.271	29.271
2	1.138	12.642	57.072	1.138	12.642	57.072	2.502	27.801	57.072
3	.920	10.220	67.292						
4	.639	7.096	74.388						
5	.572	6.355	80.742						
6	.505	5.606	86.348						
7	.476	5.287	91.635						
8	.423	4.701	96.335						
9	.330	3.665	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Для того щоб відповісти на запитання – чи можливо застосовувати цю модель для аналізу слід звернутись до розрахованих коефіцієнтів КМО та Бартлетта.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.871
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	5941.751
	df	36
	Sig.	.000

Значення КМО .871 (вище 0,8) означає, що наша модель має високу адекватність. Значення тесту сферичності Бартлетта Sig. 0.000 – це значно менше 0.05 і говорить про його високу значущість (дані цілком прийнятні для проведення факторного аналізу, так як кореляції між змінними істотно відрізняються від нуля).

Для того щоб пояснити отримані фактори ми повинні подивитися на вклад кожної змінної в один і другий фактор. Для цього ми дивимося на матрицю компонентів.

Таблиця 5

Матриця компонентів

Змінна	Мотиваційна шкала	Показники	Компоненти	
		Формулювання відповіді на запитання «Як часто різні обставини спонукають Вас пити»	Фактор 1	Фактор 2
Соціальні мотиви				
MPA_01	Традиційні	1. Запрошення друзів, «тиск» групи, інших людей	,630	,378
MPA_02	Субмісивні	2. Звичай і традиції, пов'язані з застіллям, святами, весіллями, похоронами і т.п.	,536	,588
MPA_03	Псевдокультурні	3. Робоча обстановка, прагнення полегшити ділові контакти, обмити угоду і т.п.	,601	,310
Психологічні мотиви				
MPA_04	Гедоністичні	4. Бажання отримати задоволення	,768	,105
MPA_05	Атарактичні	5. Бажання підвищити свою активність та інтерес до життя	,744	-,115
MPA_06	Гіперактивації	6. Бажання відволіктися, забути, скинути стрес	,764	,065
Патологічні мотиви				
MPA_07	Похмільні	7. Сильне бажання напиться, тяга до алкоголю	,708	-,364
MPA_08	Адиктивні	8. Бажання похмелитися, відновити самопочуття	,614	-,378
MPA_09	Самопошкодження	9. Бажання пити безупинно на шкоду собі та іншим, немає сил зупинитися	,591	-,499

Видно що фактор 1 складають соціальні та психологічні мотиви, а фактор 2 - патологічні мотиви та мотиви гіперактивації поведінки. Ця модель може бути логічно пояснена та інтерпретована і застосована для більш загально аналізу мотивації вживання алкоголю.

Побудова 3-х факторної моделі МПА.

Але ми можемо припустити, що 2-х факторна модель може бути неповною (особливо, якщо ми заздалегідь знаємо що структура показників об'єднує їх у 3 блоки по три шкали). Тому ми власноруч, ґрунтуючись на нашій дослідницькій гіпотезі спробуємо виділити 3-х факторну модель і побачити – чи буде вона краще пояснювати наші дані чи ні.

Ми отримуємо наступний результат:

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.999	44.429	44.429	3.999	44.429	44.429	2.331	25.896	25.896
2	1.138	12.642	57.072	1.138	12.642	57.072	1.912	21.242	47.138
3	.920	10.220	67.292	.920	10.220	67.292	1.814	20.154	67.292
4	.639	7.096	74.388						
5	.572	6.355	80.742						
6	.505	5.606	86.348						
7	.476	5.287	91.635						
8	.423	4.701	96.335						
9	.330	3.665	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Нова 3-х факторна модель покриває вже 67% загальної дисперсії, а факторні навантаження після повертання «Варімакс» розподіляються майже рівномірно (25%, 21%, 20%).

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.871
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	5941.751
	df	36
	Sig.	.000

Коефіцієнти КМО та Бартлетта свідчать про те, що модель має високу адекватність та значущість виділених факторів висока.

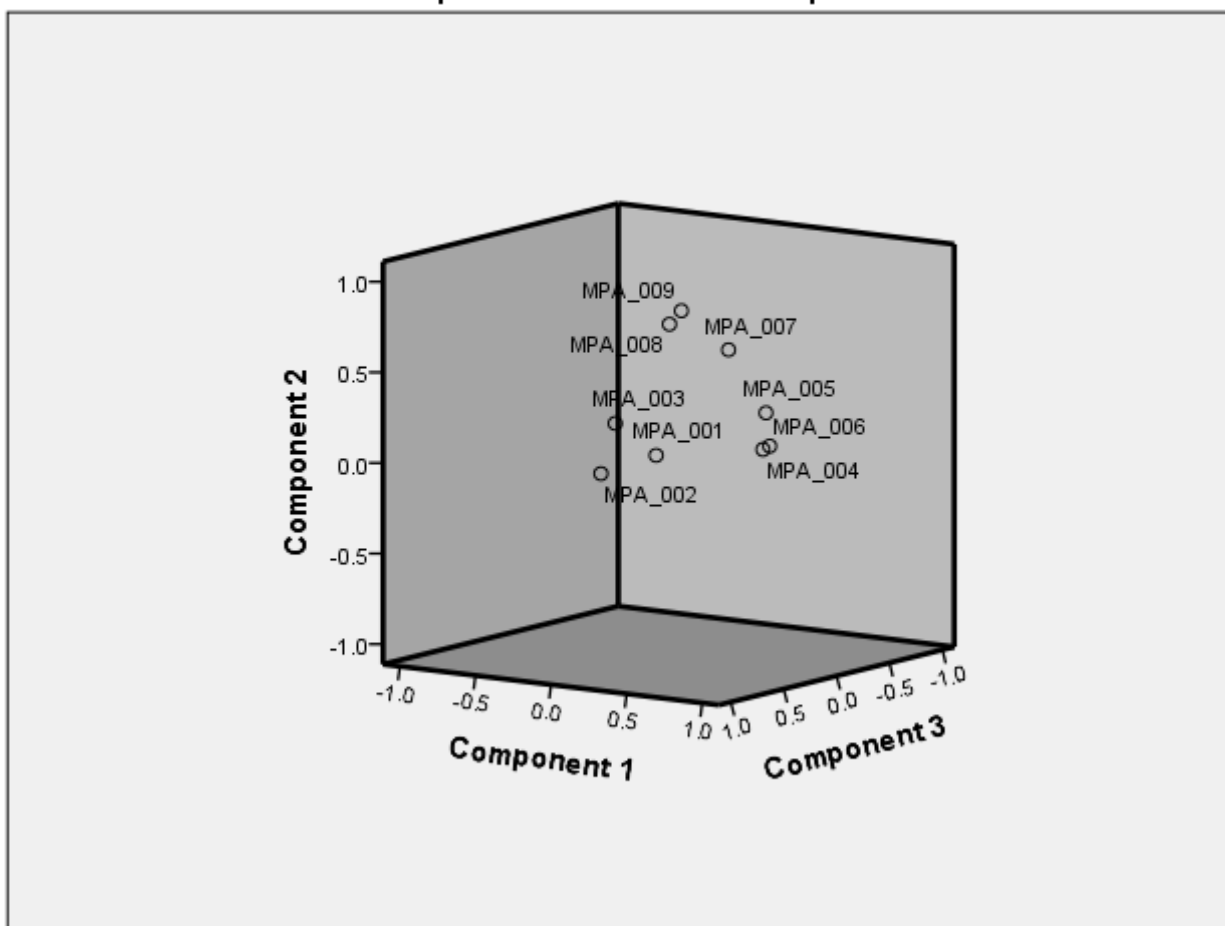
Таблиця 6

Значущість факторів

Показники			Компоненти		
Змінна	Мотиваційна шкала	Формулювання відповіді на запитання «Як часто різні обставини спонукають Вас пити»	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Соціальні мотиви					
MPA_00_1	Традиційні	1. Запрошення друзів, «тиск» групи, інших людей	,362	,122	,635
MPA_00_2	Субмісивні	2. Звичаї і традиції, пов'язані з застіллям, святами, весіллями, похоронами і т.п.	,142	,029	,842
MPA_00_3	Псевдокультурні	3. Робоча обстановка, прагнення полегшити ділові контакти, обмити угоду і т.п.	,138	,286	,702
Психологічні мотиви					
MPA_00_4	Гедоністичні	4. Бажання отримати задоволення	,814	,148	,273
MPA_00_5	Атарактичні	5. Бажання підвищити свою активність та інтерес до життя	,740	,323	,137
MPA_00_6	Гіперактивації	6. Бажання відволіктися, забути, скинути стрес	,829	,162	,229

Патологічні мотиви					
MPA_007	Похмільні	7. Сильне бажання напиться, тяга до алкоголю	,466	,638	,100
MPA_008	Адиктивні	8. Бажання похмелитися, відновити самопочуття	,149	,762	,206
MPA_009	Самопошкодження	9. Бажання пити безупинно на шкоду собі та іншим, немає сил зупинитися	,151	,821	,095

Component Plot in Rotated Space



В таблиці та на малюнку ми бачимо, що нова 3-х факторна модель об'єднує між собою 3 групи мотивів – соціальні, психологічні та патологічні – у три відповідні фактори. Ця модель більше піддається інтерпретації та надає нам більше аналітичних можливостей.

Умови застосування факторного аналізу:

- Не можна включати в ФА дані отримані за номінальними шкалами. Змінні повинні бути кількісними, вимірними за інтервальною шкалою або шкалою відносин. Категоріальні дані (такі як релігія або місце народження) не підходять для факторного аналізу
- Дані, для яких обчислення коефіцієнта кореляції Пірсона представляється осмисленим, придатні також і для факторного аналізу.

- Змінні (спостереження) повинні бути незалежним, а їх розподіл має наближатися до нормального.
- Зв'язки між змінними повинні бути приблизно лінійні або не мати явно криволінійного характеру.
- У вихідній кореляційної матриці має бути кілька кореляцій по модулю вище 0,3 (інакше буде неможливо витягнути з матриці будь-які фактори)
- Вибірка повинна бути досить великою - бажано більше 100 вимірювань (випадків, випробовуваних).

Термінологія (що використовується програмою SPSS)

- **Аналіз головних компонент** - метод вилучення факторів, який використовується програмою SPSS за замовчуванням.
- **Початкові** - за замовчуванням всі змінні мають вихідне значення спільності, рівне 1.
- **Витягнуті** - значення спільності після вилучення факторів.
- **Компонента** - номер витягнутого фактора (компоненти).
- **Суми квадратів навантажень вилучення** - величини, що характеризують інформативність кожного з факторів до обертання.
- **Суми квадратів навантажень обертання** - величини, що характеризують інформативність кожного з факторів після обертання.
- **Всього** - суми квадратів навантажень для кожного з факторів.
- **Відсоток дисперсії** - відсоток дисперсії, обумовлений фактором, який дорівнює відношенню суми квадратів навантажень даного чинника до загальної кількості змінних

Тестові завдання до теми 7

7.1. Факторний аналіз це ...

- 1) метод багатовимірної математичної статистики, який застосовується при дослідженні статистично пов'язаних ознак з метою виявлення певного числа прихованих від безпосереднього спостереження, латентних ознак – «факторів», а також причини їх виникнення та внутрішніх закономірностей їх взаємозв'язку
- 2) процедура порівняння середніх значень декількох вибірок, на підставі якої можна зробити висновок про співвідношення середніх значень генеральних сукупностей, чим більше розрізняються середні значення порівнюваних вибірок – тим вище статистична значущість їх відмінності
- 3) міра зв'язку між двома змінними, що вимірює ступень відповідності між значеннями, що спостерігаються і очікуваними значеннями клітинок таблиці даних, чим більше зв'язок між перемінними – тим більше його значення

7.2. Фактор це ...

- 1) міра зв'язку між двома змінними, що вимірює співвідношення середніх значень генеральних сукупностей
- 2) здатність інструменту вимірювати саме ту якість, яку було обґрунтовано як теоретичний конструкт
- 3) прихована причина узгодженої мінливості певних змінних, латентна змінна яка чинить на них вплив

7.3. Процедура факторного анали за складається з чотирьох основних стадій, яка тут зайва?

- 1) визначення рівня значимості (p-value)
- 2) Обчислення кореляційної матриці для всіх змінних, що беруть участь в аналізі
- 3) Виділення факторів
- 4) Обертання факторів для створення спрощеної структури
- 5) Інтерпретація факторів

7.4. Що характеризує коефіцієнт вибіркової адекватності Кайзера-Мейєра-Олкіна (КМО)?

- 1) здатність інструменту вимірювати саме ту якість, яку було обґрунтовано як теоретичний конструкт
- 2) ступінь придатності факторного аналізу для даної вибірки
- 3) міру зв'язку між двома змінними, що вимірює співвідношення середніх значень генеральних сукупностей

7.5. Що вимірює Критерій сферичності Бартлетта?

- 1) перевіряє «нульову гіпотезу» (гіпотезу про рівність нулю кореляцій між змінними). При значенні p -рівня (p -value) менше 0,05 вказує на те, що дані цілком прийнятні для проведення факторного аналізу, так як кореляції між змінними істотно відрізняються від нуля
- 2) міру зв'язку між двома змінними, що вимірює співвідношення середніх значень генеральних сукупностей
- 3) здатність інструменту вимірювати саме ту якість, яку було обґрунтовано як теоретичний конструкт

7.6. Яке значення коефіцієнту вибіркової адекватності Кайзера-Мейєра-Олкіна (КМО) вказує на безумовну адекватність факторного аналізу?

- 1) КМО більше 0,9
- 2) КМО 0,6-0,8
- 3) КМО менше 0,5

7.7. Яке значення коефіцієнту вибіркової адекватності Кайзера-Мейєра-Олкіна (КМО) вказує на непридатність факторного аналізу до певної вибірки?

- 1) КМО більше 0,9
- 2) КМО 0,6-0,8
- 3) КМО менше 0,5

7.8. Найбільш поширеним ортогональним методом обертання факторів, який обирається в SPSS за замовченням, є...

- 1) Варимакс
- 2) Квартимакс
- 3) Эквимакс
- 4) Прямой облімін
- 5) Промакс

7.9. Якщо статистичну модель, отриману в результаті факторного аналізу не можна інтерпретувати або пояснити спираючись на фізіологічні, психологічні чи інші закономірності – що слід робити?

- 1) відмовитися від неї
- 2) перевірити «нульову гіпотезу» за допомогою критерію сферичності Бартлетта
- 3) визначити p -рівень (p -value)
- 4) перевірити значення коефіцієнту вибіркової адекватності Кайзера-Мейєра-Олкіна

7.10. Якими повинні бути змінні для застосування факторного аналізу?

- 1) Дані отримані за номінальними шкалами
- 2) Змінні повинні бути кількісними, вимірними за інтервальною шкалою або шкалою відносин
- 3) Категоріальні дані такі як релігія або місце народження

Тема 8. Комплексні діагностичні інструменти

Складність досліджуваних в психіатрії феноменів і специфіка клінічного методу, коли і реєстрація, і кваліфікація розладів визначаються в основному суб'єктивним досвідом і концепціями клініциста, представляють великі труднощі на шляху створення об'єктивної системи викладу психіатричних даних.

Об'єктивізована система стандартизації і кількісної оцінки психопатологічних явищ та інших видів розладів, які спостерігаються у хворих, потребує певних «інструментів» (шкал, опитувальників, карт, анкет самооцінки), призначених для оцінки психічного стану хворого лікарем, середнім медичним персоналом, самим пацієнтом або особами з найближчого оточення хворого.

Впровадження в клінічну психіатрію методів математичного аналізу дозволяє виявити зовні приховані зв'язки і залежності всередині груп ознак, статистичні закономірності в популяційних дослідженнях, виявити найбільш значущі особливості патологічного процесу.

8.1. Класифікація інструментів оцінки

Відео до теми 8.1. Класифікація інструментів оцінки:

<https://youtu.be/HGrTmsQ-x-4>



Можливий розподіл методів стандартизації та кількісних психіатричних інструментів на 2 великі групи - діагностичні (RDC, SADS, Newcastle diagnostic depression scale, SADD, шкала Карпентера та інші) і психометричні (оціночні, або рейтингові) з додатковим підрозділом останніх по їх спрямованості (або на оцінку психічного статусу в цілому, або на оцінку виразності окремих психічних розладів, побічних явищ терапії та ін.), які призначені для порівняльної оцінки тяжкості психопатологічних ознак в динаміці, коли клінічний діагноз вже встановлений (PSE, SCAN, CIDI, BPRS та інші).

Залежно від ступеня структурованості, від наявності попередньо складеної програми, а також від ступеня, в якому необхідно її дотримуватися, інтерв'ю можуть відрізнятися від повністю вільних, неструктурованих бесід, які нагадують вільне спілкування на широке коло тем, до чітко спланованих інтерв'ю з жорстко заданою послідовністю питань і навіть можливими варіантами відповідей на них. Тож діагностичні інтерв'ю можна розділити наступним чином: структуроване, неструктуроване, напівструктуроване.

Структуроване інтерв'ю – будь-яке організоване інтерв'ю, в якому теми, питання і порядок їх використання визначені заздалегідь. Завдання структурованого інтерв'ю - донесення до всіх респондентів запитання в однаковому контексті. Це означає, що кожен респондент підпадає під вплив таких же стимулів, як і інші. Воно забезпечує стандартизацію і для постановки питань, і для фіксації відповідей. Це типова форма інтерв'ю в будь-якому соціальному дослідженні.

Структуроване інтерв'ю передбачає наявність чітко заданої стратегії і тактики. Заздалегідь повністю заплановане коло тем, які повинні бути обговорені, обрані і

сформульовані питання, які будуть задані, жорстко задана їх послідовність. Структуроване інтерв'ю являє собою опитування, що проводиться при безпосередньому контакті з респондентом: всі питання сформульовані і надруковані в певній послідовності, в якій і передбачається отримання відповідей на них; інтерв'юер лише зачитує питання і фіксує відповіді респондента.

Перевагами повністю стандартизованої бесіди, в першу чергу, є менший час проведення (за рахунок того, що ініціатива повністю знаходиться в руках інтерв'юера і у респондента менше можливостей перейти на обговорення інших тем), а також те, що результати таких інтерв'ю (за рахунок одноманітності проведення) простіше піддаються обробці, а відповіді різних людей легше піддаються порівнянню. Крім того, проведення структурованих інтерв'ю пред'являє менше вимог до навичок людини, яка його проводить, оскільки в процесі взаємодії не потрібно приймати рішення про необхідність переструктурування бесіди, зміни тем і т.п. До завдань інтерв'юера входить тільки зачитування питань в потрібній послідовності і отримання на них відповідей.

Недоліки такого типу інтерв'ю полягають перш за все в тому, що ініціатива повністю знаходиться на стороні інтерв'юера. Такий спосіб ведення бесіди може викликати у респондента неприємні асоціації з процедурою іспиту, що може знижувати відвертість і готовність співпрацювати з інтерв'юером. Наявність заздалегідь жорстко заданого списку питань може призводити до того, що якісь важливі теми НЕ будуть обговорені, оскільки відповідні питання не були заплановані в програмі.

Повністю структуровані інтерв'ю в основному використовуються при проведенні опитувань на великих вибірках. Всі питання і їх послідовність розроблені заздалегідь, і тому такі інтерв'ю можуть здійснюватися і письмово без безпосереднього контакту інтерв'юера з респондентом.

Неструктуроване інтерв'ю (вільна бесіда) являє собою такий спосіб побудови інтерв'ю, при якому стратегія задана в загальних рисах і може бути змінена в процесі проведення, а тактика є повністю вільною. Таким чином, дослідник спочатку уявляє, який список тем повинен бути обговорений, і може мати деякі заплановані питання, проте в основному послідовність питань і їх зміст визначаються в ході бесіди. Крім того, в обговоренні при цьому можуть бути порушені додаткові теми. Такий тип інтерв'ю більшою мірою орієнтований на респондента, сильніше підпорядковується його ініціативі з обговорення тих чи інших тем. По суті, саме респондент тематично "веде" це інтерв'ю.

Неструктуроване інтерв'ю з точки зору вибору тем і перемикання між ними найбільше нагадує звичайну розмову, але все ж відрізняється від неї по всім перерахованим вище параметрам.

Таке інтерв'ю часто будується таким чином, що інтерв'юер задає перше питання з метою направити міркування респондента на потрібну тему (наприклад, просить згадати і привести приклад якоїсь події), а далі формулює всі наступні питання виходячи з того, що саме відповів респондент.

Перевагою цього способу є можливість більш глибоко обговорити досліджувану проблематику. Добре навчений інтерв'юер може, використовуючи такий тип бесіди, отримати набагато більше інформації, ніж в структурованому

інтерв'ю. Респондент відчуває себе більш природно, що позитивно позначається на його відкритості і щирості. В результаті проведення такого інтерв'ю вища ймовірність отримати спонтанні, несподівані відповіді, які можуть виходити за межі того, що могло б бути спрогнозовано при плануванні дослідження.

Однак недоліком неструктурованого інтерв'ю є складність при порівнянні відповідей різних респондентів (оскільки всім респондентам задаються свої набори питань). Неструктурованим інтерв'ю властиві більша тривалість і погана передбачуваність його напрямку (наприклад, респондент може дуже довго міркувати на теми, які безпосередньо не цікавлять інтерв'юера, а важлива інформація може бути висловлена дуже коротко в кінці). До того ж неструктуроване інтерв'ю пред'являє високі вимоги до майстерності інтерв'юера: він повинен, слухаючи відповіді і аналізуючи поведінку респондента, продумувати подальший хід інтерв'ю з точки зору вибору тем, формулювання питань і т.д.

Напівструктуроване інтерв'ю - це метод дослідження, який часто використовується в соціальних науках. Такий вид інтерв'ю широко використовують в якісних дослідженнях. Напівструктуроване інтерв'ю відкрите, що дозволяє висувати нові ідеї під час інтерв'ю ґрунтуючись на тому, що говорить співрозмовник.

Частково стандартизована бесіда (напівструктуроване інтерв'ю) є компромісним варіантом між двома описаними вище видами і на практиці використовується найбільш часто. В цьому випадку стратегія інтерв'ю чітко продумана, але тактика може змінюватися в процесі. Зазвичай у інтерв'юера є підготовлені питання і розроблена їх послідовність, однак при необхідності можуть бути задані додаткові питання, заплановані питання можна переформулювати, а також може здійснюватися зміна послідовності обговорення заданих тем. Найчастіше питання мають дещо узагальнений вид, ніж це зазвичай відбувається в структурованому інтерв'ю. Крім того, інтерв'юер зазвичай володіє певною свободою задавати додаткові питання, які є реакцією на те, що інтерв'юер розглядає як важливі і значущі відповіді.

Цей метод проведення поєднує в собі плюси структурованого та неструктурованого інтерв'ю: він зручний з погляду обробки результатів і порівняння відповідей різних людей, при цьому процедура його проведення виявляється досить гнучкою і більш прийнятною як для інтерв'юера, так і для респондента.

Еволюція структурованих діагностичних опитувальників відбувалась паралельно з еволюцією інтернаціональних психодіагностичних критеріїв та підвищувала їхню прогностичну силу. Перші інтерв'ю відповідали академічним інтересам з огляду на точність діагностики, але були занадто тривалими та потребували спеціального навчання для їх використання, що суттєво збільшувало фінансові витрати на їх застосування. Ці причини обмежували застосування зазначених інтерв'ю у клінічній практиці.

Прикладом подібних інструментів є поширені в США шкали PSE- Present State Examination, SADS - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, в Європі використовується AMDP- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, створена в Росії «Оціночна шкала основних клініко-психопатологічних характеристик» та ін.

Останнім часом дослідники частіше використовують менш трудомісткі скорочені структуровані шкали (наприклад, PANS і BPRS).

Також були створені короткі скринінгові діагностичні інструменти: Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS), Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), та Міні-інтернаціональне нейропсихіатричне інтерв'ю (M.I.N.I.). Кожне з цих інтерв'ю розміщено на одній сторінці, заповнити респондент їх може самостійно в кімнаті очікування.

Далі розглянемо деякі діагностичні «інструменти» детальніше.

8.2. Основні характеристики структурованих психіатричних інтерв'ю

Відео до теми 8.2. Основні характеристики структурованих психіатричних інтерв'ю Класифікація інструментів оцінки:



<https://youtu.be/wBLSQAwL31k>

Основні характеристики деяких психіатричних інтерв'ю стисло наведені в таблиці 7 нижче.

Таблиця 7

Порівняльна характеристика клінічних інтерв'ю

Інтерв'ю	Кваліфікація інтерв'юера	Формат опитувальника	Для кого/чого розроблено	Тривалість (у хвиликах)	Часові рамки	Діагностичні критерії
PSE	Навчений професіонал у галузі психічного здоров'я	Закриті запитання; додаткове розпитування інтерв'юером	Медичні та психіатричні пацієнти; епідеміологія	15-60	Останній місяць	Опис синдромів
DIS	Інтерв'юер після 1 тижня інтенсивного навчання	Виключно закриті запитання без додаткового розпитування	Громадськість, а також пацієнти	45-75	Протягом життя; останній місяць; останні 6 місяців; останній рік	DSM-III-R
SADS	Навчений професіонал у галузі психічного здоров'я	Відкриті та закриті запитання	Медичні та психіатричні пацієнти; громадськість	90-120	Останні тижні	RDC
SCID	Навчений професіонал у галузі психічного здоров'я	Відкриті запитання після закритих; додаткове розпитування інтерв'юером	Медичні та психіатричні пацієнти; епідеміологія	45-60	Поточний епізод	DSM-III-R

CIDI	Навчений професіонал у галузі психічного здоров'я	Закриті запитання; додаткове розпитування інтерв'юером	Медичні та психіатричні пацієнти; епідеміологія	120-180	Поточний епізод та протягом життя	МКХ-10 та DSM-III-R
M.I.N.I.	Обмежене навчання	Закриті запитання; додаткове розпитування інтерв'юером	Клінічні умови та дослідження	15	Поточний епізод та дещо протягом життя	DSM-IV та МКХ -10
M.I.N.I.-Plus	Обмежене навчання	Закриті запитання; додаткове розпитування інтерв'юером	Дослідження	45-60	Поточний епізод та протягом життя	DSM-IV та МКХ -10
M.I.N.I.-Screen	Заповнюється пацієнтом	Закриті запитання	Первинна допомога	5	Поточний епізод	DSM-IV та МКХ -10 скринінг
SDDS	Заповнюється пацієнтом або лікарем у ході інтерв'ю з пацієнтом	Закриті запитання	Медичні пацієнти; первинна допомога	3-10	Поточний епізод	DSM-III-R
PRIME-MD	Заповнюється пацієнтом або лікарем у ході інтерв'ю з пацієнтом	Закриті запитання	Медичні пацієнти; первинна допомога	8	Поточний епізод	DSM-III-R

Скорочення: PSE = Present State Examination; DIS = Diagnostic Interview Schedule; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R diagnostics; CIDI = Composite International Diagnostic Interview for ICD-10; PRIME-MD = Primary Care Evaluation of Mental Disorders; SDDS = Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care; M.I.N.I. = Mini International Neuropsychiatric Interview; RDC = Research Diagnostic Criteria.

8.2.1. Шкала оцінки психічного статусу

Шкала оцінки психічного статусу (Present State Examination - PSE) вперше була розроблена в 1960-х у Великобританії, представлена ВООЗ в 1973 р. Після ряду модифікацій на сьогодні 140 симптомів в PSE розташовані більш ніж в 20 розділах, що характеризують психопатологічні порушення в різних сферах психічної діяльності і поведінки хворого (оцінка здоров'я, тривога, мислення, депресивний настрій, соціальність, апетит, лібідо, сон, загальмованість, збудливість, емоційний стан, мова, нав'язливості, деперсоналізація, розлад сприйняття, читання думок, галюцинації, марення, сфера почуттів, пам'ять, зловживання ліками та ін.). Тест призначений для оцінки поточного психічного стану людини (питання стосуються лише останнього місяця) з метою виявлення будь-якої психічної патології. Інтерв'юери повинні бути навчені, але не обов'язково мають бути саме психіатрами. Тривалість інтерв'ю 15-60 хвилин.

Кожен симптом оцінюється на підставі спостереження за хворим і його самозвіту за 3-ма градаціями тяжкості (0 - "відсутній", 1 - "мається у помірній формі", 2 - "мається у важкій формі"), а також введені оцінки 8 - "не підходить ", 9 - "невідомо".

Шляхом математичної обробки встановлюються симптоми, що взаємокорелюють, а за поєднанням синдромів встановлюється діагноз. В ході дослідження клініцисти зазвичай доповнюють ці дані відомостями про преморбідні особливості, перебіг хвороби та про зміни особистості. Шкала є досить громіздкою в користуванні і неоперативною для проведення психофармакологічних досліджень. Для обробки отриманих даних був розроблений комп'ютерний пакет (CATEGO). Цей метод має перевагу перед більш простими інструментами дослідження, які намагаються виміряти «caseness» (поодинокі випадки) в одновимірній шкалі, забезпечуючи вимірювання ряду синдромів, хоча деякі розлади (такі як алкоголізм і органічні синдроми) не охоплюються.

На основі PSE W.Carpenter і J.Strauss розробили діагностичну шкалу шизофренії, відому як діагностична шкала Карпентера [Carpenter W., 1976]. Вона містить 12 психопатологічних ознак, виділених із шкали PSE, які корелюють (чи ні) з діагнозом шизофренія. Визначається кількість ознак, наявних у кожного хворого. Діагноз шизофренії підтверджується загальною кількістю ознак не менше 8. Діагностична цінність даної шкали відносна, але вона використовується для об'єктивізації критеріїв відбору хворих в багатоцентрових дослідженнях.

8.2.2. Схема діагностичного інтерв'ю

Diagnostic Interview Schedule – DIS, розроблена в кінці 1970-х років для використання в великомасштабних дослідженнях поширеності психічних розладів серед населення США, являє собою високо структуроване психіатричне інтерв'ю, в якому ретельно визначені питання, які інтерв'юер повинен задати для встановлення діагнозу. Вона розроблена як для виявлення існуючих протягом життя розладів, та і тих, що виникли за останній рік.

Тривалість інтерв'ю 45-75 хвилин. Питання згруповані за симптомами, і пацієнтів спочатку запитують про те, чи спостерігався коли-небудь цей симптом впродовж їх життя, а потім чи спостерігався цей симптом за останні 12 міс, 6 міс, 1 міс. Уточнюючі питання включені для кожного симптому, деталізуючи, чи було це пов'язано з вживанням алкоголю або лікарських засобів, чи шукав пацієнт допомоги і чи було порушено його професійне або соціальне функціонування. Симптоми кодуються як є, тобто незалежно від того, чи впливали на них алкоголь або лікарські засоби (в тому числі наркотики) і чи було порушення професійних / соціальних функцій. Діагнози встановлюються на основі алгоритмів, які застосовуються до закодованих даних інтерв'ю.

Схема діагностичного інтерв'ю (DIS) була створена для використання в ході великих епідеміологічних досліджень. Проводиться спеціально навченими рейтерами (непрофесіоналами у галузі психіатрії), які пройшли інтенсивну підготовку протягом 1 тижня. DIS широко використовується в дослідженнях розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин (див. п. 8.4), але так само DIS надає діагностичну інформацію щодо: депресії, шизофренії і тривожних розладів, розладів харчової поведінки, антисоціальної поведінки і безлічі інших психічних станів. DIS був

предметом ряду валідаційних досліджень, використовуючи критерії з DSM-III (Діагностичне і статистичне керівництво по психічних розладів, третє видання). Після публікації Американської психіатричної асоціацією переглянутих версій DSM в DIS також були внесені серйозні зміни.

У червні 2000 року було опубліковано дослідження 349 осіб з використанням DIS і SCAN (шкала клінічної оцінки в нейропсихіатрії (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)). При опитуванні з використанням DIS було пропущено багато випадків важких депресивних розладів (виявлених шкалою SCAN), але в групах симптомів була виявлена кореляція. Дослідники прийшли до висновку, що DIS може бути занадто консервативним методом щодо факторів ризику.

Модифікована версія DIS названа Композитним міжнародним діагностичним інтерв'ю і створена для діагностики відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10).

8.2.3. Комбіноване міжнародне діагностичне інтерв'ю

Комбіноване міжнародне діагностичне інтерв'ю (The Composite International Diagnostic Interview або CIDI) - це всебічне і повністю структуроване діагностичне інтерв'ю розроблене у 80х роках в першу чергу для використання в епідеміологічних дослідженнях і дослідженнях в області психічного здоров'я, яке було перекладене багатьма мовами. Тривалість інтерв'ю 120 - 180 хвилин.

Інструмент складається з 288 симптоматичних питань, згрупованих у модулі (41), однак завдяки існуючим правилам пропусків не всі з них задаються кожному респонденту. Крім того, є питання для оцінки перших і останніх за часом виникнення симптомів (питання про початок і поточний стан хвороби) і питання, необхідні для визначення тривалості та частоти обраних симптомів і синдромів.

За допомогою комп'ютеризованих алгоритмів CIDI забезпечує діагностику як впродовж життя ("колись"), так і поточну ("минулий рік" та "минулі 30 днів"), за критеріями DSM-IV та МКХ-10. CIDI дозволяє проводити первинну діагностику психічних і наркологічних розладів, а також оцінити їх вираженість. Приклад модулів: основні депресивні розлади, дистимія, маніакальний епізод, посттравматичний стресовий розлад, зловживання алкоголем, залежність від алкоголю, зловживання наркотиками та наркозалежність та ін. Під час співбесіди всім учасникам задаються питання щодо селективних симптомів психіатричних розладів. Виходячи із заздалегідь визначених схем пропуску, позитивні відповіді на ці пункти скринінгу супроводжуються більш детальними запитаннями, щоб визначити, чи цей симптом є психіатричним і чи не обумовлений він ліками, наркотиками, алкоголем чи фізичною хворобою або травмою. Якщо симптоми підтверджені і виникають за схемою, яка передбачає наявність діагнозу, задаються додаткові запитання для встановлення часу настання симптомів.

Існує інтерв'ю в декількох версіях - 1.0, CIDI-2, 2.1, 3.0, WHO WMH-CIDI (1998) та ін.

The World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI) - це структуроване інтерв'ю, розроблене для використання кваліфікованими експертами для оцінки психічних розладів відповідно до визначень та критеріїв МКХ-10 та посібника з діагностики і статистики психічних розладів, четверте видання (DSM-IV). Призначене для використання в

епідеміологічних та крос-культурних дослідженнях, а також для клінічних та дослідницьких цілей.

WMH-CIDI BOOЗ дозволяє досліднику:

- виміряти поширеність психічних розладів;
- виміряти ступінь виразності цих порушень;
- визначити тягар цих розладів;
- оцінити використання послуг;
- оцінити використання медикаментів у лікуванні цих порушень;
- оцінити, хто лікується, хто не лікується та які бар'єри є на шляху до лікування.

8.2.4. Короткий міжнародний нейропсихіатричний опитувальник (Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI)

Короткий міжнародний нейропсихіатричний опитувальник – це коротке структуроване інтерв'ю, розроблене у 1990х роках для виявлення найбільш поширених розладів, з подальшими модифікаціями відповідно до критеріїв DSM-IV /-5 і МКХ-10.

Валідизація і стандартизація MINI проводилася в рамках порівняння з CIDI: результат показав досить високий рівень валідності, при цьому MINI вимагає значно менше часу для проведення (в середньому від 15 хвилин) в порівнянні з CIDI. Призначений опитувальник для оцінки поточного психічного стану людини та дещо протягом життя.

MINI включає в себе наступні модулі: великий депресивний епізод, дистимія, суїцидальність, маніакальний епізод, гіпоманіакальний епізод, панічний розлад, агорафобія, соціальна фобія, обсесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад, залежність від алкоголю, залежність від психоактивних речовин (ПАР), зловживання ПАР, психотичні розлади, розлади настрою з психотичними рисами, нервова анорексія, нервова булімія, генералізований тривожний розлад, антисоціальний розлад особистості.

MINI був розроблений як діагностичне інтерв'ю для задоволення потреби у швидкому, але точно структурованому психіатричному інтерв'ю для проведення багатоцентрових клінічних випробувань та епідеміологічних досліджень, і слугує першим кроком для отримання результатів у недосліджених клінічних умовах. Інтерв'юер проходить навчання, але не обов'язково має бути спеціалістом у галузі психіатрії.

Різновиди опитувальника:

- M.I.N.I. — базова версія, охоплює 19 розладів, яка набуло найбільшого поширення у світі.
- M.I.N.I. версія 5.0.0 — базова версія 2006 року, за критеріями DSM-IV.
- M.I.N.I.-Plus — розширена версія для дослідницьких цілей, охоплює 23 розлади.
- M.I.N.I.-Screen — скринінгова версія для первинної допомоги, охоплює 14 розладів.
- M.I.N.I.-Kid — версія для дітей та підлітків, охоплює 23 розлади.

Також існує комп'ютерна версія опитувальника.

Сьогодні M.I.N.I. перекладено 70 мовами, зокрема українською та російською.

8.2.5. Діагностична шкала для виявлення афективних розладів і шизофренії (The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - SADS)

Діагностична шкала для виявлення афективних розладів і шизофренії опублікована вперше у 1978р. Створена як напівструктуроване діагностичне інтерв'ю. Тривалість інтерв'ю від 90 до 120 хвилин.

SADS не дуже складна в роботі, але інтерв'юер має бути професіоналом з вищою освітою у галузі психічного здоров'я.

Шкала складається із 7 субшкал: для депресії (16 ознак), ендогенних рис (10 ознак), манії (5 ознак), тривоги (3 ознаки), галюцинацій і маячних розладів (10 ознак), змішаної патології (8 ознак) і шкали Гамільтона (17 ознак). Кожна з ознак може використовуватися більш ніж в одній субшкалі. Тож у сумі даний «інструмент» містить 82 критерія для оцінки симптомів депресії, манії, психозу і тривоги. Безліч питань включено в кожну шкалу, і інтерв'юер може вибирати з них ті, які краще відповідають вимогам діагностики. Додаткова інформація, заснована на спостереженні, клінічному висновку або аналізі діаграм, може бути включена в інтерпретацію результатів інтерв'ю. Після завершення інтерв'ю до загальної оцінки симптомів застосовуються додаткові критерії, що збільшують або знижують їх діагностичну вагу, і діагноз ставиться на основі остаточної оцінки. SADS складається з двох частин: перша частина включає запис симптомів, пов'язаних з поточним епізодом, а друга частина документує симптоми попередніх епізодів.

Даний метод оцінки був розроблений для зменшення інформаційної дисперсії як в описовій, так і в діагностичній оцінці суб'єкта. SADS є унікальною серед рейтингових шкал, бо забезпечує:

- 1) докладний опис особливостей поточних епізодів захворювання, коли вони були найбільш важкими;
- 2) опис рівня виразності основних психопатологічних проявів протягом тижня, що передує оцінці, що потім може бути використано в якості міри зміни стану;
- 3) послідовність питань і критеріїв, яка надає інформацію для встановлення діагнозу;
- 4) докладний опис у минулому психопатології і функціонування, що мають відношення до оцінки діагнозу, прогнозу і виразності розладу.

За основу шкали використані **Дослідницькі діагностичні критерії** (RDC), створені до виникнення системи DSM-III (в дійсності система DSM-III була створена відповідно до принципів RDC), і SADS легко модифікується для роботи і діагностики в системах DSM-III або DSM-IV і т.д.

Існують три версії шкали: звичайна шкала (SADS), версія для оцінки розладів впродовж життя (SADS-L) та версія для оцінки змін симптоматики (SADS -C). Вона являє собою скорочену версію SADS, містить 45 ознак і включає шкалу оцінки депресій Гамільтона, а також шкалу GAS для загальної оцінки тяжкості психічних розладів. SADS-C використовують при оцінці ефективності лікування. Хоча сьогодні дослідники надають перевагу більш структурованим інтерв'ю, версії SADS досі використовуються в деяких наукових роботах.

8.2.6. Структуроване клінічне інтерв'ю за DSM (Structured Clinical Interview for DSM – SCID)

SCID - це напівструктуроване діагностичне інтерв'ю для діагностики психічних розладів за критеріями DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - Діагностичний та статистичний посібник психічних розладів). Розроблене у 1990х роках, сьогодні дане діагностичне інтерв'ю є золотим стандартом клінічних досліджень, перекладене багатьма мовами і швидко прокладає собі шлях в повсякденну клінічну роботу. Показана висока діагностична надійність даного інструменту.

Зазвичай оцінку за SCID проводять фахівець у галузі психічного здоров'я, який має відповідну професійну підготовку і має досвід використання неструктурованих, відкритих питань, діагностичних оцінок. Однак у деяких дослідженнях інтерв'юером може бути людина, яка має великий досвід роботи з досліджуваною сукупністю та відповідну компетентність, пройшовши навчання з використання SCID.

Цей опитувальник включає в себе обов'язкові питання, що відповідають операційним критеріям DSM-III-R/IV/5, і алгоритм вироблення остаточного діагнозу. На ретельно сформульовані питання тесту можна відповісти «так» або «ні». Можна попросити хворого дати більш докладні описи. Проте, в керівництві користувача SCID наголошується на необхідності ставити питання саме так, як вони сформульовані в тексті інтерв'ю: "Ставте перші запитання дослівно так, як вони написані ...".

Даний метод дозволяє відносно швидко отримати точний психіатричний діагноз (на відміну від SADS, який по суті являє собою повноцінну дослідницьку систему). Тобто певні питання можна виключити, якщо стає ясно, що стан пацієнта далекий від відповідних діагностичних критеріїв. Симптоми ранжуються як відсутні, присутні і порогові. На відміну від SADS, поточні і у минулому діагнози оцінюються в одному інтерв'ю. Така стратегія може представляти певні труднощі, якщо пацієнтам важко швидко подумки переміщатися із сьогодення в минуле і назад. Питання в кожному розділі слідує діагностичним критеріям (виведеним в DSM) і інтерв'юер в кінці кожного розділу зазначає, чи відповідає стан пацієнта повністю цим критеріям.

Оцінка психіатричного пацієнта за допомогою SCID-I зазвичай займає від 1 до 2 годин, залежно від складності психіатричної історії суб'єкта та його здатності чітко описати епізоди симптомів поточних та у минулому. Інтерв'ю з не психіатричним пацієнтом займає від 30 хвилин до 1,5 години. Оцінка респондента за допомогою SCID-II займає приблизно 1 годину.

Існує чимало версій SCID-I (діагностика розладів осі I (основні психічні розлади)), адресованих різній аудиторії. Три версії для досліджень: видання для роботи із пацієнтом з психічним розладом (SCID-I/P) (Patient Edition), скорочена версія для пацієнта з оцінкою рівня психотизму (SCID-I/PW/PSY SCREEN), для досліджень де суб'єкти не ідентифікуються як психіатричні пацієнти (наприклад, опитування громад, сімейні дослідження, дослідження первинної медичної допомоги) (SCID-I/NP) (Non-Patient Edition, не має припущення щодо головної скарги); також версія для клінічних випробувань (SCID-CT), версія для лікаря (SCID-CV), для діагностики дисоціативних розладів (SCID-D).

SCID-II (діагностика розладів осі II (розладів особистості)) для DSM-IV було у єдиному виданні.

Остання версія - це SCID-5, яка відповідає критеріям DSM-5 (2014) з модифікаціями SCID-5-AMPD (діагностика альтернативних розладів особистості), SCID-5-PD (10 розладів особистості), SCID-5-CT (для клінічних досліджень), SCID-5-RV (дослідницька версія, діагностує більшу кількість розладів) та ін.

8.2.7. Оцінка психічних розладів на рівні первинної медичної допомоги (Primary Care Evaluation of Mental Disorders - PRIME-MD).

PRIME-MD - це короткий структурований опитувальник, але досить чутливий, щоб підвищити рівень розпізнавання психічних розладів на рівні первинної медичної допомоги. Тривалість інтерв'ю в середньому 8 хвилин.

Даний діагностичний інструмент, розроблений у 1990х роках, базується на діагностичних критеріях DSM-III-R/IV і оцінює настрій і тривожні розлади, зловживання алкоголем або наявність залежності за останній місяць. PRIME-MD включає ще дві рубрики - соматоформні розлади та розлади прийому їжі. Має два компоненти: попередній скринінговий опитувальник - PQ (patient questionnaire - опитувальник пацієнта) та структуроване інтерв'ю під назвою CEG (Clinical Evaluation Guide), яке проводиться лікарем в діагностичних модулях PRIME-MD.

PRIME-MD(PQ) - це односторінкова анкета, заповнюється пацієнтом до відвідування лікаря. Вона складається зі 26 питань щодо симптомів та ознак із відповіддю «так» або «ні», наявних протягом минулого місяця, поділених на п'ять категорій, що відповідають п'яти наступним доменам: соматоформний, настрій, тривожність, проблеми з їжею та проблеми з алкоголем. Відповіді пацієнта на цьому етапі повідомляють лікарю, які діагностичні модулі, якщо такі є, йому доведеться ретельніше дослідити. Один з двох симптомів депресії запускає модуль настрою, один із трьох сигнальних симптомів запускає тривожний модуль, одна ознака - для модуля розладів харчування, та щонайменше одна з чотирьох ознак проблем із алкоголем запускає «алкогольний модуль». Цей перелік симптомів починається з 15 фізичних симптомів, які, як вважається, найчастіше зустрічаються на рівні первинної медичної допомоги і орієнтують на соматоформний модуль.

Інтерв'ю з лікарем- PRIME-MD (CEG) - складається із 25 питань (12 сторінок), дозволяє визначити наявність або відсутність 18 можливих поточних психічних розладів із п'яти діагностичних категорій за спрощеним алгоритмом. Основні психічні розлади: • великий депресивний розлад; • дистимія; • генералізований тривожний розлад; • панічний розлад; • будь-який соматоформний розлад; • будь-який розлад харчування. Додаткові шість діагнозів вважаються "підпороговими", але все-таки включені в алгоритми, оскільки вони асоціюються зі значним рівнем функціональних порушень. Ці розлади включають легкий депресивний розлад, неуточнений тривожний та соматоформний розлад, неуточнений розлад харчової поведінки та ймовірне зловживання або залежність від алкоголю.

8.2.8. Система діагностики на основі симптомів для первинної медичної допомоги (Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care - SDDS-PC)

Структура SDDS-PC дуже схожа на PRIME-MD, і обидва методи пропонують респондентам самостійно заповнити анкету (скринінг) до проведення клінічної оцінки лікарем. Обидва інструменти засновані на діагностичних критеріях DSM-III-R / DSM-IV і оцінюють настрій і тривожні розлади, а також зловживання алкоголем або

залежність. SDDS також дозволяє досліджувати обсесивно-компульсивний розлад та суїцидальну поведінку на поточний момент. Ця система має два компоненти: попередній скринінговий опитувальник для пацієнта та структуроване інтерв'ю, яке проводить лікар. Тривалість інтерв'ю 3-10 хвилин.

Дана діагностична система допомагає лікарям первинної медичної допомоги діагностувати психічні розлади під час щоденної практики. Вона має три компоненти: (1) 5-хвилинний самоопитувальник із 16-ти пунктів (скринінг), 2) шість 5-хвилинних модулів інтерв'ю (проводить лікар), 3) лонгітудинальна форма. SDDS-PC охоплює п'ять розладів (великий депресивний, панічний розлад, зловживання алкоголем або залежність, генералізований тривожний розлад та невроз нав'язливих станів), а також суїцидальні ідеї.

Цей опитувальник спочатку включав 62 пункти, які були розроблені для швидкого та легкого читання, мали лише відповіді "так" чи "ні" щодо наявності симптомів за останні 30 днів. Згодом його скоротили до 16 пунктів.

Включені конкретні питання для визначення наявності симптомів, їх тривалості та пов'язаних з ними порушень, і загальних захворювань, які мають симптоми, подібні до психічних розладів, і які можуть бути виключені. Клініцистів просять визначитись щодо діагнозу - чи відповідає пацієнт діагностичним критеріям. Розроблена лонгітудинальна форма відстеження пацієнтів, яка складається з односторінкового підсумку симптомів та порушень, згенерованого комп'ютером у вигляді індивідуального графіку (діаграми) пацієнта із виявленими діагностичними критеріями та субсиндромами.

8.3. Інтерв'ю для роботи із дітьми

Відео до теми 8.3. Інтерв'ю для роботи із дітьми:

<https://youtu.be/-f7EUKlI9Ds>



Необхідно враховувати, що є деякі особливості використання наборів шкал і тестів в дитячій і геріатричній психіатрії. Саме тому зараз роздивимось декілька варіантів інтерв'ю для роботи із дітьми.

Клініцист повинен побачити речі очима дитини, чому сприяє проведення з ним інтерв'ю. Даний метод має цілий ряд переваг: встановлення рапорта з юним пацієнтом, надання дитині можливості викласти своє бачення проблеми, спостереження за її поведінкою, а також можливість пояснити дитині причину / суть обстеження.

Методи інтерв'ювання дітей так само відрізняються за ступенем структурованості: неструктуроване, напівструктуроване, структуроване інтерв'ю.

Структуроване інтерв'ю складається з серії спеціальних питань або тверджень, відповіді дитини при цьому так само структуруються або у формі відповідей «так» чи «ні», або шляхом їх ранжування від «повністю згоден» до «не згоден».

Кожне з цих інтерв'ю має два варіанти - для дітей і для батьків - і являє собою встановлення діагнозу на підставі критеріїв DSM для більшості наявних в дитинстві розладів. Короткий огляд деяких опитувальників представлений у таблиці 8.

Таблиця 8

Основні характеристики деяких психіатричних інтерв'ю для дітей

	Вік опитуваних	Критерії оцінки за...	Часовий період, що охоплюється інструментом	Чи потрібне спеціальне навчання інтерв'юера?
СТРУКТУРОВАНІ ІНТЕРВ'Ю				
MINI-Kid (Міжнародний нейропсихіатричний опитувальник для дітей та підлітків)	6-17	DSM-V	Наявні (поточні) симптоми	Ні, достатньо загальної клінічної підготовки
Порядок діагностичного інтерв'ю для дітей – четверта редакція (Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV))	6-17; можливе використання для віку 4-5 років та старше 17 років	DSM-IV	Наявні (поточні) симптоми; доступна версія для анамнестичного дослідження	Так
САРА (Психіатричне оцінювання для дітей та підлітків)	6-18	DSM-IV	Наявні (поточні) симптоми	Так
НАПІВСТРУКТУРОВАНІ ІНТЕРВ'Ю				
K-SADS (Опитувальник для виявлення афективних розладів і шизофренії у дітей шкільного віку)	6-18	DSM-V	Наявні (поточні) симптоми та симптоми в анамнезі	Так
DICA-R (Діагностичне інтерв'ю для дітей і підлітків, перегляньте)	6-17	DSM-IV	Наявні (поточні) симптоми	Так
ADIS-IV-C/P	6-18	DSM-IV	Наявні (поточні) симптоми	Не вимагається, але може бути рекомендоване

8.3.1. Порядок діагностичного інтерв'ю для дітей (Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC))

Порядок діагностичного інтерв'ю для дітей (DISC) - це високоструктуроване інтерв'ю, призначене для оцінки більшості психіатричних розладів дітей та підлітків (Jensen et al., 1995). Оригінальна версія Діагностичного інтерв'ю для дітей-IV (DISC-IV; NIMH, 1997) була розроблена в 1983 році Національним інститутом психічного здоров'я для використання в епідеміологічних дослідженнях розладів дитячої поведінки у дітей та підлітків віком від 6 до 18 років (Shaffer et al., 1993).

Респондентами є батьки (дітей віком 6-17 років (версія DISC-P) та підлітки (у віці 9-17 років (версія DISC-Y)).

Тривалість інтерв'ю залежить від версії, триває в середньому 65-120 хвилин. Призначене дане інтерв'ю для оцінки психічного стану дитини: за минулий рік, поточного стану (останні 4 тижні) та за все життя (необов'язково).

Інтерв'юером може бути людина без професійної підготовки (пройшовши 1-2 тижневий тренінг), чи клініцист, або власне респондент може самостійно заповнити опитувальник.

На відміну від DIS, «дитяча» версія дозволяє міняти місцями питання або розділи в процесі опитування.

DISC-IV організований у шість основних розділів: тривожні розлади, розлади настрою, розлади поведінки та емоцій, розлади внаслідок вживання ПАР, шизофренія та інші розлади (наприклад, харчування). Ці розділи містять 24 діагностичні модулі, з яких може бути сформовано 34-36 діагнозів за DSM-IV. Використовуючи класифікований формат запитання, збирається інформація про виникнення симптомів, тривалість та ступінь тяжкості. Діагностичні критерії спочатку оцінюються за допомогою «базових питань» (з низьким діагностичним порогом), які є широкими і стосуються найбільш помітного аспекту симптому; їх запитують у кожного респондента. А якщо відповідь позитивна, то слід використати «додаткові питання» для визначення відповідності вимогам критеріїв, тривалості, частоти розладів та інших модифікаторів. Респонденти відповідають на ці запитання в першу чергу «так» чи «ні». DISC-інтерв'юерам рекомендується не відхилятися від порядку, формулювання та процедури оцінки балів.

Існує декілька версій цього інтерв'ю. Наприклад DISC-2.1 охоплює 35 діагностичних критеріїв DSM-III-R і містить опитувальники дитини (DISC-C) та батьків (DISC-P). Інтерв'ю дитини та батьків вимагає приблизно 60–75 хвилин кожне (Jensen et al., 1995). Запитання також організовані в шість окремих діагностичних модулів. DISC-2.1 зосереджується на останніх півроку, використовуючи графічну хронологію для наглядності (Fisher et al., 1993; Jensen et al., 1995). В кінці кожного модуля надаються додаткові запитання щодо оцінки початку, поточного розладу, історії лікування та можливих причин. Питання оцінюються як "ні", "так" або "іноді" чи "дещо", а комп'ютерний алгоритм генерує діагнози.

Існує чимало версій даного інтерв'ю: DISC-2, DISC-2.25 (французька), DISC-P-2.3, DISC-IV, Voice DISC 4, C-DISC 4 (English and Spanish) а ін. В даний час розробляється версія для вчителя DISC-P, обмежена розладами, виявленими в шкільних умовах.

Дизайн DISC для епідеміологічних досліджень має ряд переваг. По-перше, високоструктуроване інтерв'ю може проводити неклініцист. По-друге, DISC містить повний спектр розладів, зручний для скринінгу та використання у великій популяції (Roberts et al., 1989). DISC-IV сьогодні проводиться використовуючи комп'ютер (існує сумісне з Windows програмне забезпечення). Клініцисти читають запитання з монітора і вводять відповіді респондентів прямо в комп'ютер, в кінці генеруючи підрахунок балів.

Однак конструкція DISC має ряд недоліків. Воно може бути занадто обмеженим, часом не дозволяючи інтерв'юеру проаналізувати щось детальніше та

адаптувати інтерв'ю до конкретних ситуацій. DISC виявився ненадійним для дітей молодшого віку і досить тривалим, вимагаючи по 60–75 хвилин кожне для двох інтерв'ю.

8.3.2. Діагностичне інтерв'ю для дітей і підлітків IV (Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-IV))

DICA – вперше розроблене у 1970х роках у вигляді структурованого інтерв'ю. Складалось із 416 пунктів. Сьогодні є актуальною його модифікація - DICA - IV, створена у 1997 році, що являє собою напівструктуроване інтерв'ю, корисне як для досліджень, так і для клініцистів, яке дає надійний інструмент для оцінки поточного психічного стану у дітей та підлітків (від 6 до 17 років). Висококваліфіковані рейтери (після проходження тренінгів впродовж 2-4 тижнів) визначають наявності чи відсутності симптомів та інших ознак, необхідних для діагностичних критеріїв (DSM-III-R) DSM-IV та більшості діагностичних критеріїв МКХ-10. Охоплює даний метод більшість психічних розладів дітей, в т.ч. ПТСР.

Тривалість опитування 1-2 години. DICA має хороші результати щодо надійності та достовірності, широко застосовується в США та Канаді, а також в інших країнах (перекладено багатьма мовами). Молодшим дітям складніше проводити інтерв'ю, оскільки вони вимагають простих, конкретних пояснень у поєднанні з емпатією, терпінням і певною кількістю розваг. DICA заснований на певних критеріях і ставить діагнози відповідно до посібників; однак з метою поліпшення діагностичної оцінки як у підлітків, так і у дітей молодшого віку, з акцентом на вид та ступінь інформації, яку можуть повідомити діти, особливо молодші, у майбутньому будуть включені питання, що не стосуються DSM, але важливі для виявлення розладів на різних рівнях розвитку, у поєднанні з інформацією від кількох інформаторів.

Існує і комп'ютерна версія даного інтерв'ю – програмне забезпечення для DICA - IV було спеціально розроблене для молоді. Це повністю структурований інструмент оцінювання, який доповнює клінічне обстеження дітей / підлітків, що охоплює всі основні категорії з DSM-IV і ефективний при обстеженні та виявленні широкого спектру поведінкових розладів.

8.3.3. Опитувальник для виявлення афективних розладів і шизофренії у дітей шкільного віку (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS))

K-SADS – являє собою напівструктуроване інтерв'ю, призначене для дослідження або клінічної оцінки навченим клініцистом. K-SADS була розроблена (вперше 1978го року) в якості версії SADS для дітей і підлітків в результаті досліджень депресії у дітей. K-SADS охоплює широкий спектр дитячих розладів, але при цьому особлива увага приділяється основним афективним розладам (за критеріями DSM-V). Інтерв'ю призначене для оцінки як минулих, так і поточних епізодів психопатології у дітей у віці 6-18 років. Час адміністрування може становити від 35 до 80 хвилин на одного респондента в залежності від складності проблеми. K-SADS став одним з найбільш широко використовуваних діагностичних інтерв'ю в дослідженнях та клінічній допомозі.

K-SADS-PL включає в себе вступне інтерв'ю із загальних тем, пов'язаних з демографією, поточними симптомами, минулим психіатричним втручанням, а також функціонуванням в школі, серед однолітків і в родині.

8.4 Інтерв'ю для діагностики адиктивної поведінки (Detailed and Diagnostic Measures of addictive behaviors)

Відео до теми 8.4 Інтерв'ю для діагностики адиктивної поведінки:

<https://youtu.be/QXPdQR2ZkVk>



Проблема адиктивної поведінки за останні десятиліття набула значної актуальності у всьому світі. На сьогоднішній день прослідковується стійка тенденція до інтенсивного зростання рівня адиктивної поведінки в середовищі (пов'язане зі зловживанням психоактивними речовинами, алкогольною залежністю, тютюнопалінням, інтернет-залежністю, гемблінгом та ін.) Масштаби поширення різного роду адикцій ставлять під загрозу фізичне, моральне та психологічне здоров'я людини. Особливо небезпечними є хімічні адикції, здатні завдати невідворотних змін здоров'ю та психіці індивіда.

На сьогоднішній день розроблено чимало інструментів для діагностики адиктивної поведінки. Розглянемо деякі з них детальніше.

8.4.1. Анкета для виявлення патернів вживання алкоголю та наркотиків у минулому та у поточний час (Drinking and Drug History and Current Use Patterns questionnaire)

Даний інструмент створено для дослідження теми вживання алкоголю та ПАР дорослими (Zucker, Fitzgerald, & Noll, 1990). Тривалість опитування приблизно 15-20 хвилин. Представлений у паперовому вигляді на 18 сторінках (офіційна версія англійською мовою). Проводиться навченим інтерв'юером. За допомогою опитувальника досліджуються обставини та наслідки вживання алкоголю та ПАР за останні 6 та 3 роки (упродовж життя).

8.4.2. Анкета для виявлення патернів вживання алкоголю та наркотиків дітьми у минулому та у поточний час (Drinking and Drug History and Current Use Patterns children's questionnaire)

Дана анкета створена для дослідження теми вживання алкоголю та ПАР дітьми (Zucker et al., 1990). Тривалість опитування щодо алкоголю займає приблизно 20 хвилин (примірник анкети є у додатках). Представлений у паперовому вигляді. Проводиться навченим інтерв'юером. Респондентами є діти (віком 6-18 років). За допомогою опитувальника досліджуються обставини та наслідки вживання алкоголю (та ПАР) дітьми за останні 6 та 12 місяців, і за все життя. Даний інструмент включає в себе також дату першого вживання алкоголю, можливі фактори, які можуть впливати на алкоголізацію.

8.4.3. Комплексне міжнародне діагностичне інтерв'ю (The Composite International Diagnostic Interview - CIDI)

CIDI - високоструктурований інструмент діагностики та класифікації психічних розладів і проблем, пов'язаних з алкоголізмом та наркоманіями, який використовують при проведенні епідеміологічних досліджень психічних і наркологічних розладів в загальній популяції, дозволяючи оцінити якість і ступінь залежності та її перебіг.

До переліку розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, включили алкоголь, табак і ще дев'ять категорій заборонених психоактивних речовин. Кожен модуль (версія CIDI 2.1), в т.ч. модуль про алкоголь, відповідає діагностичним критеріям DSM-IV і МКХ-10. Цей скорочений варіант займає приблизно 15 хвилин, може проводитись навченим інтерв'юером або бути заповненим самим респондентом.

Стандартна версія визначає, чи мали місце коли-небудь розлади внаслідок вживання алкоголю і чи були вони присутні за останні 12 місяців, за останні 6 місяців, за останній місяць і за останні два тижні. Існує також 12-місячна версія, яка не оцінює розлади більше ніж за рік до обстеження. Як стандартна, так і 12-місячна версії доступні в надрукованому та електронному вигляді. Програма підрахунку балів написана в SPSS. У доповнення до відповідності критеріям алкогольної залежності, зловживання алкоголем, шкідливого вживання та стану відміни алкоголю, модуль про алкоголь включає в себе дату першого вживання алкоголю, а також вік появи першого і останнього симптомів.

8.4.4. Короткий міжнародний нейропсихіатричний опитувальник (Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI)

У *Короткому міжнародному нейропсихіатричному опитувальнику* (його базовій версії) модулі, присвячені розладам, пов'язаним із вживанням алкоголю та ПАР, складаються з питань за наявності або відсутності основних симптомів захворювання (включаючи синдром відміни), що спостерігалися у респондента за останні 12 місяців. Оцінка базується на підрахунку кількості позитивних відповідей і будується за наступним принципом: 2-3 симптоми - легкий розлад; 4-5 симптомів - помірний розлад; 6 і більше симптомів - виражений розлад.

Синдром відміни алкоголю і синдром відміни седативних, гіпнотичних або анксиолітичних препаратів документується за наявності 2 і більше з таких симптомів: підвищена пітливість або посилене серцебиття; тремор рук або загальний тремор; порушення сну; нудота або блювота; слухові, зорові або тактильні галюцинації; схвильованість; тривога; напади.

Синдром відміни психостимуляторів документується за наявності 2 і більше з таких симптомів: загальна слабкість; яскраві або неприємні сновидіння; порушення сну або надлишковий сон; підвищений апетит; фізична або психічна загальмованість.

Синдром відміни опіатів встановлюється за наявності 3 і більше з таких симптомів: відчуття пригніченості; нудота або блювота; м'язові болі; виділення з носа або сльозливість; розширення зіниць, пітливість; діарея; позіхання; приливи жару; порушення сну.

Синдром відміни канабісу встановлюється в разі наявності 3 і більше з таких симптомів: дратівливість, гнів або агресія; нервозність або тривога; порушення сну; втрата апетиту або ваги; схвильованість; почуття пригніченості; фізичний дискомфорт.

Для ранньої ремісії характерна відсутність основних симптомів захворювання протягом 3-12 місяців, для стійкої ремісії - протягом 12 місяців і більше.

У версії MINI 5.0.0 адиктивним розладам присвячено всього 2 модулі:

J. ALCOHOL ABUSE AND DEPENDENCE - зловживання та залежність від алкоголю);

K. NON-ALCOHOL PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDERS - розлади внаслідок вживання ПАР (окрім алкоголю).

Стан респондента оцінюється за останні 12 місяців. До переліку речовин, пов'язаних із зловживанням, входять: алкоголь, психостимулятори, кокаїн, опіоїди, галюциногени, інгалянти, марихуана, анксиолітики та ін.

8.4.5. Схема діагностичного інтерв'ю (Diagnostic Interview Schedule - DIS)

DIS також широко використовується в дослідженнях розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин (Helzer & Canino, 1992), в т.ч. через те, що це інтерв'ю може проводитися неклінічними інтерв'юерами при опитуваннях населення. Це структуроване інтерв'ю (інтерв'юери читають питання вголос респонденту саме так, як вони написані в буклеті для інтерв'ю). В DIS серія з тридцяти питань складає розділ «Залежність від алкоголю / зловживання». Розділ починається з питань про споживання алкоголю і інтоксикації (наприклад, «Ви коли-небудь пили або пиячили, коли ви продовжували пити протягом декількох днів або більше, не протверезівши?»). Додаткові питання задаються для діагностики симптомів залежності (наприклад, «Чи стали ви коли-небудь більш терпимим до алкоголю, тобто вам потрібно було пити набагато більше, щоб отримати ефект...?»). Третій тип питань відноситься до симптомів зловживання алкоголем (наприклад, «Чи були у вас проблеми з водінням через пияцтво - наприклад, через ДТП або коли вас заарештували за водіння в нетверезому стані?»).

Розділ про наркотичну залежність в DIS (версія III-B) складається з 24 питань, які відповідають критеріям DSM-III-R для розладів, пов'язаних з вживанням наркотиків. Цей розділ починається з питання про те, чи використовував пацієнт будь-який з наступних засобів «для ...отримання психотичних ефектів»: марихуана, стимулятори (наприклад, амфетаміни), седативні засоби (наприклад, барбітурати), призначені препарати (наприклад, транквілізатори), кокаїн, героїн, інші опіати, психоделіки, РСР, інгалянти і інші наркотики, не зазначені вище. Якщо людина вживала будь-яку з цих речовин більше п'яти разів, додаткові запитання ставляться для оцінки способу прийому кожного з них (перорально, паління, вдихання або ін'єкція).

Решта питань стосуються симптомів залежності і зловживання. Наприклад, пацієнтів запитують, чи не стикалися вони з труднощами при відмові від наркотиків («Ви коли-небудь намагалися зменшити вживання будь-якого з цих препаратів, але виявили, що не можете?»); мали симптоми синдрому відміни («Вас не нудило від припинення прийому будь-якого з цих препаратів?»); або інші фізичні ускладнення («Чи були у вас якісь проблеми зі здоров'ям, такі як випадкове передозування, постійний кашель, напад (судоми), інфекція, поріз, розтягнення зв'язок, опіки або інші травми в результаті прийому будь-якого з цих препаратів?»).

Результати DIS можуть бути оцінені власноруч або за допомогою комп'ютера.

8.4.6. AUDADIS

Шкала оцінки розладів внаслідок вживання алкоголю та асоційованих розладів (The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Schedule або AUDADIS) може бути корисним інструментом в різних дослідницьких установах для оцінки споживання алкоголю, вживання тютюну, сімейної історії депресії і психічних

розладів. Він був розроблений NIAAA (The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) для дослідження населення в цілому.

Рейтерами можуть бути лише спеціально навчені інтерв'юери. Навчання триває 2 тижні і включає 40 годин спрямованого самостійного навчання (використання аудіо- або відеокaset), 1 тиждень інтенсивних теоретичних занять і 1 тиждень практики, записаної на плівку.

Запитання читають респонденту вголос, іноді проводять у форматі комп'ютерного інтерв'ю (ACASI).

AUDADIS-IV - це повністю структуроване діагностичне інтерв'ю, призначене для оцінки алкогольних, наркотичних і психічних розладів відповідно до діагностичних критеріїв DSM-IV як в клінічній, так і в загальній популяції (Grant et al. 2001). Основна увага в AUDADIS-IV приділяється виміру вживання алкоголю і наркотиків, а також розладів, пов'язаних з вживанням ПАР. За останні 15 років в AUDADIS-IV були включені додаткові модулі для оцінки широкого спектру інших психічних розладів і факторів ризику.

Часові межі, в яких оцінюють розлади, спричинені вживанням наркотиків, розподілили таким чином: 1) за останні 12 місяців, і 2) до останніх 12 місяців. Діагностика специфічна для кокаїну, марихуани, седативних препаратів, опіатів, транквілізаторів, героїну, метадону, амфетамінів та інших речовин. Розроблені для AUDADIS комп'ютерні алгоритми використовуються для об'єднання пов'язаних з алкоголем питань або симптомів у діагнози за DSM і МКХ-10 для виявлення розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю і наркотиків, і пов'язаних з ними супутніх психічних захворювань, таких як: депресія, дистимія, манія, гіпоманія, панічний розлад з агорафобією і без неї, соціальна фобія, генералізований тривожний розлад, антисоціальний розлад особистості і психотичні розлади, такі як шизофренія. Інші розділи AUDADIS присвячені соціально-демографічним факторам і факторам ризику, медичним станам, а також сімейному анамнезу щодо алкоголю, наркотиків, депресії і розладів особистості.

На відміну від інших повністю структурованих діагностичних інтерв'ю, AUDADIS забезпечує незалежне вимірювання елементів симптомів, які можна підсумувати для формування безперервних психопатологічних шкал. До AUDADIS-IV включено 10 розладів особистості (типи: дисоціальній, тривожний (унікаючий), суміжний, залежний, демонстративний, нарцистичний, obsесивно-компульсивний, параноїдний, шизоїдний, шизотипічний), відповідно до критеріїв DSM-IV.

Згідно з DSM-IV, для встановлення діагнозу наркотичної залежності необхідна наявність 3 із 7 критеріїв протягом 12 місяців, за винятком галюциногенів і канабіноїдів, до яких не застосовувався синдром відміни. Але у DSM-5 включено критерій синдрому відміни для канабіноїдів, що вимагало від дослідників включити цей пункт (відповідно розроблено AUDADIS-5).

Згідно з DSM-IV, для встановлення факту зловживання наркотичними речовинами має бути наявний 1 із 4 критеріїв протягом 12 місяців і відсутня наркотична залежність. Надійність і достовірність виявлення наркозалежності із застосуванням AUDADIS дуже висока.

8.4.7. Система AUDIT-подібних тестів

Система AUDIT-подібних тестів була розроблена для комплексної оцінки адиктивного статусу індивіда і популяції. В якості основи для створення даного методу був обраний тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), оскільки всі види залежності (як хімічної, так і нехімічної природи) мають багато спільного в механізмах формування. Розроблено сімнадцять відповідних AUDIT-подібних тестів: OPIATES-UDIT, SEDATIVE-UDIT, STIMULANTS-UDIT, PSYCHODEL-UDIT, SOLVENTS-UDIT, INTERNET-UDIT, TV-UDIT, GAMBLING-UDIT, SHOPPING-UDIT, READING-UDIT, COMP-UDIT, TOBACCO-UDIT, CANNABIS-UDIT, COFFEE(TEA)-UDIT, FOOD-UDIT, SEX-UDIT, WORKING (EDU)-UDIT). Питання зведені в три концептуальних розділи (домени), які охоплюють всі стадії і складові формування залежності: від донозологічних до клінічно виражених її проявів. Система забезпечує точність оцінки незалежно від статі, віку та культурної приналежності респондента. Мета системи тестів полягає у виявленні тих людей, у кого вживання ПАР тільки починає викликати труднощі, і в подальшому запобіганні посилення цих проблем.

Тест-система може використовуватися в формі інтерв'ю, яке бере дослідник у респондента, а також у формі самозвіту респондента. Підраховувати бали легко. Кожне з питань передбачає кілька варіантів відповіді, і кожному варіанту відповіді відповідає своя оцінка в межах від 0 до 4 балів. Після оцінки в балах відповідей на кожне питання всі отримані цифри повинні бути складені. Отримана сума балів дозволяє досить точно оцінити поточний стан респондента, віднісши його до однієї з 4 категорій і визначити інтенсивність необхідного втручання. Наприклад оцінка 8 і більше балів вважається вказівкою на небезпечне або шкідливе вживання ПАР, а при отриманні 20 або більше балів респонденту слід звернутися за допомогою.

Кожний тест представлений у двох версіях: одна проводиться клініцистом, інша для самостійного заповнення респондентом. Кожна займає 1 чи 2 сторінки. Також для зручності є додаток, що ілюструє приблизну кількість стандартних доз у різних алкогольних напоях.

За останні 30 років було розроблено і чимало інших інтерв'ю для виявлення розладів, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами. Деякі з них представлені на цьому слайді:

- ✓ Діагностичне інтерв'ю для підлітків (ADI - Adolescent Diagnostic Interview)
- ✓ Протокол звичного вживання алкоголю і наркотиків (CDDR - Customary Drinking and Drug Use Record)
- ✓ Діагностичний перелік ознак захворювань, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами (SUDDS - Substance Use Disorders Diagnostic Schedule)
- ✓ Індекс підліткового зловживання наркотиками (ADAD - Adolescent Drug Abuse Index)
- ✓ Всебічний Індекс тяжкості адиктивного стану для підлітків (CASI-A - Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents)
- ✓ Індекс тяжкості проблеми для підлітків (APSI - Adolescent Problem Severity Index)

та інші.

Комплексні діагностичні інструменти сьогодні можуть активно використовувати не лише досвідчені дослідники. Існує багато методів збору діагностичної інформації та безліч схем діагностичного інтерв'ювання. Одні охоплюють багато категорій розладів, а інші відрізняються більшою спеціалізацією і обмеженістю поставлених цілей. Вибираючи тип діагностичного інструменту, слід керуватися завданнями, які висуваються під час дослідження. Мета визначає метод.

Тестові завдання до теми 8

8.1. Якого виду психіатричного / поведінкового інтерв'ювання не існує:

- 1) структурованого
- 2) напівструктурованого
- 3) некерованого
- 4) неструктурованого

8.2. Спеціальні вимоги, що висуваються до розробки діагностичних інструментів в психіатрії, передбачають наступні потреби, окрім:

- 1) потреба в об'єктивізації
- 2) потреба в стандартизації
- 3) потреба кількісної оцінки
- 4) потреба в індивідуалізації

8.3. До інструментів структурованого інтерв'ю не належить:

- 1) шкала PSE (Present State Examination)
- 2) колірний тест Люшера
- 3) SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)
- 4) Diagnostic Interview Schedule – DIS

8.4. Яку кількість основних розділів містить Порядок діагностичного інтерв'ю для дітей DISC-IV?

- 1) 4
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 6

8.5. Комплексне міжнародне діагностичне інтерв'ю CIDI використовується для:

- 1) оцінки психічного статусу дорослих пацієнтів
- 2) оцінки психічного статусу дітей та підлітків
- 3) оцінки психічного статусу осіб похилого віку
- 4) оцінки психічних розладів і проблем, пов'язаних із зловживанням алкоголем, тютюном та іншими ПАР

Тема 9. Короткі інструменти для скринінгу зловживання сихоактивними речовинами. Частина 1

Відео до теми 9. Короткі інструменти для скринінгу зловживання
сихоактивними речовинами. Частина 1:

https://youtu.be/Uj8ZO_SAt7w



Чому важливо проводити скринінг вживання алкоголю та наркотиків серед підлітків?

У всьому світі вживання алкоголю та психоактивних речовин нерідко пов'язане зі смертельними випадками, травмами і проблемами зі здоров'ям, особливо серед підлітків. Понад 30 % усіх смертей від травм можуть бути безпосередньо пов'язані з алкоголем. Вживання психоактивних речовин також пов'язано із широким спектром нелетальних, але значних проблем зі здоров'ям, враховуючи шкільну неуспішність, респіраторні захворювання й ризикована сексуальна поведінка. Вживання алкоголю й наркотиків останніми роками все більше поширюється серед підлітків. Дослідження показують, що 46 % підлітків пробували алкоголь до восьмого класу, а до старшого класу середньої школи 77 % підлітків починали пити алкогольні напої регулярно.

Два чинники зумовлюють збільшення поширеності вживання певних заборонених наркотиків:

- збільшення доступності наркотичних речовин;
- зниження передбачуваної шкоди, пов'язаної із вживанням наркотиків.

Зловживання алкоголем і наркотиками виявлено серед усіх демографічних підгруп. Більший ризик зловживання спостерігають серед осіб чоловічої статі з повних сімей, які належать до середнього і верхнього соціально-економічному шару.

Ранній вік першого вживання алкоголю й наркотиків може збільшити ризик розвитку розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, у пізнішому віці. Періодичне пияцтво, періодичне вживання канабісу або будь-яких інших психоактивних речовин, крім канабісу, не є нормативними видами поведінки, і медичні працівники-практики завжди повинні розглядати факт вживання як значний ризик. Коли слід проводити скринінг вживання алкоголю або психоактивних речовин у підлітків? Вживання психоактивних речовин слід оцінювати як складник дорослішання підлітка. Профілактичний скринінговий аналіз навколишнього середовища підлітка може виявити чинники ризику та захисні чинники розвитку зловживання алкоголем або наркотиками.

Чинники ризику

Сімейна історія зловживання психоактивними речовинами або психічних і поведінкових розладів. Кожна п'ята дитина росте в сім'ї, де хтось зловживає алкоголем або іншими наркотиками. Вживання психоактивних речовин одним із членів сім'ї пов'язані з вищими показниками вживання психоактивних речовин підлітками:

- поганий батьківський нагляд і несприятлива атмосфера в сім'ї пов'язані із залученням до вживання психоактивних речовин і іншою ризикованою поведінкою;
- низькі академічні досягнення і/або академічні устремління;
- громадське схвалення вживання психоактивних речовин серед однолітків.

Захисні чинники

- батьки, які встановлюють чіткі правила й забезпечують їх дотримання;
- прийом їжі разом усією сім'єю;
- батьки, які регулярно розмовляють зі своїми дітьми про небезпеку вживання алкоголю й наркотиків;

- участь у церковних або громадських програмах.

Як слід оцінювати вживання алкоголю або речовин підлітком?

Надавайте перевагу неформальним методам для профілактичного опитування.

Запитайте про вживання алкоголю й наркотиків

Багато підлітків не обговорюють вживання психоактивних речовин зі своїм лікарем. Найчастіше їх не питають про вживання психоактивних речовин під час відвідування клініки. Водночас дані показують, що 65 % підлітків повідомляють про бажання обговорити вживання психоактивних речовин під час відвідувань лікаря.

Почніть із відкритих питань про вживання наркотиків вдома і в школі, а також серед однолітків, перш ніж переходити до відкритих питань про особисте вживання

Два запитання, які можна легко перевірити на необхідність поставити додаткові запитання:

— Ви коли-небудь пробували алкогольні напої?

— Ви коли-небудь пробували марихуану або будь-які інші препарати, щоб отримати «кайф»?

Необхідно визнати важливість питань конфіденційності

Надання місця, де підліток може говорити конфіденційно, допоможе отримати достовірнішу інформацію про ризиковану поведінку. Водночас конфіденційність вашої розмови обмежена повідомленнями підлітка про загрозу для себе, загрозу для інших і жорстоке поводження. Обговоріть необхідність розкриття конфіденційної інформації підлітку, перш ніж розкривати її батькам або іншим людям (наприклад, фахівцям із лікування).

Правильне вивчення історії вживання психоактивних речовин може бути початком терапевтичної інтервенції.

Корисні питання:

- Що найгірше трапилось з вами, коли ви вживали алкоголь або наркотики?
- Ви коли-небудь шкодували про те, що сталося, коли ви пили або вживали наркотики?
- Чи знають батьки про ваше вживання алкоголю й наркотиків? Якщо так, як вони до цього ставляться? Якщо немає, як ви думаєте, що вони будуть відчувати з цього приводу?
- Чи є у вас молодші брати чи сестри? Що вони думають про ваше вживання алкоголю й наркотиків?

Оцінка повинна також містити скринінг на супутні психічні розлади і вживання алкоголю й наркотиків серед батьків / братів і сестер.

Що робити, коли результат опитування, відхиляється від норми?

1. Оцінити рівень вживання

(критерії зловживання й залежності взяті з DSM IV).

- Експеримент: перше вживання психоактивної речовини, найчастіше алкоголю, марихуани або інгалянтів.
- Чи вживання неproblemне: спорадичне вживання, зазвичай з однолітками й без негативних наслідків.
- Problemне вживання: спочатку з'являються несприятливі наслідки (наприклад, зниження успішності в школі, відсторонення від посади, нещасний випадок, травма, суперечки з батьками або однолітками).
- Зловживання: визначається одним або кількома з чотирьох критеріїв, що повторюються протягом попередніх 12 місяців, але не відповідають критеріям для діагностики залежності.
- Проблеми з речовинами в школі, на роботі чи вдома.
- Використання речовини в потенційно небезпечних ситуаціях (наприклад, за кермом автомобіля).
- Правові проблеми, пов'язані з речовинами.

- Продовження використання, незважаючи на проблеми або конфлікти з друзями або родиною.
- Залежність: визначається за допомогою задоволення будь-яких трьох із семи критеріїв протягом попередніх 12 місяців.
- Зміна толерантності.
- «Похмілля», яке може бути фізіологічним або психологічним.
- Використання більшої кількості речовини або протягом триваліших періодів, ніж передбачалося.
- Невдалі спроби кинути або скоротити використання речовини.
- Витрата значного часу на отримання, використання або відновлення після дії речовини.
- Відмова від важливих справ через вживання психоактивних речовин.
- Продовження використання речовини, незважаючи на медичні або соціальні проблеми, викликані речовиною.

Які інструменти доцільно використовувати для скринінгу вживання алкоголю або наркотиків?

2. Використати інструменти скринінгу

Широко відомо кілька інструментів скринінгу, які мають високу чутливість і специфічність для визначення діагнозу вживання, зловживання або залежності від психоактивних речовин.

Позитивні результати скринінгу повинні супроводжуватися повнішим вивченням історії вживання алкоголю й наркотиків, враховуючи вік першого використання; поточну модель використання (кількість і частота); вплив на фізичне та емоційне здоров'я, школу й сім'ю та інші негативні наслідки від використання (наприклад, проблеми зі законом). Нижче більш детально будуть розглянуті деякі з них.

9.1. Швидкий 5-елементний скринінг на алкоголь і наркотики: CRAFFT (*Knight et al., 2002*)

CRAFFT — це ефективний інструмент скринінгу, призначений для виявлення вживання психоактивних речовин, пов'язаного з вживанням наркотиків, ризику водіння й розладів, через вживання психоактивних речовин серед молоді у віці 12–21 років. Він реалізований під час загального скринінгу в тисячах медичних установ і закладів охорони здоров'я, оскільки він дає інформацію, яка може бути підставою для раннього терапевтичного втручання й консультивання.

CRAFFT — найкраще вивчений скринінг на вживання психоактивних речовин серед підлітків, який, як доведено, розрахований для підлітків із різних соціально-економічних і расових / етнічних груп. Його рекомендує Американська академія педіатрії «Керівництво до світлого майбутнього» для профілактичних оглядів та візитів у межах програми раннього й періодичного скринінгу, діагностики та лікування (EPSDT), що його надає Центр послуг Medicaid і CHIP, Національний інститут вивчення зловживання алкоголем (NIAAA).

Поточна версія інструменту, CRAFFT 2.1, містить основані на фактичних даних зміни, впроваджені для підвищення чутливості та специфічності інструменту, і передбачає вейпінг як метод вживання марихуани.

Існує дві версії CRAFFT 2.1: інтерв'ю з клініцистом і анкета для самостійного застосування. Дослідження показали, що підлітки дають чесніші відповіді з допомогою самостійно заповнюваних анкет (електронних версій або на папері) порівняно з очними інтерв'ю. Самостійна версія також ефективніша за часом, ніж інтерв'ю. Тому рекомендують використовувати опитувальник для самостійного заповнення, коли це можливо, в умовах, які забезпечують конфіденційність пацієнта. Найважливішим принципом також є забезпечення того, щоби батьки не могли бачити

відповідей своїх дітей і підлітки почувалися комфортно, чесно відповідаючи на питання.

Авторське право й захист інтелектуальної власності CRAFFT

Питання CRAFFT захищені авторським правом Бостонської дитячої лікарні; проте мета CeASAR — зробити CRAFFT широко доступним для кваліфікованих лікарів і дослідників, тому відтворення цього скринінгового інструменту вітається. Однак, для використання скринінгу CRAFFT у вашій роботі потрібно дотримуватися таких умов:

- Ви повинні наділати програму свого дослідження на електронну адресу crafft@childrens.harvard.edu. Будь ласка, повідомте, чи використовуватимете у своїй програмі анкету для самостійного заповнення або інтерв'ю з лікарем.
- усі питання CRAFFT повинні залишатися в їх первинному вигляді без будь-яких змін або пропусків. Однак ви можете використовувати тільки першу сторінку інтерв'ю CRAFFT Clinician. Ви не можете продавати цю методику, а будь-які зміни, зроблені після отримання дозволу на публікацію, потребують додаткового узгодження.
- необхідно також вказувати таку інформацію у ваших анкетах CRAFFT:

NOTICE TO CLINIC STAFF AND MEDICAL RECORDS:

The information on this page is protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent. A general authorization for release of medical information is NOT sufficient.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2018.

All rights reserved. Reproduced with permission.

For more information, contact crafft@childrens.harvard.edu.

Кроки щодо використання клінічної версії CRAFFT:

Почніть із того, щоби поставити початкові питання пацієнтові щодо частоти вживання психоактивних речовин протягом останніх 12 місяців. Після цього задайте питання CRAFFT.

Якщо пацієнт відповів «0» (НІ) на всі початкові питання про «частоту використання», задавайте тільки питання CAR. Якщо пацієнт дав відповідь «>0» на будь-який із питань про «частоту використання», переходьте до повного набору із шести питань CRAFFT.

Перший крок — повідомити підліткам їхній «бал» CRAFFT і показати, де цей результат на гістограмі у верхній частині з іншого боку картки CRAFFT (методика в додатку). На цій діаграмі відображено дані недавнього дослідження, котрий перевіряє достовірність скринінгу CRAFFT у разі виявлення підлітків, які відповідають критеріям DSM-5 для SUD (розладів, пов'язаних із вживанням) (Mitchell et al., 2014 року). Гістограма показує процентне співвідношення підлітків, які відповідають критеріям для DSM-5 SUD, за шкалою CRAFFT. Використовуючи ці відсотки на гістограмі, лікар повинен обговорити з підлітком ймовірність виникнення в нього потенційної проблеми з вживанням психоактивних речовин на основі їх оцінки CRAFFT.

Наступним кроком є коротке обговорення мотивації вживання з підлітком, з використанням рекомендованих тем для короткого консультування. Ці теми для обговорення повинні містити актуальні дослідження на тему шкоди вживання психоактивних речовин на розвиток мозку.

Визначення балів CRAFFT

Частина B CRAFFT 2.1 залишається такою ж, як і в оригінальному скринінгу CRAFFT, із шістьма позиціями, позначеними аббревіатурою CRAFFT, кожна буква в якій позначає першу букву ключового слова (Car, Relax, Alone, Forget, Family / Friends Trouble) (Автомобіль, Розслаблення, Самотність, Забуття, Сім'я / Друзі, Актуальні проблеми) у кожному питанні. Питання CAR, розраховане для всіх респондентів, незалежно від їхнього вживання психоактивних речовин, є засобом перевірки ризику

для безпеки. У ньому оцінюють проблеми, що виникають за кермом у респондента або під час їзди з водієм, який вживав речовини — дві основні причини смерті для підлітків. (Примітка — у США, де розроблена ця методика, підлітки починають водити автомобіль раніше від українських однолітків, тому ця група питань у США актуальніша).

Залишаються п'ять питань (RAFFT), щоб оцінити проблеми, пов'язані із прийнятими речовинами. Кожна відповідь «так» дорівнює одному балу, тому загальні бали CRAFFT варіюються від 0 до 6.

У первісному валідаційному дослідженні бал >2 виявився оптимальною точкою відсікання для виявлення розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин, серед підлітків у віці 14–18 років.

Дослідження, яке провів Мітчелл і його колеги щодо оцінювання балів CRAFFT порівняно з DSM-5, знову показало, що бал >2 є оптимальною точкою відсікання для підлітків у віці 12–17 років (чутливість / специфічність для виявлення будь-якого DSM-5 SUD 91 / 93 %; для виявлення помірного або важкого SUD 88 / 87 %). Два інші дослідження вивчали CRAFFT серед 18–20-річних пацієнтів у відділенні невідкладної допомоги і знайшли оптимальну точку відсікання >3 (чутливість 82 %, специфічність 67 %). Інше недавнє дослідження знайшло оптимальну точку відсікання 4 для скринінгу алкоголю серед дорослих у віці 18–25 років (чутливість 81 %; специфічність 45 %).

Скринінг на використання канабісу з використанням цієї точки відсікання дав аналогічні значення (чутливість 84 %; специфічність 49 %). Це дослідження передбачає, що вищу точку відсікання потрібно використовувати для молоді від 18 років. Хоча специфічність досить низька для старших вікових груп, важливо мати високу чутливість, враховуючи, що CRAFFT є інструментом скринінгу, метою якого є попереднє виявлення тих, кому може знадобитися подальше оцінювання. Сьогодні немає даних щодо доцільності наявності різних точок відсікання залежно від статі або раси / етнічної належності.

Отже, підлітки вважаються «високоризиковими», якщо повідомляють про будь-яке використання психоактивних речовин протягом останніх 12 місяців і мають 2 і більше балів в CRAFFT. Такий результат вважається позитивним і потребує подальшого вивчення.

9.2. Тест на виявлення порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю AUDIT-C (Доусон, Грант, Стінсон і Чжоу, 2005)

Скринінгова методика AUDIT-C, що складається з трьох перших питань методики AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test (Saunders et al., 1993) і ґрунтується винятково на питаннях, що відображають вживання алкоголю, набула поширення як альтернатива іншим коротким скринінгам вживання алкоголю. Стандартний AUDIT з 10 пунктами ретельно перевірений у клінічній практиці серед населення загалом, а також серед студентів і підлітків. Хоча чутливість, специфічність й інші психометричні властивості цієї методики можна порівняти з іншими скринінгами (а в багатьох випадках — перевищують їх), тривалість проведення скринінгу AUDIT може перешкоджати їх застосуванню у випадках, де час є вирішальним, наприклад у відділеннях інтенсивної терапії. AUDIT-C, що складається з трьох пунктів, розроблено у відповідь на необхідність мати короткий і легкий у застосуванні скринінг, який можна порівняти зі спеціально розробленими методиками, таких як CAGE (Ewing, 1984), TWEAK (Russell et al., 1994), TACE (Sokol et al., 1989), BMAST (Pokorny et al., 1972), і RAPS4 (Cherpitel, 1995). Тепер цю методику використовують в Адміністрації ветеранів США для виявлення ризикованого вживання алкогольних напоїв, у клінічній практиці декількох країн (Aertgeerts et al., 2001; Gual et al., 2002; Gordon et al., 2001) і для виявлення питушого

контингенту серед усього населення в Німеччині (Rumpf et al., 2002). Переважно AUDIT-C показує кращі результати, порівняно з 10-питальною методикою AUDIT у визначенні небезпечного рівня вживання алкоголю, тоді як друга методика краще вказує на проблеми зловживання й залежності (Bush et al., 1998; Bradley et al., 2003). Усі подальші численні дослідження підтверджують ці дані.

Отже, запропонована методика AUDIT-C відмінно справляється з виявленням розладів, пов'язаних зі зловживанням алкоголю й залежностей. Використання різних точок відсікання для чоловіків і жінок покращує специфічність і чутливість цієї методики. Важливим наступним кроком у розробленні і впровадженні скринінгу AUDIT-C є подальша валідизація методики в реальній ситуації скринінгу, за якої використовуватиметься винятково AUDIT-C.

Огляд методики

AUDIT-C – це 3-опитувальна скринінгова методика, що дає змогу визначити факт зловживання алкоголем або наявності розладів, викликаних вживанням алкоголю (зокрема залежність). Підрахунок результатів AUDIT-C оцінюється за шкалою 0–12. Кожне питання AUDIT-C має п'ять варіантів відповідей, які оцінюються так: a = 0 балів, b = 1 бал, z = 2 бали, d = 3 бали, e = 4 бали.

Для чоловіків бал 4 або більше вважається позитивним і вказує на наявність проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, таких як зловживання або залежність. Для жінок бал 3 або більше вважається позитивним (те саме, що і вище). Однак, коли всі бали стосуються тільки питання № 1 (№ 2 і № 3 дорівнюють нулю), то варто припустити, що пацієнт вживає алкоголь у дозах нижче від допустимих обмежень і бажано переконатися в правильності підрахунку прийнятої кількості алкоголю за останніх кілька місяців.

Як правило, що вищий бал, тим більша ймовірність того, що вживання пацієнтом алкоголю може становити для нього небезпеку.

Психометричні особливості

Для виявлення пацієнтів із серйозним / небезпечним рівнем вживання алкоголю і / або розладами, пов'язаними зі зловживанням алкоголем, враховуючи залежність.

Таблиця 9

Показники чутливості тесту AUDIT-C

	чоловіки	жінки
≥3	Sens: 0,95 / Спец. 0,60	Sens: 0,66 / Спец. 0,94
≥4	Sens: 0,86 / Спец. 0,72	Sens: 0,48 / Спец. 0,99

Для виявлення пацієнтів з активним зловживанням алкоголем або залежності

	чоловіки	жінки
≥ 3	Sens: 0,90 / Спец. 0,45	Sens: 0,80 / Спец. 0,87
≥ 4	Sens: 0,79 / Спец. 0,56	Sens: 0,67 / Спец. 0,94

9.3. Розширений тест для самозвіту про наявність наркологічних розладів DUDIT-E: надійність, валідність та мотиваційний індекс

(Berman, A. H., Palmstierna, T., Kallmen, H., & Bergman, H. (2007). *The self-report Drug Use Disorders Identification Test — Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. Journal of Substance Abuse Treatment, 32, 357–369*)

Модель для послідовного клінічного оцінювання споживання наркотиків, що її запропонував Інститут медицини (США), містить чотири етапи: 1) швидкий первинний скринінг (до 5 хвилин); 2) поглиблений самозвіт пацієнта про проблеми з наркотиками (орієнтовно 10–20 хвилин); 3) розширена персональна діагностика

(інтерв'ю 30–120 хвилин), ці три кроки передують скеруванню на лікування; 4) останній крок — повторне оцінювання після лікування.

Для першого етапу автори розробили скринінговий тест з 11 запитань для самозаповнення Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT). Графічно тест розміщено з обох боків аркуша: на лицевому боці 11 скринінгових запитань, на звороті — перелік із 7 категорій наркотичних речовин та 2 категорій наркомістких ліків, якими найчастіше зловживають. Існують інші поширені інструменти для скринінгу: 10-позиційний Drug Abuse Screening Test (DAST); 6-позиційний UNCOPE; коротке скринінгове інтерв'ю CAGE-AID та Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Але DUDIT має три переваги над цими інструментами: 1) на відміну від перелічених тестів, що використовують дихотомічні варіанти відповідей (так/ні), він має шкали поведінкової частоти для кожного запитання; 2) містить перелік наркотиків; 3) придатний для масових досліджень уживання наркотиків.

Для другого етапу клінічного оцінювання вживання наркотиків автори розробили 54-позиційний тест Drug Use Disorders Identification Test — Extended (DUDIT-E), про який йдеться у цій статті.

Для третього етапу розширеної діагностики автори пропонують використовувати такі інструменти, як SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders); CIDI (Composite International Diagnostic Interview); SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) та ASI (Addiction Severity Index). Але інтерв'ю потребує кадрових ресурсів, які можуть бути обмеженими, й інструменти для самозвіту можуть принести користь на цьому етапі.

Теоретичні положення та гіпотези

Опитувальники DUDIT та DUDIT-E розробляли та проходили валідацію паралельно. З 21 опитувальника для самозвіту й 13 форм інтерв'ю, які повністю або частково охоплюють проблему наркотиків, відібрано 18 інструментів для самозвіту і 7 форм інтерв'ю, що використані як джерела запитань, з котрих конструювали опитувальники DUDIT та DUDIT-E. Запитання були згруповані в 13 категорій. Завдяки коментарям 21 експерта (споживача наркотиків) кількість запитань суттєво скоротили — прибрано незрозумілі та недоречні.

У DUDIT-E навмисно прибрано блоки запитань про риси характеру, психологічне та соціальне функціонування і кримінальне мислення, для легшої та ефективнішої діагностики на другому етапі клінічного оцінювання споживання наркотиків. Ці блоки запитань наявні в інших інструментах (наприклад, Individual Assessment Profile; Substance Abuse Subtle Screening Inventory-3 або Drug Use Screening Inventory), які можна використати для поглибленого оцінювання пацієнтів із наявними наркологічними проблемами на третьому етапі.

Теоретичне обґрунтування DUDIT-E ґрунтується на гіпотезі, що поведінковий вибір «уживати наркотики» відображає очікування від цього позитивного результату. Для активних споживачів наркотиків вибір «уживати наркотики» не обов'язково відображає відчуття низької самоефективності, а, навпаки, вживання наркотиків може бути сприйняте як адекватна й самоефективна відповідь на законні екзистенціальні потреби. Щоби допомогти «проблемним» споживачам наркотиків, практики мають бути в курсі очікувань позитивних результатів, які мотивують поведінку пошуку наркотиків.

Тест DUDIT-E розміщується на одному аркуші з обох боків. Він містить чотири блоки: оцінювання частоти вживання наркотиків (D) з 10 позицій, оцінювання позитивних (P) та негативних (N) аспектів уживання наркотиків, кожен по 17 позицій, а також готовності до лікування (T) з 10 позицій.

Зіставлення негативних та позитивних аспектів уживання наркотиків дає можливість клієнтам розглянути свою мотивацію споживання наркотиків та

усвідомити негативні наслідки власної поведінки. Це дає змогу ввести терапевтичні чинники в «баланс прийняття рішень», через який клієнт підтримує вживання наркотиків.

Крім того, DUDIT-E дає змогу розрахувати «мотиваційний індекс» (MotInd), який базується на зіставленні позитивних (P) та негативних (N) аспектів уживання наркотиків та готовності до лікування (T) і дає змогу оцінити мотивацію на зміну вживання наркотиків: $MotInd = (N/P)T$.

Тест не містить посилань на часовий період, якого стосуються запитання, його можна використовувати для оцінювання будь-якого періоду, залежно від потреби дослідника (12 останніх місяців, до ув'язнення або ін.).

Методи та експериментальні процедури

Психометричний аналіз надійності, валідності та факторної структури тесту DUDIT-E проводився у Швеції. Результати ґрунтуються на двох вибіркових сукупностях: 1) споживачі «важких» наркотиків — пацієнти стаціонарних відділень детоксикації (154 респонденти) і 2) споживачі наркотиків, що відбували покарання в системі кримінального правосуддя, у трьох різних в'язницях (92 респонденти). Поряд із клінічним інтерв'ю за критеріями DSM-IV та ICD-10 (інструмент SCAN), респонденти відповідали на запитання DUDIT та DUDIT-E.

Результати

Проведений аналіз показав, що бали за шкалою частоти вживання наркотиків (D) корелюють із діагнозами за DSM-IV як серед споживачів важких наркотиків (зокрема і за аналізом сечі), так і серед в'язнів. Повторне тестування з інтервалом у тиждень показало внутрішньокласові коефіцієнти кореляції за шкалами частоти вживання наркотиків (D) = 0,90; оцінювання позитивних ((P) = 0,78) та негативних ((N) = 0,75) аспектів уживання наркотиків, а також готовності до лікування (T) = 0,84. Коефіцієнт альфа Кронбаха становив 0,88–0,95 для шкали P; 0,88–0,93 для шкали N та 0,72–0,81 для шкали T. Аналіз методом головних компонент підтвердив конструктну валідність для шкал P, N, і T.

Інтерпретація результатів

Автори вважають, що DUDIT-E спроможний допомогти в розвитку терапевтичного альянсу між лікарем та хворим завдяки наявності шкали (P), яка виявляє джерело амбівалентності споживача наркотиків щодо самого факту споживання. Психометричні характеристики, наведені в статті, доводять, що DUDIT-E — достатньо надійний інструмент для використання в клінічній та дослідницькій практиці.

Мотиваційний індекс (MotInd) має значущу конструктивну валідність щодо розрізнення низької, середньої та високої мотивації до зміни залежної поведінки і відображає, на якому етапі зміни перебувають пацієнти відповідно до (ТТМ) Транстеоретичної моделі зміни (Prochaska & DiClemente, 1986).

Автори заохочують інших дослідників використовувати DUDIT-E та перекладати його іншими мовами. Опитувальник наявний у вільному доступі, але автори просять зберігати його макет для подальшого порівняння з результатами, що їх отримали інші дослідники.

9.4. Тест на виявлення порушень вживання канабісу — переглянутий CUDIT-R (Marshall, 2013)

Тест щодо виявлення порушень вживання канабісу (CUDIT-R) становить скринінгову методику з восьми пунктів для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням канабісу (CUD)

CUDIT-R розроблений як додаток до початкового 10-елементного CUDIT, як засіб підвищення чутливості та специфічності ідентифікації поточного діагнозу CUD. Оригінальні CUDIT і CUDIT-R затверджені для використання як методики зі значною

достовірністю й надійністю, як серед психіатричних пацієнтів, так і для людей, що вживають канабіс, а також не перебувають на лікуванні.

Елементи шкали, такі як «Як часто протягом останніх 6 місяців ви виявляли, що не могли припинити вживати канабіс після того, як почали?», вимірюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта, яка варіюється від 0 «ніколи» до 4 «щодня або майже щодня». Сумарні бали варіюються від 0 до 32. Первісна валідація передбачала 13-бальну шкалу відсікання, яка була чутлива до більш ніж 91 % позитивних на залежність від канабісу респондентів у контрольній групі. CUDIT-R розроблений як короткий скринінг, призначений для отримання єдиної суми балів, яка вказує на ймовірність проблемного використання.

Коротка форма CUDIT (CUDIT-SF) також розроблена для використання в клінічних умовах і була протестована на двох групах споживачів рекреаційного та медичного канабісу. Належний скринінг і діагностика проблемного вживання канабісу важливі порівняно з багатьма іншими традиційними психоактивними речовинами тим, що вживають канабіс не завжди з інтоксикаційною метою.

Добре відомо, що використання більшості лікарських препаратів може вплинути на розвиток проблемного вживання або залежності, і також, що зв'язок між підвищеним споживанням і проблемами не завжди лінійний. Так, наприклад, вживання опіоїдів пов'язано з вищим ступенем зловживання під час рекреаційного використання, порівняно з медичним застосуванням.

Тоді як канабіс традиційно розглядався, як наркотик, в останні 25 років кількість призначуваних канабіноїдних препаратів різко зросла, оскільки все більше країн починають застосовувати канабіс у медичних цілях. Поява лікарського канабісу порушує важливі питання про те, як використання канабісу може вплинути на проблеми, що виникають у зв'язку з тривалим використанням, і чи правильно нинішні інструменти скринінгу ідентифікують проблемне використання.

Завдання вимірювання проблемного вживання ускладнює факт того, що деякі види канабісу включають або дуже низькі, або незначні кількості первинного психоактивного компонента — дельта-9-тетрагідроканнабінолу (ТГК), який відповідає за психоактивний ефект канабісу та його адиктивний потенціал.

Аналоги канабіноїдів, отриманих з цих штамів із низьким вмістом ТГК, стають усе популярнішими серед споживачів лікарських препаратів. Діагностичні скринінги, що значною мірою залежать від питань, які оцінюють частоту вживання канабісу або час, проведений із використанням канабісу без диференціації на основі штаму або цілі використання, можуть знижувати специфічність серед тих пацієнтів, хто використовує канабіс тільки в медичних цілях.

CUDIT-R запитує пацієнтів тільки про використання «канабісу» й не диференціює відповіді залежно від штаму або типу, проте в Україні ця особливість методики не становить будь-якої проблеми в науковому аспекті, оскільки в нашій країні немає легального застосування канабісу в медичних цілях.

АУДИТ-С Опитувальник

Ім'я пацієнта _____ Дата візиту _____

1. Як часто Ви вживаєте алкоголь?

- a) ніколи;
- b) раз на місяць або рідше;
- c) 2–4 рази на місяць;
- d) 2–3 рази в тиждень;
- e) 4 або більше разів на тиждень.

2. Скільки стандартних доз алкогольних напоїв Ви зазвичай випиваєте в день?

- a) 1 чи 2;
- b) 3 або 4;
- c) 5 або 6;
- d) від 7 до 9;
- e) 10 або більше.

3. Як часто Ви випиваєте шість і більше стандартних доз алкогольних напоїв за раз?

- a) ніколи;
- b) менш ніж раз у місяць;
- c) раз у місяць;
- d) раз у тиждень;
- e) щодня або майже щодня.

Опитувальник CUDIT-R

Чи вживали Ви канабіс упродовж останніх шести місяців?

Якщо ТАК, будь ласка, дайте відповідь на питання про Ваш досвід вживання канабісу. Обведіть відповіді, які найбільше відповідають Вашій ситуації щодо вживання канабісу за останні шість місяців.

1. Як часто Ви вживаєте канабіс?

Ніколи (0); раз на місяць або рідше (1); 2–4 рази на місяць (2); 2–3 рази на тиждень (3); 4 або більше разів на тиждень (4).

2. Скільки годин Ви були «під кайфом» у дні, коли вживали канабіс?

Менше ніж один (0); 1–2 (1); 3–4 (2); 5–6 (3); 7 або більше (4).

3. Як часто за останні шість місяців Ви помічали, що не можете припинити вживати канабіс?

Ніколи (0); менше ніж раз у місяць (1); щомісяця (2); щотижня (3); щодня або майже щодня (4).

4. Як часто за останні шість місяців Ви не могли справлятися зі своїми справами через те, що вживали канабіс?

Ніколи (0); менш ніж раз у місяць (1); щомісяця (2); щотижня (3); щодня або майже щодня (4).

5. Як часто за останні 6 місяців Ви виділяли час переважно для отримання, вживання або відновлення від канабісу?

Ніколи (0); менш ніж раз у місяць (1); щомісяця (2); щотижня (3); щодня або майже щодня (4).

6. Як часто за останні 6 місяців Ви наголошували на проблемах із пам'яттю чи концентрацією уваги?

Ніколи (0); менш ніж раз у місяць (1); щомісяця (2); щотижня (3); щодня або майже щодня (4).

7. Як часто Ви вживали канабіс, виконуючи дії, які можуть бути потенційно небезпечними?

Ніколи (0); менш ніж раз у місяць (1); щомісяця (2); щотижня (3); щодня або майже щодня (4).

8. Ви коли-небудь думали, що варто зменшити вживання або повністю припинити вживати канабіс?

Ніколи (0); так, але не за останні 6 місяців (2); Так, за останні 6 місяців щодня (4).

Ця шкала доступна для публічного використання із зазначенням авторства
Adamson S. J., Kay-Lambkin F. J., Baker A. L., Lewin T. J., Thornton L., Kelly B. J., and Sellman J. D. (2010).

Тестові завдання до теми 9

9.1. Методика CRAFFT використовується для скринінгу ...

- 1) Алкоголю
- 2) Наркотичних речовин
- 3) Небезпечної поведінки, пов'язаної із вживанням психоактивних речовин.
- 4) Всі три варіанти правильні

9.2. Існує декілька типів методики CRAFFT (оберіть неправильну відповідь)

- 1) Для самостійного заповнення
- 2) Клінічний опитувальник
- 3) Доклінічний опитувальник
- 4) Всі три варіанти правильні

9.3. Використання методики CRAFFT ...

{~Вільне, не лімітоване авторським правом

=Вільне, але потребує узгодження до використання у дослідженнях

~Платне, необхідно придбати одноразову ліцензію

~Платне, на підставі підписки}

9.4. Методика AUDIT-C – це скорочена версія методики ...

- 1) AUDIT (10 запитань)
- 2) AUDIT-B (12 запитань)
- 3) AUDIT-9 (9 запитань)
- 4) Жоден з варіантів

9.5. Методика AUDIT-C досліджує ...

- 1) Порушення, пов'язані з використанням алкоголю
- 2) Порушення, пов'язані з використанням маріхуани
- 3) Порушення, пов'язані з використанням інгалянтів
- 4) Порушення, пов'язані з використанням медичних опіатів

9.6. Методика AUDIT-C складається з ...

- 1) П'яти запитань
- 2) Трьох запитань
- 3) Шости запитань
- 4) Дев'яти запитань

9.7. Методика DUDIT служить для скринінгу ...

- 1) Алкогольної залежності
- 2) Зловживання алкоголем
- 3) Наркологічних розладів
- 4) Всі варіанти вірні

9.8. Методика CUDIT-R була розроблена для скринінгу ...

- 1) Зловживання алкоголем
- 2) Зловживання каннабісу
- 3) Зловживання опіатами
- 4) Всі варіанти вірні

9.9. Для дослідження зловживання алкоголем підлітками краще всього використовувати ...

- 1) CRAFFT
- 2) DUDIT
- 3) CUDIT-R
- 4) Всі методики

9.10. Використання скринінгових методик в дослідженнях ...

- 1) Небажано через недостатню доказову базу
- 2) Вітається, так як показує хороші результати
- 3) Можно використовувати, але треба підтвердити результати лабораторними аналізами
- 4) Заборонено до використання

Тема 10. Короткі методи скринінгу на зловживання речовинами. Частина 2

Відео до Теми 10. Короткі методи скринінгу на зловживання речовинами. Частина 2:

https://youtu.be/MnGT0Y3w_ol



10.1. ASSIST-Lite. Швидкий скринінг-тест на алкоголь, паління і вживання психоактивних речовин

ASSIST-Lite — це ультрашвидкий скринінг, який оптимізований для загальних медичних установ та який допомагає виявляти вживання алкоголю, тютюну та інших психоактивних речовин.

Вживання психоактивних речовин є однією з провідних причин захворюваності та смертності, чому можна запобігти. Фахівці в галузі охорони здоров'я можуть відігравати визначальну роль у виявленні небезпечного споживання алкоголю, паління і проблем, пов'язаних зі зловживанням речовинами, а також можуть допомогти запобігти їм. У 1997 році ВООЗ розпочала проект з розроблення культурно нейтрального скринінгового тесту, що стосується використання основних класів психоактивних речовин.

Група вчених із багатьох країн, що вивчають розлади, викликані вживанням речовин (SUD), створила першу версію тесту ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) для скринінгу вживання спиртного, тютюну, канабісу, кокаїну, седативних (транквілізаторів і анксіолітиків), опіоїдів (незаконного героїну і знеболювальних), галюциногенів, легких інгалянтів та інших лікарських засобів.

Міжнародна команда розробників перевірила ASSIST у діапазоні західних і східних культур. Проте, перевести ASSIST у повсякденне використання в медичних послугах проблематично. SUD систематично не вивчали, не діагностували або не лікували в загальних медичних установах, а також тимчасові обмеження для персоналу виявились основним бар'єром. Крім того, тривалий час використання тесту (орієнтовно 15 хв) стримав його використання. Тому виникла необхідність розроблення коротшої форми тесту.

Короткі форми є природним розвитком для багатьох клінічних і дослідницьких інструментів скринінгу. Наприклад, три пункти на споживання алкоголю з десятих пунктів AUDIT демонстрували більшу діагностичну точність для алкогольної залежності, ніж повний тест.

Проте, якщо точність підтверджується, короткі скринінгові тести можуть істотно знизити адміністративне навантаження (час на використання, наприклад) на пацієнта й лікаря. Відповідно, виникла мета, яка полягала в тому, щоби розробити ультрашвидку версію ASSIST 3.0 для скринінгу речовин та пов'язаних із їх використанням проблем протягом останніх трьох місяців. Мета полягала також у тому, щоби створити нову версію, що забезпечує точність діагностики, просте завершення й результати тестів без будь-яких помітних зміщень через стать, вік тощо. ATS і кокаїн були об'єднані в загальний клас (стимулятори) для економії й

логічного зв'язку, а також були замінені порядкові шкали питань на простий двійковий формат (так / ні), у такий спосіб усуваючи необхідність показу карт і пояснення анкерів реагування.

Дотримуючись стандартів звітності про діагностичну точність основного положення, розроблено скринінг ASSIST-Lite.

Структура методу

Оцінка відбувається за часовий проміжок – останні 3 місяці (90 днів).

Методика містить 7 запитань. Варіанти відповіді тільки Так або Ні. Рахуються відповіді «Так». Кожній позитивній відповіді присвоюється 1 бал.

Швидке оцінювання здійснюється за 6-ма класами речовин, що викликають залежність:

1. Тютюн;
2. Алкоголь;
3. Канабіс (препарати коноплі);
4. Стимулятори амфетамінового типу, кокаїн або інші стимулюючі препарати;
5. Заспокійливі або снодійні препарати не за призначенням лікаря;
6. Вуличні опіюїди (наприклад, героїн), або препарати, що містять опіюїди, не за призначенням лікаря.

Додатково задається питання про інші психоактивні речовини, що змінюють свідомість, якщо такі вживались.

Вживання кожної речовини оцінюється за кількістю позитивних відповідей (відповідей «Так») з максимальною оцінкою в 3 бали:

- 0 балів – речовина не використовується протягом останніх трьох місяців;
- 1 бал – речовина використовується, але відповіді на додаткові запитання негативні;
- 2 бали – речовина використовується й одна позитивна відповідь на додаткове запитання;
- 3 бали – речовина використовується й обидві відповіді на додаткові запитання позитивні.

Ризик пов'язаний з вживанням алкоголю оцінюється за 4-х бальною шкалою.

Будь-яке вживання тютюну, канабісу, стимуляторів, седативних засобів та опіюїдів, враховуючи непередбачене використання ліків трьох останніх типів речовин (стимулятори, заспокійливі, опіюїди) вважається ризиком для здоров'я.

Інтерпретація результатів відбувається за кількістю балів (позитивних відповідей, відповідей «Так»):

1. Тютюн – 2 бали і більше свідчать про ризиковане вживання;
2. Алкоголь – 3 бали і більше свідчать про ризиковане вживання;
3. Канабіс – 2 бали і більше свідчать про ризиковане вживання;
4. Стимулятори – 2 бали і більше свідчать про ризиковане вживання;
5. Заспокійливі – 2 бали і більше свідчать про ризиковане вживання;
6. Опіюїди – 2 бали і більше свідчать про ризиковане вживання.
7. Інші психоактивні речовини, що змінюють свідомість – не оцінюється у балах, але **будь яке вживання потребує додаткового вивчення лікарем.**

Ризиковане вживання будь якої речовини потребує консультації лікаря!

Специфічна оцінка Залучення (SSI — Substance Specific Involvement) до речовини ґрунтується на підсумовуванні балів для Q2–7.

Метою розроблення ASSIST-Lite було також зберегти SSI, щоб інформувати й оцінювати поведінкові втручання (передбачені бути показовими та логічними).

Для інших речовин попередній омнібусний підхід зі складною ваговою оцінкою перейшов до простого загального пункту для алкоголю, канабісу, стимуляторів, седативних препаратів та опіоїдів, а інший містив інформацію про когнітивні та поведінкові аспекти й частоту застосування: сильне бажання або бажання використовувати щотижня або частіше (канабіс, седативні засоби); споживання щотижня або частіше (стимулятори); невдалі зусилля зі скорочення, контролю або відмови (алкоголь і опіоїди). Під час оцінки цих ПАР (психоактивних речовин) (тобто або негативні, або позитивні, або обидва позитивні) досягнуто високої продуктивності ASSIST-Lite порівняно з ASSIST 3.0.

Стосовно кожної ПАР ASSIST-Lite має такі характеристики:

не використовується протягом останніх трьох місяців (0);

використовується, але інші відповіді негативні (1);

використовується й одна позитивна відповідь (2);

використовується й обидві відповіді позитивні (3).

Будь-яке використання тютюну, канабісу, стимуляторів, седативних засобів та опіоїдів (враховуючи непередбачене використання фармацевтичних продуктів у трьох останніх типах речовин) є ризиком для здоров'я. Однак, алкоголь є логічним винятком. Для введення до тесту питань про небезпечне вживання алкогольних напоїв, пов'язаного з інтоксикацією, рекомендують ставити додаткове запитання.

Не існує міжнародного консенсусу щодо рівня споживання алкоголю, який небезпечний для здоров'я. Наприклад, австралійське національне керівництво вважає небезпечною дозою алкоголю — не більше ніж чотири стандартні напої [1 стандартний напій = 10 г алкоголю] в окремих випадках як для чоловіків, так і для жінок. З урахуванням об'єкта небезпечного споживання точка відсікання алкоголю для ASSIST-Lite зростає до 3 балів.

Тож ASSIST-Lite ідеально підходить для швидкого та повсякденного скринінгу тяжкості розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, у первинному, загальному медичному та соціальному обслуговуванні.

Скринінг-тест на алкоголь, паління та психоактивні речовини ASSIST-Lite

Прізвище,

ім'я,

по

батькові

Будь ласка надайте відповідь на запитання, що стосуються вживання психоактивних речовин, за останні 3 місяці.

Обведіть або закресліть обраний варіант відповіді.

1. Чи курили Ви сигарети, які містять тютюн (за останні 3 місяці)? <i>Якщо «Ні» - переходьте до Запитання 2.</i>	Так [1]	Ні [0]
1а. Чи курите Ви зазвичай понад 10 сигарет у день?	Так [1]	Ні [0]
1б. Чи курите Ви зазвичай протягом 30 хвилин після пробудження?	Так [1]	Ні [0]
2. Чи вживали Ви алкоголь (за останні 3 місяці)? <i>Якщо «Ні» - переходьте до Запитання 3.</i>	Так [1]	Ні [0]
2а. Чи пили Ви більш ніж чотири «стандартні дози алкоголю» за один прийом (за останні 3 місяці)? <i>Стандартна доза – це приблизно рюмка/чарка міцних напоїв (30 мл), бокал вина (150 мл), пляшка/кружка пива (0,5 л).</i>	Так [1]	Ні [0]
2б. Чи пробували Ви контролювати, скоротити або припинити пити?	Так [1]	Ні [0]
2с. Чи висловлював хто-небудь занепокоєність у зв'язку з вашим вживанням алкоголю?	Так [1]	Ні [0]
3. Чи використовували Ви канабіс (за останні 3 місяці)? <i>Якщо «Ні» - переходьте до Запитання 4.</i>	Так [1]	Ні [0]
3а. Чи мали Ви сильне бажання або потяг вживати канабіс принаймні один раз на тиждень або частіше?	Так [1]	Ні [0]
3б. Чи висловлював хто-небудь стурбованість у зв'язку з вашим вживанням канабісу?	Так [1]	Ні [0]
4. Чи вживали Ви стимулятори амфетамінового типу, кокаїн або інший стимулюючий препарат (за останні 3 місяці)? <i>Якщо «Ні» - переходьте до Запитання 5.</i>	Так [1]	Ні [0]
4а. Чи вживали Ви стимулятори принаймні один раз на тиждень або частіше?	Так [1]	Ні [0]
4б. Чи висловлював хто-небудь занепокоєння Вашим вживанням стимуляторів?	Так [1]	Ні [0]
5. Чи використовували Ви заспокійливі або снодійні препарати не за призначенням лікаря (за останні 3 місяці)? <i>Якщо «Ні» - переходьте до Запитання 6.</i>	Так [1]	Ні [0]
5а. Чи мали Ви сильне бажання або потяг вжити заспокійливі або снодійні препарати принаймні один раз на тиждень або частіше?	Так [1]	Ні [0]
5б. Чи висловлював хто-небудь занепокоєність у зв'язку з Вашим вживанням заспокійливих або снодійних препаратів?	Так [1]	Ні [0]

6. Чи використовували Ви вуличні опіюїди (наприклад, героїн), або ліки, що містять опіюїди, не за призначенням? <i>Якщо «Ні» - переходьте до Запитання 7.</i>	Так [1]	Ні [0]
6а. Ви пробували контролювати, скоротити або припинити використання опіюїдів?	Так [1]	Ні [0]
6б. Чи висловлював хто-небудь занепокоєність у зв'язку з Вашим вживанням опіюїдів?	Так [1]	Ні [0]
7. Чи використовували Ви які-небудь інші психоактивні речовини, що змінюють свідомість?	Так [1]	Ні [0]
Якщо Так, то що саме Ви приймали? _____	-	-

*Для усіх речовин окрім алкоголю **2 бали** (відповіді Так), а для алкоголю – **3 бали**, і більше свідчать про **ризиковане вживання** – **потрібна консультація лікаря**.*

*Вживання інших психоактивних речовин не оцінюється у балах, але **потребує додаткового вивчення лікарем**.*

10.2. RAPI (Rutgers Alcohol Problem Index). Скринінг наслідків вживання алкоголю підлітками.

Оригінальний RAPI є 23-елементним інструментом скринінгу для оцінювання підліткової проблеми з алкоголем. Методику розроблено для того, щоби створити одновимірний, порівняно короткий і легко застосовуваний інструмент для оцінювання проблем з алкоголем у підлітковому віці. Випробування показали, що ця шкала має надійність 92 і 3-річний коефіцієнт стійкості 40 для загальної вибірки. Переваги цієї короткої методики скринінгу для персонального використання в простоті використання та її стандартизації, яка дає змогу порівнювати бали оцінок проблемного вживання алкогольних напоїв по групах.

Проте, зауважте, що RAPI є лише показником проблем підліткового вживання алкогольних напоїв, а додаткову інформацію про інтенсивність використання, мотивацію для використання та контекст використання бажано проводити, сповна оцінюючи проблеми вживання алкогольних напоїв. Сьогодні використовують коротшу версію RAPI, яка містить 18 пунктів. Ця версія корелює 99 з довшою версією. Крім того, деякі дослідники модифікували RAPI для оцінювання проблем із наркотиками.

RAPI підходить для використання в клінічних і доклінічних випадках серед підлітків і молоді, як підтверджують висновки багатьох клінічних випробувань.

Застосування

Заповнення цього 23-елементного інструменту за допомогою паперу та олівця займає орієнтовно 10 хвилин (або менше). Респонденти просто обводять кільцем число, що відповідає кількості разів, що вони зазнали кожну проблему. Використовується для контингентів віком від 12-ти років. Особливого навчання для застосування не потрібно. Елементи також можуть перелічити інтерв'юер, якщо респондент зазнає труднощів із читанням.

Використання RAPI (приклад твердження - елементу)

Різні речі трапляються з людьми, коли вони п'ють алкоголь або через алкоголь. Деякі з цих речей перераховані нижче.

Вкажіть, скільки разів кожен із цих випадків трапився з Вами протягом останнього року.

Використовуйте такий код:

0 = Немає

1 = 1–2 рази

2 = 3–5 разів

3 = більше ніж 5 разів

Підрахунок

Кодовані цифри (0–3) підсумовують по пунктах, щоби сформувати шкалу від 0 до 69. Вона може бути нормованою на будь-якому зразку. Тимчасові рамки для відповідей можуть бути меншими (наприклад, минулого року або впродовж минулих 6 місяців, а не за останні 3 роки). Деякі дослідники використовують дихотомічний підхід до кожного елемента (0 разів порівняно з 1+ разів), а потім підраховують кількість проблем.

Психометричні властивості. Роль інструменту

Він має номінальну дійсність, оскільки всі елементи були обрані зі списків, які використовують інші фахівці в цій галузі. Він має хорошу надійність (0,8 або вище) у клінічних і неклінічних зразках. Він має добру збігову дійсність з AAIS, ADS, DSM-III, DSM-III-R ($r > 7$ в клінічному зразку). Крім того, він має високу надійність результатів повторного тестування.

RAP1 можна використати для оцінювання рівня проблеми вживання алкогольних напоїв серед підлітків і молодих дорослих. Вона також може бути частиною клінічних інтерв'ю, у якому лікар звертається до кожної проблеми, пов'язаної з вживання алкогольних напоїв і використовує результати для обговорення життєвих зривів через пияцтво й заперечення проблем. Клініцисти можуть використовувати коротші терміни (наприклад, минулого року або за останні 6 місяців), що буде ілюстративніше, ніж за останні 3 роки.

RAP1 забезпечує коротку, самоврядну оцінку проблеми пияцтва. Загальну оцінку можна використати як залежну або незалежну змінну під час вивчення предикторів наслідків проблеми вживання алкогольних напоїв серед молоді. Результати також можна згрупувати для інших форм аналізу. Тимчасові рамки (наприклад, за останні 3 роки, минулого року тощо) можуть варіюватися залежно від дизайну дослідження.

Джерело, вартість й авторські права

RAP1 доступна: Х. Уайт, Центр досліджень вживання алкоголю, Університет Рутгерса, Piscataway, NJ 08854–0969, можна завантажити на сайті. Він вільний і немає авторських прав. Автори просять, щоб особи, які використовують RAP1 надіслали їм їхній вік / стать у цій формі, а також опис їхнього зразка.

RAPI

Різні випадки трапляються з людьми, коли вони п'ють алкогольні напої або як результат їх вживання алкоголю. Деякі з цих випадків, перераховані нижче. Прохання вказати, скільки разів кожен з цих випадків трапився з вами протягом останніх трьох років, коли Ви пили алкоголь або в результаті використання алкоголю. Для позначення ваших відповідей, використовуйте такий код:

0 = немає ніколи;

1 = 1–2 рази;

2 = 3–5 разів;

3 = 6–10 разів;

4 = більш ніж 10 разів.

Скільки разів такі випадки трапляються з Вами тоді, коли Ви пили алкоголь або через вживання алкоголю **протягом останніх трьох років?**

Чи були Ви неспроможні зробити свою домашню роботу або вчитися.

Потрапили у бійки або робили погані вчинки.

Витрачали занадто багато грошей на алкоголь.

Пішов на роботу або школу під кайфом або п'яним.

Відчували сором стосовно будь-кого.

Забували про свої обов'язки.

Родичі уникали Вас.

Відчувається, що Вам потрібно більше алкоголю, ніж Ви звикли використовувати, щоб отримати той самий ефект.

Намагалися контролювати своє вживання алкоголю, намагаючись пити тільки в певний час доби або певних місцях.

Відчували симптоми відміни, тобто, нудило, тому що Ви зупинили або скоротили вживання алкогольних напоїв.

Помітили зміни у Вашій особистості.

Відчували, що у Вас є проблема з алкоголем.

Пропускали день (або частину дня) школи або роботи.

Пробував скоротити або кинути пити.

Раптово виявив себе в місці, не пам'ятаючи, як туди потрапили.

Втрачав тяму або раптово непритомнів.

Була бійка, суперечки або погані стосунки із другом.

Була бійка, суперечки або погані стосунки із членом сім'ї.

Продовжували пити, навіть коли Ви обіцяли собі припинити.

Відчували, що Ви сходили з розуму.

Відчували погані часи.

Відчували себе фізично або психологічно залежним від алкоголю.

Друзі або сусіди радили Вам зупинити або скоротити вживання алкоголю.

10.3. YAACQ (Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire; Read, J. P., Kahler, C.W., Strong, D.R., & Colder, C.R, 2006). Скринінг наслідків вживання алкоголю молоддю

Вживання алкогольних напоїв в молодому дорослому віці є дещо відмінним від споживання їх протягом інших етапів життя. Відомо кілька заходів самовивчення (selfreport) наслідків алкоголю, деякі з яких розроблені спеціально для використання з пізніми підлітками або молодими дорослими. Проте, такі заходи можуть недостатньо охопити багато наслідків, з якими стикаються молоді дорослі в коледжі, оскільки вони зосереджуються на суворішому завершенні спектру пов'язаних з алкоголем наслідків. Докази цього можна знайти в недавньому звіті Kahler et al. (2004), який застосував аналіз моделі Раша для оцінювання результатів тестування алкогольних проблем молодих дорослих, широко використовуюваного показника проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, в студентів. Їхні результати показали, що більшість студентів коледжу відчули принаймні деякі наслідки (наприклад, похмілля, блювота, втрата пам'яті), що свідчить про проблеми нижчого рівня вираженості. Проте, за шкалою з 20 пунктів, отриманою з цих аналізів, половина зразка схвалювала три або менше елементи. Ці результати показують, що більша різноманітність питань, що свідчать про менші проблеми, пов'язані із вживанням алкоголю, може допомогти у визначенні делікатніших відмінностей серед тих, хто п'є в коледжі та потенційно ризикує отримати несприятливі наслідки.

Деякі дослідження також показали, що множинний формат варіантів відповіді не сприяє здатності YAAPST ефективно диференціювати рівні проблеми алкоголю. Автори припустили, що дихотомічні варіанти відповідей можуть дати простішу інтерпретацію загального балу наслідків алкоголю, ніж показник за шкалою, що ґрунтується на частоті виникнення події. Крім того, знайшли докази диференціальної продуктивності питань на гендерному підґрунті. Елементи, які стосуються екстерналізації поведінки (як бійка, майнові збитки, арешти в статні інтоксикації) були підтверджені як достовірні на нижчих рівнях тяжкості проблем з алкоголем серед чоловіків, ніж серед жінок.

Основною перевагою YAACQ є його шкали, які пропонують спосіб об'єднання наслідків вживання алкогольних напоїв, які можуть бути клінічно корисними. Дихотомічні відповіді YAACQ полегшують керування тестом й підрахунок балів. Нарешті, цей принцип може виявитися корисним для опису зворотного зв'язку для студентів щодо їх вживання алкоголю і його впливу в різних сферах життя.

YAACQ розроблено для оцінки широкого спектру шкідливих наслідків споживання алкоголю, що можуть зазнавати молоді люди. Ці наслідки за значущістю та небезпекою варіюють від низького (наприклад, похмілля, збентеження) до подій високого рівня (наприклад, фізіологічні симптоми залежності), задля забезпечення повної картини результатів алкоспоживання індивідуума.

YAACQ складається з 48 пунктів із дихотомічними відповідями. Отже, загальний бал YAACQ показує, скільки унікальних видів наслідків були в певний період часу (наприклад, минулого року, за останні 6 місяців, у минулому місяці). Ці 48 пунктів оцінюють вісім сфер наслідків, які навантажують один чинник наслідків вищого порядку.

Ці шкали складаються з таких аспектів:

Соціальний / міжособистісний (наприклад, «Я стаю дуже грубим, зневажливим або образливим після вживання алкоголю»); **Академічний / професійний** (наприклад, «я знехтував своїми обов'язками щодо сім'ї, роботи або школи через те, що п'ю»); **Ризикова поведінка** (наприклад, «Я взяла на себе бездумний ризик, коли пила»); **Порушення контролю** (наприклад, «Я часто пив більше, ніж спочатку планував»); **Погане самообслуговування** (наприклад, «Я менш фізично активний через вживання алкогольних напоїв»); **Погіршене самосприйняття** (наприклад, «я погано відчував себе через своє пияцтво»); **Погіршення пам'яті** (наприклад, «Я прокинувся наступного дня після вживання алкоголю і виявив, що не пам'ятаю частину минулого вечора»); **Фізіологічна залежність** (наприклад, «я відчувала тривогу, хвилювання або неспокій після припинення або скорочення вживання алкогольних напоїв»).

Підрахунок

Варіанти відповіді оцінюють дихотомічно (так / ні), щоби вказати, чи було це наслідком у період, що становить інтерес (наприклад, минулий місяць, останні 6 місяців, минулий рік). Кожен елемент оцінюють (0 = ні, 1 = так).

Оскільки оцінка є дихотомною, загальний бал відобразатиме загальну кількість наслідків, які індивідуум зазнав у цей час.

Загальна бальна оцінка YAACQ

Сума пунктів 1–48.

Підшкали:

Соціальна / Міжособистісна

YAQ — соціальні мінуси (SUM — пункти 1, 11, 17, 23, 33, 36);

Погіршений контроль

YAQ — контроль (SUM — пункти 10, 14, 28, 30, 41, 45);

Самосприйняття

YAQ — самовідчуття (SUM — пункти 3, 12, 18, 48);

Самообслуговування

YAQ — самообслуговування (SUM — пункти 20, 21, 34, 35, 38, 39, 43, 46);

Ризикована поведінка

YAQ — прийняття ризику (SUB — пункти 4, 7, 13, 19, 26, 29, 31, 44);

Академічна / Професійна

YAQ — наукові / професійні недоліки (SUM — пункти 2, 9, 15, 27, 40);

Фізіологічна залежність

YAQ — залежність (SUM — пункти 16, 22, 25, 42);

Вживання алкогольних напоїв до безтями

YAQ — «затемнення», палімпсести (SUM — пункти 5, 6, 8, 24, 32, 37, 47).

YAACQ

Нижче наведено список того, що іноді трапляється з людьми під час або після вживання алкоголю. Далі для кожного пункту нижче, будь ласка, відзначте «Х» у відповідному стовпчику ТАК чи НІ, щоби вказати, чи описує цей пункт те, що трапилося з Вами упродовж року.

Минулого року...

	Ні	Так
1. Коли я пив, висловлювався недоречно чи робив недоречні вчинки.	0	1
2. Якість моєї роботи або навчання постраждала через пияцтво.	0	1
відчував себе погано через пияцтво.	0	1
3. Я водив машину, навіть коли знав, що випив забагато, щоби безпечно керувати автомобілем.	0	1
4. У мене було похмілля (головний біль, нудота...) вранці після того, як я пив.	0	1
5. Я втратив тяму від вживання алкогольних напоїв.	0	1
6. Я легковажно ризикував, коли пив.	0	1
7. Я почувався дуже погано або блював після вживання алкоголю.	0	1
8. Я отримав неприємності на роботі або в школі через пияцтво.	0	1
9. Я часто пив більше, ніж спочатку планував.	0	1
10. Моя випивка створює проблеми між мною й моїм партнером / партнеркою / чоловіком, батьками або іншими близькими родичами.	0	1
11. Я був нещасний через пияцтво.	0	1
13. Я потрапляв у бійки через вживання алкоголю.	0	1
14. Я витратив занадто багато часу на вживання алкогольних напоїв.	0	1
15. Я не пішов на роботу або пропустив заняття в школі через пияцтво, похмілля, або хвороби, зумовлені вживанням алкогольних напоїв.	0	1
16. Я відчував, що мені потрібно випити після того, як прокинувся (тобто, перед сніданком).	0	1
17. Я став дуже грубим, неприємним або образливим після вживання алкоголю.	0	1
18. Я відчував себе винуватим через пияцтво.	0	1
19. Я пошкодив майно, або зробив щось руйнівне після того, як пив.	0	1
20. Через пияцтво, я не їв належно.	0	1
21. Я був менш фізично активним через вживання алкоголю.	0	1
22. У мене були «тремтіння» після зупинки або скорочення вживання алкогольних напоїв (наприклад, руки тремтіли так, що горнятко кави дзеленчало на тарілочці або не міг запалити).	0	1
23. Мій друг / подруга / дружина / чоловік / батьки скаржилися мені на моє пияцтво.	0	1
24. Я прокинувся в несподіваному місці після пияцтва.	0	1
25. Я виявив, що мені потрібно більшу кількість алкоголю, щоби відчувати який-небудь ефект, або що я більше не міг сп'яніти від звичної дози алкоголю	0	1
26. У результаті вживання алкоголю я забув захистити себе і партнера(ку) від венеричних захворювань (ЗПСШ) або небажаної вагітності.	0	1
27. Я знехтував своїми обов'язками щодо сім'ї, роботи, або школи через вживання алкоголю.	0	1
28. Я часто напивався вечорами, коли планував не пити.	0	1
29. Коли я пив, то робив імпульсивні дії, про які жалкував пізніше.	0	1
30. Мені часто було важко обмежити кількість споживання алкогольних напоїв.	0	1
31. Через вживання алкогольних напоїв потрапляв у сексуальні ситуації, про які пізніше жалкував.	0	1
32. Я не міг згадати великі відрізки часу, коли сильно пив.	0	1

33. Коли пив, казав різкі або жорстокі речі.	0	1
34. Через пияцтво не спав належно.	0	1
35. Моєму зовнішньому вигляду було завдано шкоди через пияцтво.	0	1
36. Коли пив, то говорив те, про що потім шкодував.	0	1
37. Прокинувшись наступного дня після вживання алкоголю, виявив, що не міг згадати частину минулого вечора.	0	1
38. Я відчував, що в мене надлишкова вага через вживання алкоголю.	0	1
39. Мій розум був не таким гострим через пияцтво.	0	1
40. Я отримав нижчу оцінку на іспиті, ніж зазвичай міг мати, через пияцтво.	0	1
41. Я намагався кинути пити, тому що думав, що пив надто багато.	0	1
42. Я відчув занепокоєння, збудження, або неспокій після зупинки або зменшення кількості вживання алкогольних напоїв.	0	1
43. У мене не було часу на звичну діяльність або відпочинок через пияцтво.	0	1
44. Я пошкодив когось, коли вживав алкоголь або в стані алкогольного сп'яніння.	0	1
45. Я часто думав про необхідність скоротити або припинити пити.	0	1
46. У мене було менше енергії або відчував себе втомленим через пияцтво.	0	1
47. У мене було «затемнення» після сильного алкогольного сп'яніння (тобто, не міг згадати цілі години).	0	1
48. Вживання алкогольних напоїв змусило мене відчувати себе пригніченим або сумним.	0	1

В-YAACQ (Коротка версія YAACQ)

Нижче наведено список речей, які іноді трапляються з людьми або під час, або після того, як вони вживали алкоголь. Далі для кожного пункту нижче, будь ласка, відзначте «X» у відповідному стовпчику ТАК чи НІ, щоби вказати, чи описує цей пункт те, що трапилося з Вами минулого місяця.

Минулого місяця...

		Ні	Так
1.	Тоді, коли я пив, я сказав зайве чи зробив незручні вчинки.	0	1
2.	У мене було похмілля (головний біль, хворий шлунок) вранці після того, як я пив.	0	1
3.	Я почувався дуже погано або блював після вживання алкоголю.	0	1
4.	Я часто напивався вечорами, коли планував не пити.	0	1
5.	Я легковажно ризикував, коли пив.	0	1
6.	Я втрачав тяму від вживання алкогольних напоїв.	0	1
7.	Я виявив, що мені потрібно більшу кількість алкоголю, щоби відчути ефект, або що я більше не міг сп'яніти від звичної дози алкоголю.	0	1
8.	Коли пив, я робив імпульсивні дії, про які жалкував пізніше.	0	1
9.	Я не міг згадати великі відрізки часу, коли сильно пив.	0	1
10.	Я водив машину, навіть коли знав, що випив забагато, щоби безпечно керувати автомобілем.	0	1

11.	Я не пішов на роботу або пропустив заняття в школі через пияцтво, похмілля, або хвороби, викликані споживанням алкогольних напоїв.	0	1
12.	Через вживання алкогольних напоїв я потрапляв у сексуальні ситуації, про які пізніше жалкував.	0	1
13.	Мені часто було складно обмежити кількість вживання алкогольних напоїв.	0	1
14.	Я ставав дуже грубим, неприємним або образливим після вживання алкоголю.	0	1
15.	Я прокинувся в несподіваному місці після пияцтва.	0	1
16.	Я відчував себе погано через пияцтво.	0	1
17.	У мене було менше енергії або я відчував себе втомленим через пияцтво.	0	1
18.	Якість моєї роботи або навчання постраждала через пияцтво.	0	1
19.	Я витратив занадто багато часу на вживання алкогольних напоїв.	0	1
20.	Я знехтував своїми обов'язками щодо сім'ї, роботи, або школи через вживання алкоголю.	0	1
21.	Моя випивка створює проблеми між мною й моїми друзями / подружжям / батьками або іншими близькими родичами.	0	1
22.	Я відчував надлишкову вагу через вживання алкоголю.	0	1
23.	Моєму зовнішньому вигляду було завдано шкоди через пияцтво.	0	1
24.	Я відчував, що мені потрібно випити після того, як прокинувся (тобто, перед сніданком).	0	1

10.4. MACQ (Marijuana Consequences Questionnaire). Скринінг наслідків вживання марихуани

MACQ – це 50-позиційний опитувальник для самооцінювання, розроблений на основі YAACQ. Студенти коледжу (n = 315) заповнювали анкети онлайн. Факторний аналіз підтримав гіпотезу 8-факторної структури. Результати вказують на хорошу конвергентну та дискримінантну достовірність MACQ. Коротку, одновимірну 21-позиційну версію (B-MACQ) розроблено за допомогою моделі Раша. Порівняння оцінок ступеня важкості елементів B-MACQ та відповідних пунктів з YAACQ вказує на те, що складність проблем алкогольної та марихуани визначається порівняно унікальною картиною наслідків. MACQ і B-MACQ дають нові перспективні альтернативи для оцінки проблем, пов'язаних із марихуаною.

Марихуана є найпоширенішим забороненим наркотиком, який використовують у США. Результати кількох національних досліджень показують, що приблизно половина молоді віком 18–25 р. вживали марихуану. Вивчення рівня поширеності марихуани серед підлітків вказують на стійкий розвиток ініціації через середню школу, в юнацькому віці і в студентські роки. Приблизно 16 % вживали від 8-го класу, 32 % — від 10-го класу і 42 % — від 12-го класу. Поширеність вживання марихуани висока, почасти тому, що передбачуваний ризик вживання марихуани низький.

Хоча ризик марихуани може бути порівняно низьким, порівнюючи з іншими лікарськими засобами, такими як алкоголь, нікотин, або кокаїн, використання марихуани також може призводити до негативним наслідків. Використання марихуани пов'язано з респіраторними захворюваннями, враховуючи рак легенів, дефіцитом когнітивних функцій, психічними проблемами, зниженням контролю та моніторингу помилок. Інші шкідливі результати, пов'язані з вживанням марихуани, — ризикова сексуальна поведінка, нещасні випадки на дорозі, погана академічна успішність, а також багато психосоціальних проблем.

Хоча марихуана й пов'язані з нею наслідки поширені серед молоді, поки що не вистачає досліджень, у яких розробляють інструменти оцінювання наслідків вживання марихуани. Останніми роками все більше уваги звертають на використання методів, які дають змогу визначити інструменти та уточнити складність окремих наслідків. Методи реагування на елементи оцінюють ступінь охоплення складності проблеми в діапазоні. Ці методи можна використати, щоб шкала могла адекватно диференціювати порушення вживання речовин на низьких, помірних і складних рівнях. Крім того, вони надають інформацію про дискретні симптоми як показники порівняної складності розладу. Інформація щодо типу проблем, з якими індивідууми стикаються через континуум тяжкості розладу, може свідчити про розуміння порушення і значення виникнення проблем. Проведено деякі дослідження з застосуванням цих методів до проблем, пов'язаних із марихуаною, однак це було обмежено передовсім недосконалістю інструментів скринінгу, показниками зловживання та залежності від канабісу у DSM.

Негативні наслідки, пов'язані з марихуаною і вживанням алкоголю, перетинаються. Наприклад, кожен препарат може бути пов'язаний із порушенням соціально-професійного функціонування, ризиковою поведінкою і впливати на міжособистісне функціонування. Навпаки, симптоми інтенсивного використання (наприклад, втрата свідомості, блювота, параноя) і симптоми абстиненції можуть

бути унікальними для алкоголю або марихуани. Крім того, хронічні користувачі марихуани можуть демонструвати деякі унікальні особливості, такі як апатія, яка часто вважається особливістю вживання марихуани в популярних засобах масової інформації, хоча емпіричні дані для цього обмежені. Незважаючи на подібність наслідків вживання алкоголю і марихуани, схвалення симптому може свідчити про різний рівень тяжкості для кожного препарату. З цієї причини важливо систематично оцінювати наслідки марихуани, використовуючи аналіз пункту-відповіді. Розуміння як наслідків алкоголю, так і марихуани можна посилити за допомогою порівнянних шкал для кожного. Існує достатня подібність у тому, як виникають альтернативні форми інструментів для оцінювання наслідків алкоголю та марихуани. Наприклад, це полегшить виявлення унікальних закономірностей наслідків для кожного лікарського засобу.

Проблеми з марихуаною

Для розроблення та дослідження MACQ модифіковано YAACQ для оцінювання наслідків марихуани. Більшість пунктів залишилися незмінними, тільки замінили алкоголь на марихуану, щоби підвищити порівнянність за масштабами. Елементи, пов'язані із симптомами алкогольної абстиненції, були змінені, щоби відобразити симптоми виведення марихуани, а опис «похмілля» модифіковано для кращого відображення наслідків вживання марихуани. Крім того, додали два пункти для відображення дефіцитів мотивації та параної.

MACQ — це шкала з 50 пунктів, яка оцінює проблеми марихуани протягом останніх 6 місяців. 6-місячні часові межі були обрані для того, щоби адекватно охопити потенційні нечасті наслідки серед користувачів марихуани. Кожен елемент оцінюють дихотомічно (так / ні), щоби вказати, чи виникла проблема, пов'язана з марихуаною, за останні 6 місяців. Проблеми висунуто гіпотезами на основі 8 чинників, встановлених для YAACQ (соціально-міжособистісні наслідки, порушення контролю, самосприйняття, самостійний догляд, поведінка ризику, академічні / професійні наслідки, фізична залежність і втрата свідомості).

Крім того, Індекс проблем марихуани враховано до оцінки валідності критерію нового масштабу. MPI є шкалою з 23 пунктів, подібною до RAPI, і має хорошу валідність критерію та стабільність протягом 6-місячних інтервалів у зразках молодих дорослих.

Гіпотеза 8-факторної структури MACQ була корисною для даних, що допомогло виокремити 8 субшкал: соціально-міжособистісні наслідки, самосприйняття, самообслуговування, академічно-професійні наслідки, затемнення, порушення контролю і фізична залежність. Хоча чинники були помірно-сильно корельованими, гіпотеза 8-факторної структури виявилася вдалішою, ніж дані одновимірної структури. Шкала фізичної залежності показала найбільші асоціації з використанням марихуани.

Подібно до результатів з YAACQ, почуття провини та інші інтерналізуючі симптоми, оцінені за шкалою самосприйняття, не були пов'язані з використанням марихуани. Проміжними між цими крайнощами були субшкали, які оцінювали залучення до ризикованої поведінки, самоконтролю та порушення функціонування в соціальних та професійних сферах. Структура асоціацій між субшкалами та використанням марихуани узгоджується з дослідженнями, які вказують на роль

ситуаційних та диспозиційних чинників, що зумовлюють проблеми, пов'язані із речовиною.

Оскільки фізична залежність значно пов'язана з прийомом наркотиків, то ступінь, від якого особи мають ризикову поведінку, відчувають проблеми міжособистісного спілкування або мають труднощі з виконанням соціальних зобов'язань, можуть бути спричинені чинниками, не пов'язаними з наркотиками. Шкала неврахування містить пункти, що оцінюють гострі наслідки надмірного споживання. Хоча деякі з цих пунктів здаються більш релевантними для споживання алкоголю, ніж марихуани (наприклад, блювота), середні значення шкали вказують на те, що вони були так само схвалені, як і деякі інші шкали (наприклад, соціально-міжособистісні наслідки). Порівняно низька асоціація з використанням марихуани може відображати той факт, що показники використання не забезпечують хорошої оцінки використовуваної кількості або рівня інтоксикації. Якщо люди використовують значну кількість і алкоголю, і марихуани одночасно, складно визначити цей наслідок як наслідок одного препарату.

Як зазначено вище, існують як статистичні, так і теоретичні обґрунтування для використання субшкал. Крім того, субшкали можуть бути корисними в клінічних застосуваннях для забезпечення специфічного зворотного зв'язку щодо проблемних сфер. Проте як одновимірна структура, так і модель із загальним чинником наслідків вищого порядку були адекватними даними. Таким чином, наявне також обґрунтування для використання загальної оцінки MACQ, і це можна визначити цілями оцінки.

Наслідки марихуани та алкоголю: відносна тяжкість

Хоча вживання марихуани та алкоголю зумовлюють подібні типи негативних наслідків, проте наслідки можуть мати різні рівні тяжкості проблеми. Це виникає внаслідок відмінностей у фармакологічних властивостях препаратів, сенсу наслідків у соціокультурному контексті та / або відмінностей у психолого-поведінковій реакції, пов'язаних із препаратом. Наприклад, повідомлення про «грубість або неприємність» під впливом речовини, зазвичай виникали від алкоголю і відображались на низькій тяжкості, тоді як це було порівняно рідко у разі використання марихуани і вказувало на більші проблеми, пов'язані з її використанням. Подібно втрата пам'яті про попередню вечірку й імпульсивна поведінка була однією з найменших із погляду тяжкості алкогольної проблеми, тоді як для марихуани ці аспекти відображались в середній тяжкості.

Необхідність використання марихуани вранці, один із показників фізичної залежності, був помірним наслідком, пов'язаним із марихуаною, тоді як це був один з найбільших наслідків споживання алкоголю. Подібно показники виведення були одними з найскладніших для алкогольних елементів, але вказували на помірнішу проблему марихуани. Обидва ці елементи були змінені, щоби відобразити симптом відміни, які б більше підходили для марихуани.

Таким чином, MACQ є 8-факторною шкалою, що оцінює проблеми, пов'язані зі споживанням марихуани. Масштаб охоплює багатопов'язаних із ними проблем, враховуючи ризиковану поведінку, проблеми з внутрішньо- та міжособистісним функціонуванням, гострі побічні ефекти, функціонування соціальної ролі та показники труднощів контролю використання та ознаки фізичної залежності. Підшкали MACQ

можуть бути корисні в клінічних або дослідницьких додатках, де бажана оцінка дискретних проблемних сфер. В-МАСQ рекомендують як ефективний одновимірний показник тяжкості проблеми марихуани, що мінімізує гендерну упередженість. Дослідження показників тяжкості предмета свідчить про зміну значення індивідуальних наслідків марихуани та алкоголю щодо континууму тяжкості проблеми. Для алкоголю й марихуани не всі наслідки однакові.

МАСQ

Нижче наведено список того, що іноді трапляється з людьми або під час, або після вживання марихуани. Далі для кожного пункту нижче, будь ласка, відзначте «Х» у відповідному стовпчику ТАК чи НІ, щоби вказати, чи описує цей пункт те, що трапилося з Вами упродовж року.

Минулого року...

	Ні	Так
1. Під час вживання марихуани я сказав чи зробив незручні речі.	0	1
2. Якість моєї роботи або навчання постраждала через вживання марихуани.	0	1
3. Я почувався погано через вживання марихуани.	0	1
4. Я водив машину, коли я був під кайфом.	0	1
5. Я відчував себе, як у тумані, млявим, втомленим, або приголомшеним вранці після вживання марихуани.	0	1
6. Я втратив тяму від вживання марихуани.	0	1
7. Я необдуманно ризикував, коли був під кайфом.	0	1
8. Я відчував себе дуже погано або блював після вживання марихуани.	0	1
9. Я отримав неприємності на роботі або в школі через вживання марихуани.	0	1
10. Я часто використовую більше марихуани, ніж спочатку планував.	0	1
11. Моє вживання марихуани створює проблеми між мною й моїм другом / подругою / чоловіком / батьками, або іншими близькими родичами.	0	1
12. Я був нещасним через вживання марихуани.	0	1
13. Я потрапив у бійку через вживання марихуани.	0	1
14. Я витратив занадто багато часу, вживаючи марихуану.	0	1
15. Я не пішов на роботу, або пропустив заняття чи навчання в школі через вживання марихуани, перебуваючи під кайфом, або після впливу (почуття похмілля).	0	1
16. Я відчував, що мені потрібно вжити марихуану після того, як я прокинувся (тобто, перед сніданком).	0	1
17. Я став дуже грубим, неприємним або образливим після вживання марихуани.	0	1
18. Я почувався винним через вживання марихуани.	0	1
19. Я пошкодив майно або зробив щось руйнівне після вживання марихуани.	0	1
20. Через вживання марихуани, я не їв належно.	0	1
21. Я був менш фізично активним через вживання марихуани.	0	1
22. У мене були проблеми зі сном після зупинки або скорочення використання марихуани.	0	1
23. Мій друг / подруга / дружина / батьки скаржилися мені на моє вживання марихуани.	0	1
24. Я прокинувся в несподіваному місці після вживання марихуани.	0	1

25. Я виявив, що мені потрібно більша кількість марихуани, щоби відчувати який-небудь ефект, або що вже не міг отримати кайф від звичної кількості.	0	1
26. У результаті вживання марихуани забув захистити себе чи партнера від ЗПСШ або небажаної вагітності.	0	1
27. Я знехтував зобов'язаннями щодо сім'ї, роботи або школи через вживання марихуани.	0	1
28. Я часто використовував марихуану, коли планував не робити цього.	0	1
29. Під час вживання марихуани робив імпульсивні дії, про які жалкував пізніше.	0	1
30. Часто мені було важко обмежити, скільки марихуани я використовую.	0	1
31. Через марихуану опинявся в сексуальних ситуаціях, про які потім шкодував.	0	1
32. Я не міг згадати великі відрізки часу, коли вживав марихуану.	0	1
33. Під впливом марихуани сказав кому-небудь різкі або жорстокі речі.	0	1
34. Через вживання марихуани, я не спав належно.	0	1
35. Моєму зовнішньому вигляду було завдано шкоди через використання марихуани.	0	1
36. Під впливом марихуани говорив те, про що потім шкодував.	0	1
37. Я прокинувся наступного дня після вживання марихуани і виявив, що не міг згадати частину вечора раніше.	0	1
38. Я здобув надмірну вагу через вживання марихуани.	0	1
39. Мій розум не був гострим через вживання марихуани.	0	1
40. Я отримав нижчу оцінку на іспиті, ніж зазвичай можу мати через вживання марихуани.	0	1
41. Я намагався кинути вживання марихуани, тому що думав, що вживаю її дуже багато.	0	1
42. Я відчув занепокоєння, дратівливість, втратив апетит і з'явився біль у животі після зупинки або скорочення використання марихуани.	0	1
43. У мене не було часу на звичну діяльність або відпочинок через вживання марихуани.	0	1
44. Я поранив когось іншого, використовуючи марихуану або будучи під кайфом.	0	1
45. Я часто думав про необхідність скоротити або припинити вживати марихуану.	0	1
46. У мене було менше енергії або відчував себе втомленим через вживання марихуани.	0	1
47. У мене було затемнення після вживання марихуани (тобто не міг згадати певного відрізка часу тоді).	0	1
48. Вживання марихуани змусило мене відчувати себе пригніченим або сумним.	0	1
49. Я відчув паніку або параною після вживання марихуани.		
50. Я втратив мотивацію робити звичні речі, через моє вживання марихуани.		

MACQ – запитання за субшкалами:

1) Соціально-міжособистісні наслідки: 1, 11, 17, 23, 33, 36.

2) Пригнічений контроль: 10, 14, 28, 30, 41, 45.

3) Самосприйняття: 3, 12, 18, 48, 49.

4) Самопоміч: 20, 21, 34, 35, 38, 39, 43, 46, 50.

5) Ризикова поведінка: 4, 7, 13, 19, 26, 29, 31, 44.

6) Академічні / Професійні наслідки: 2, 9, 15, 27, 40.

7) Фізична залежність: 16, 22, 25, 42.

8) Використання до «затемнення»: 5, 8, 24, 32, 37, 47.

10.5. NIAAA Скринінг вживання алкоголю та коротка інтервенція для молоді (*Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth (NIAAA, 2011)*)

Скринінг сфокусований на ранньому виявленні серед молоді 9–18 років алкогольних проблем та їх профілактиці. Він розроблений командою дослідників NIAAA (Національного інституту зі зловживання алкоголем та алкоголізму) у співпраці з Американською академією педіатрії та клінічними фахівцями-практиками. Ґрунтується на емпіричних дослідженнях предикторів алкогольної залежності, запропоновані скринінгові запитання швидкі та універсальні. На відміну від інших методик, цей опитувальник містить запитання про споживання алкоголю серед друзів.

Скринінгові запитання можна використовувати в будь-який час, окремо або разом з іншими інструментами, як частину клінічного інтерв'ю, як частину письмового анкетного опитування або комп'ютерного скринінгу до зустрічі з лікарем.

Показанням до скринінгу молоді на вживання алкоголю може бути щорічний медичний огляд; відвідування лікаря з гострими захворюваннями; виклик швидкої медичної допомоги або одне з наступного:

- якщо лікар не бачить пацієнта регулярно;
- якщо підлітки курять — вони, найімовірніше, уживають алкоголь;
- якщо наявні умови, пов'язані з підвищеним ризиком зловживання ПАР, такі як депресія, тривожність або поведінкові проблеми;
- якщо є проблеми зі здоров'ям, які можуть бути пов'язані з алкоголем, як-от: нещасні випадки або травми; інфекції, що передаються статевим шляхом, або небажана вагітність; зміни в їжі або сні чи безсоння; шлунково-кишкові розлади; хронічні болі;
- якщо наявні суттєві поведінкові зміни, як-от: зростаюча опозиційна поведінка; значні розлади настрою; втрата інтересу до діяльності; зміна друзів; зниження навчальної успішності; велика кількість прогулів у школі.

Чотири кроки скринінгу

КРОК 1: Поставити два скринінгові запитання.

Одне запитання — про споживання алкоголю друзями пацієнта, друге — про частоту споживання алкоголю самим пацієнтом. Для учнів початкової та середньої школи слід починати із запитання про друзів. Для пацієнтів у віці 11 або 14 років слід вибрати запитання, які відповідають шкільному рівню, а не віку. Також слід виключити вживання алкоголю як частину релігійних обрядів.

1.1. Для пацієнтів початкової школи (9-11 років) слід починати із запитання про друзів.

Запитання 1. (Друзі: будь-яке вживання.) «Чи є у вас друзі, які вживали пиво, вино або будь-який напій, що містить алкоголь, минулого року?». Будь-яке вживання алкоголю друзями викликає занепокоєння як обтяжувальний фактор.

Запитання 2. (Пацієнт: будь-яке вживання.) «Як щодо Вас — чи вживали ви колись більше, ніж кілька ковтків пива, вина чи будь-якого напою, що містить алкоголь?» Будь-яке вживання — високий ризик.

1.2. Для пацієнтів середньої школи (11–14 років) слід починати із запитання про друзів.

Запитання 1. (Друзі: будь-яке вживання.) «Чи є у вас друзі, які вживали пиво, вино або будь-який напій, що містить алкоголь, минулого року?». Будь-яке вживання алкоголю друзями викликає занепокоєння як обтяжувальний фактор.

Запитання 2. (Пацієнт: скільки днів?) «Як щодо Вас — скільки днів у минулому році Ви вживали більше, ніж кілька ковтків пива, вина або будь-якого напою, що містить алкоголь?» Будь-яке вживання — помірний або високий ризик.

1.3. Для пацієнтів старшої школи (14–18 років) слід починати із запитання про пацієнта.

Запитання 1. (Пацієнт: скільки днів?) «Скільки днів у минулому році Ви вживали більше, ніж кілька ковтків пива, вина або будь-якого напою, що містить алкоголь?» Залежно від кількості днів — низький, помірний або високий ризик.

Запитання 2. (Друзі: скільки п'ють?) «Якщо Ваші друзі п'ють, скільки вони випивають за один раз?» Пияцтво друзів (від 3 до 5 і більше стандартних доз за один раз) викликає занепокоєння як обтяжувальний фактор.

КРОК 2: Поради (для пацієнтів, які не п'ють) та оцінка ризику (для пацієнтів, які п'ють).

Якщо пацієнт НЕ П'Є — перехід до Кроку 2.1: Поради.

Тут також є дві можливі альтернативи.

1. Якщо ні пацієнт, ні його друзі не п'ють — схвалюється і заохочується його вибір не пити та обирати друзів, які не п'ють; виявляються і підтверджуються причини залишатись тверезим; якщо з пацієнтом відверті стосунки, йому повідомляють про ризики пиття, пов'язані з порушенням розвитку мозку і залежністю.

2. Якщо пацієнт не п'є, а його друзі п'ють — крім схвалення і всього, що було описано вище, слід поставити запитання нейтральним тоном: «Ви казали, що коли ваші друзі пили, Ви не пили. Розкажіть про це докладніше». Якщо пацієнт зізнається, що все ж таки пив, треба перейти до **Кроку 2.2: Оцінка ризику** для пацієнтів, які пили. Якщо він не пив — треба дізнатись, як він планує залишитись тверезим, коли друзі п'ють. Йому також треба порадити «не їздити в машині з п'яним водієм або з водієм, який вживає наркотики».

На цьому скринінг для пацієнтів, які не п'ють, завершено.

Якщо пацієнт П'Є — перехід до Кроку 2.2: Оцінка ризику.

Оцінювання ризику відбувається за трьома ступенями — низький, помірний або високий ризик.

Таблиця 10

Оцінка рівня ризику розвитку залежності відповідно до віку та кількості днів, коли пацієнт пив, протягом минулого року

Вік	Скільки днів за минулий рік пацієнт пив				
	1-5	6-11	12-23	24-51	52 та більше
≤ 11					
12-15					
16			Високий ризик		
17		Середній ризик			
18	Низький ризик				

- **Низький ризик** потребує коротких порад.
- **Середній ризик** потребує коротких порад або мотиваційного інтерв'ювання.
- **Високий ризик** потребує короткого мотиваційного інтерв'ювання та можливого направлення на подальшу діагностику або лікування.

Пацієнтів із середнім та високим ризиком слід запитати про їхні алкогольні патерни та про наявність пов'язаних з уживанням алкоголю проблем та ризиків, таких як незахищений секс, зниження навчальної успішності, їзда на машині у стані сп'яніння, бійки та травми, втрата пам'яті. Також треба з'ясувати, чи не вживав пацієнт будь-які інші речовини протягом останнього року, і розглянути можливість застосування інших формалізованих діагностичних інструментів.

КРОК 3: Консультація та допомога.

Низький ризик. Потрібно дати коротку пораду кинути пити. Звернути увагу на позитивні моменти — посилювати сильні і здорові рішення пацієнта. Вивчити та усунути вплив друзів, які п'ють.

Середній ризик. Якщо пацієнт не має пов'язаних з уживанням алкоголю проблем, потрібно дати коротку пораду, а якщо такі проблеми є — провести коротке мотиваційне інтерв'ювання та запитати, чи знають батьки про його проблеми. Призначити наступну зустріч, найкраще — протягом місяця.

Високий ризик. Треба провести коротке мотиваційне інтерв'ювання. Якщо батьки не знають про проблеми пацієнта, потрібно розглянути можливість порушення конфіденційності та запрошення батьків до співпраці, а якщо батьки знають про його проблеми, треба запитати дозволу пацієнта на співбесіду з ними. Розглянути напрямки подальшого оцінювання або лікування, що впливають з оцінки важкості стану пацієнта. Призначити наступну зустріч, протягом місяця.

Для всіх пацієнтів, які п'ють, потрібно розробити план дій щодо скорочення або припинення вживання алкоголю пацієнтом, дати пораду не їздити у стані сп'яніння за кермом або в машині з п'яним водієм, а також призначити поглиблене психосоціальне обстеження на наступному візиті.

КРОК 4: Під час подальшого спостереження продовжувати надавати підтримку

Центральне запитання:

Чи в змозі пацієнт досягнути поставлених цілей і підтримувати їх?

Якщо НІ, пацієнт не в змозі досягнути поставлених цілей і підтримувати їх, потрібно:

- заново обговорити ступінь ризику;
- визнати, що змінюватись важко, що це нормально — не досягти успіху з першої спроби і що досягнення мети — це процес навчання;
- звернути увагу на позитивні моменти: хвалити за чесність і докладені зусилля, зміцнювати сильні сторони пацієнта та підтримувати будь-які позитивні зміни;
- пов'язати пияцтво та його наслідки з проблемами пацієнта для підвищення мотивації;
- виявити та усунути проблеми на шляху досягнення мети;
- розглянути можливе залучення батьків, якщо вони не залучені, та призначення подальшого обстеження;
- підкреслити важливість цілей і планів та обговорити, в міру необхідності, конкретні кроки їх досягнення;
- провести, завершити або оновити комплексне психосоціальне інтерв'ю.

Якщо ТАК, пацієнт в змозі досягнути поставлених цілей і підтримувати їх, потрібно:

- зміцнювати і підтримувати продовження дотримання рекомендацій;
- звертати увагу на добре: хвалити за прогрес і підтримувати сильні і здорові рішення;
- виявити майбутні цілі, побудовані на попередніх досягненнях;
- провести, завершити або оновити комплексне психосоціальне інтерв'ю.

В усіх випадках треба повторювати скринінг щорічно.

10.6. NIAAA Скринінг вживання алкоголю та коротка інтервенція для дорослих: короткий посібник (Pocket Guide for Alcohol Screening and Brief Intervention)

Інструмент був підготовлений Національним інститутом зі зловживання алкоголем і алкоголізму (NIAAA), під керівництвом лікарів та клінічних дослідників, і містить рекомендації щодо впровадження алкогольного скринінгу та інтервенцій у клінічну практику лікарів широкого профілю.

Методика передбачає два варіанти скринінгу: одне запитання (про дні надмірного споживання), призначене для використання під час клінічного інтерв'ю, та стандартизований письмовий опитувальник AUDIT (АУДИТ). Одне запитання в інтерв'ю може бути використане в будь-який час самотійно або спільно з АУДИТ. У деяких випадках можливо попросити пацієнтів заповнити АУДИТ до зустрічі з лікарем. Це забере не більше 5 хвилин, результати можуть бути включені в історію хвороби.

Скринінг містить 4 кроки.

КРОК 1: Запитати про вживання алкоголю.

Запитайте: «**Чи п'єте Ви іноді пиво, вино або інші алкогольні напої?**»

Якщо НІ — скринінг завершено.

Якщо ТАК — поставте контрольне запитання про кількість днів надмірного споживання алкоголю: **«Скільки днів у минулому році Ви випивали 5 стандартних доз за один раз (для чоловіків) / 4 стандартні дози за один раз (для жінок)?»**.

Якщо таких днів не було — треба порадити залишатись «у розумних межах», зменшити споживання, якщо для нього є протипоказання та повторити скринінг наступного року.

Максимальні межі вживання алкоголю:

– для здорового чоловіка до 65 років — не більше 4 стандартних доз на день та не більше 14 стандартних доз на тиждень;

– для здорової жінки до 65 років та здорового чоловіка старше 65 років — не більше 3 стандартних доз на день та не більше 7 стандартних доз на тиждень.

Якщо таких днів 1 чи більше — ваш пацієнт має ризикований патерн споживання алкоголю. Для більш повного уявлення про алкогольний патерн пацієнта треба визначити, скільки в середньому він споживає алкоголю протягом тижня, і занести тижневий обсяг споживання алкоголю та кількість днів надмірного вживання алкоголю за минулий рік до спеціальної форми (для подальшої оцінки прогресу в лікуванні). Перехід до Кроку 2.

КРОК 2: Виявити розлади, пов'язані з вживанням алкоголю.

Треба виявити неадекватні моделі вживання алкоголю, що викликають клінічно значущі порушення або дистрес. Для діагностики зловживання або залежності використовують критерії DSM-IV.

Слід визначити, чи виникала протягом останніх 12 місяців ситуація, коли вживання алкоголю вашим пацієнтом **неодноразово завдало або сприяло:**

- 1) ризику заподіяння шкоди здоров'ю (водіння, керування механізмами, плавання в нетверезому стані);
- 2) виникненню проблем у стосунках (із сім'єю або друзями);
- 3) недостатньому/неналежному виконанню соціальних обов'язків (удома, на роботі, у школі);
- 4) виникненню проблем із законом (арешти або інші правові проблеми).

Якщо відбувалося хоча б одне чи більше з перерахованого — **пацієнт зловживає алкоголем.**

У будь-якому випадку, необхідно перевірити пацієнта щодо наявності в нього симптомів залежності. Слід визначити, чи виникала протягом останніх 12 місяців ситуація, коли у пацієнта **спостерігались такі ознаки:**

- 1) не був у змозі дотримуватись межі вживання алкоголю (неодноразово перевищував дозу);
- 2) не був у змозі зменшити або припинити вживання алкоголю (після повторних невдалих спроб);
- 3) зростання толерантності (необхідність пити більше, щоб отримати той самий ефект);

- 4) синдром відміни (тремтіння, пітливість, нудота, безсоння в разі спроби припинити або зменшити вживання алкоголю);
- 5) пацієнт продовжував пити, незважаючи на проблеми (періодичні фізичні або психологічні проблеми);
- 6) пацієнт збільшив витрати часу на випивку (приготування до випивки або відновлення після вживання алкоголю);
- 7) зменшив витрати часу на інші види діяльності (які раніше були важливі або сприймалися як приємні).

Якщо наявні три або більше з перерахованих ознак — **пацієнт має алкогольну залежність.**

Залежно від наявності симптомів зловживання або залежності в пацієнта, слід обрати відповідні Кроки 3 та 4.

I. У випадку ризикованого вживання (без зловживання або залежності):

КРОК 3: Консультація та допомога (короткострокове втручання).

Чітко зазначити висновки та рекомендації, пов'язуючи їх із виявленими в пацієнта медичними проблемами.

Визначити готовність пацієнта до змін у вживанні алкоголю.

Якщо пацієнт НЕ готовий змінити власне вживання алкоголю, слід знову висловити занепокоєння алкогольними проблемами пацієнта; заохочувати його до діалогу; визначити перешкоди для змін та підтвердити готовність допомогти.

Якщо пацієнт готовий змінити власне вживання алкоголю, слід допомогти йому поставити чітку мету, домовитись про план її досягнення та забезпечити навчальними матеріалами.

КРОК 4: Під час подальшого спостереження продовжувати надавати підтримку.

Визначити, чи в змозі пацієнт досягти поставлених цілей, та підтримувати зміни у вживанні алкоголю.

Якщо НІ — слід визнати, що змінюватись важко; підтримати позитивні зміни та виявити бар'єри, заново обговорити цілі і план; розглянути можливість пробної абстиненції; розглянути можливість залучення «значущих інших»; переглянути діагноз, якщо пацієнт не в змозі або зменшити вживання алкоголю, або утриматись від нього.

Якщо ТАК — слід зміцнювати і підтримувати схильність до дотримання рекомендацій; переглянути цілі, якщо до цього є показання; заохочувати пацієнта повертатись, якщо він не в змозі дотримуватись режиму.

II. За наявності алкогольних розладів (зловживання або залежності):

КРОК 3: Консультація та допомога (короткострокове втручання).

Чітко зазначити висновки та рекомендації, пов'язуючи їх із виявленими в пацієнта медичними проблемами. Обговорити цілі щодо змін у вживанні алкоголю. Розглянути можливість консультації фахівця-нарколога. Розглянути можливість

відвідування групи взаємної допомоги. Для залежних пацієнтів слід розглянути можливість стаціонарного лікування та детоксикації, а також медикаментозного лікування. Призначити наступний візит, у тому числі, в разі необхідності, для подальшого медикаментозного лікування.

КРОК 4: Під час подальшого спостереження продовжувати надавати підтримку.

Визначити, чи в змозі пацієнт досягти поставлених цілей, та підтримувати зміни у вживанні алкоголю.

Якщо НІ — слід визнати, що змінюватись важко; підтримати зусилля щодо зменшення або припинення пиття; пов'язати вживання алкоголю з проблемами пацієнта; розглянути можливості консультації фахівця-нарколога, відвідування групи взаємної допомоги, залучення «значущих інших», а також медикаментозного лікування. Виявити і, якщо треба, звернути увагу на супутні соматичні або психічні розлади.

Якщо ТАК — слід зміцнювати і підтримувати схильність до дотримання рекомендацій; скоординувати допомогу з іншими фахівцями, якщо необхідно; призначити медикаментозне лікування алкогольної залежності тривалістю принаймні 3 місяці і, за клінічними показаннями, в подальшому; лікувати супутню нікотинову залежність. Виявити і, якщо треба, звернути увагу на супутні соматичні або психічні розлади.

Слід документувати вживання алкоголю і проводити огляд цілей під час кожного візиту.

В усіх випадках потрібно повторювати скринінг щорічно.

10.7. SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment). Скринінг, коротке втручання та скерування на лікування (перенаправлення). (SBIRT; Center for Substance Abuse Treatment)

SBIRT — це комплексний, інтегрований підхід громадського здоров'я до надання послуг раннього втручання та лікування для осіб із порушеннями вживання наркотиків, а також тих, хто має ризик розвитку цих розладів. Центри первинної медичної допомоги, лікарні швидкої допомоги, травматологічні центри та інші заклади громад забезпечують можливості для раннього втручання споживачів ризику до виникнення складніших наслідків. Скринінг швидко оцінює тяжкість використання речовини і визначає відповідний рівень лікування. Коротке втручання зосереджується на підвищенні розуміння та обізнаності щодо використання речовин та мотивації до зміни поведінки.

Скерування на лікування надають особам, які потребують більшого лікування, доступу до спеціальних послуг.

Скринінг, коротка інтервенція та скерування на лікування (SBIRT) — це практика, що ґрунтується на фактичних даних, яку використовують для виявлення, зменшення проблемного використання та запобігання йому, зловживання та залежності від алкоголю та незаконних наркотиків. Модель SBIRT підбурювана рекомендацією Інституту медицини, яка закликала до обстеження на рівні громади для ризикованої поведінки, враховуючи вживання речовин.

Скринінг — медичний працівник оцінює пацієнта щодо ризикованої поведінки вживання речовин, використовуючи стандартизовані інструменти скринінгу. Скринінг може відбуватися в будь-якому медичному закладі.

Коротка інтервенція — професіонал охорони здоров'я залучає пацієнта до виявлення ризикованої поведінки вживання наркотиків у короткій розмові, надаючи відгуки та поради.

Скерування на лікування (перенаправлення) — медичний фахівець скерує на коротку терапію або додаткове лікування пацієнтам, які потребують додаткових послуг.

Для того, щоби розповсюдити використання SBIRT, CIHS склала масив інформації та інструментів для керівництва впровадженням SBIRT у будь-яких установах охорони здоров'я.

Тестові завдання до теми 10

10.1. ASSIST-Lite це скринінг-тест на ...

- 1) Вживання алкоголю
- 2) Паління
- 3) Вживання психоактивних речовин
- 4) Всі варіанти вірні

10.2. ASSIST-Lite підходить для скринінгу ПАР у ...

- 1) первинному, загальному медичному та соціальному обслуговуванні
- 2) вторинної ланці медичних послуг
- 3) використовується виключно наркологами
- 4) Не використовується для скринінгу ПАР

10.3. RAPI для підлітків складається з ...

- 1) 15 запитань
- 2) 23 запитань
- 3) 3 запитань
- 4) 32 запитань

10.4. RAPI для підлітків оцінює проблеми, пов'язані з ...

- 1) Марихуаною
- 2) Опіатами
- 3) Алкоголем
- 4) Всі три варіанти вірні

10.5. Коротка версія YAACQ має назву ...

- 1) S-YAACQ
- 2) B-YAACQ
- 3) YAACQ-Lite
- 4) Mini-YAACQ

10.6. У відповідях YAACQ використовується ...

- 1) Шкала Лайкерта
- 2) Дихотомічні відповіді (ТАК/НІ)
- 3) 4 варіанти відповідей
- 4) Проективна шкала

10.7. MACQ досліджує наслідки вживання ...

- 1) Марихуани
- 2) Алкоголя
- 3) Опіатів
- 4) Всі відповіді вірні

10.8. MACQ є модифікованою версією

- 1) ASSIST
- 2) CRAFFT
- 3) YAACQ
- 4) OPICQ

10.9. SBIRT це ...

- 1) Комплексний підхід громадського здоров'я до надання послуг раннього втручання та лікування для осіб із порушеннями вживання наркотиків
- 2) Методика для визначення ризику вживання психоактивних речовин підлітками
- 3) Комплексна методика для вивчення зловживання алкоголем та канабісом
- 4) Жоден з варіантів

10.10. SBIRT розповсюджується ...

- 1) Безкоштовно
- 2) Разова ліцензія
- 3) За підпискою з щомісячною оплатою
- 4) Жоден з варіантів

Тема 11. Фактори, пов'язані з вживанням речовин

Відео до Теми 11. Фактори, пов'язані з вживанням речовин:

https://youtu.be/MnGT0Y3w_ol



У цій темі розглянемо важливі фактори формування, лікування залежностей та інші стани та розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами. Численні дослідження виділяють такі групи емоційних станів, що впливають на поведінку пацієнта: очікування на ефект дії речовини, самоефективність, мотиви вживання, готовність до змін.

11.1. Очікування на ефект дії речовини

Очікування пов'язані з ініціюванням і підтримкою поведінки з вживання алкоголю. У теорії очікувань, думки впливають на поведінку та наслідки, пов'язані з вживанням наркотиків; ці думки або очікування вивчають (прямо чи опосередковано через інших), вони пов'язані зі спогадами; і, як наслідок, очікування можуть впливати на поведінку добровільно й мимоволі. Одним із методів, які клініцисти можуть використовувати, щоб зменшити вживання алкоголю, є зміна очікуваного ефекту від алкоголю.

Численні дослідження показали, що чим більше очікувань справджується для індивідуума, тим більша кількість осіб повідомляє про вживання алкоголю. Взаємозв'язок очікувань із пияцтвом значно підтримується простежується у підлітків. Молодь із значними емоційними розладами, підлітки з порушенням поведінки, видається, мають найвищий ризик випивання. Поведінка вживання алкоголю підлітків із високим рівнем ризику виявляється такою самою, як щодо очікувань: що більша тривалість, то більше споживання алкоголю.

Наявний асортимент інструментів, які можна використовувати для вимірювання очікуваного ефекту від алкоголю. У цьому розділі розглянемо інструменти, які можна застосовувати для скринінгу стану та рівня очікування.

11.1.1. Опитувальник алкогольних ефектів. Alcohol Effects Questionnaire (AEFQ; Rohsenov, 1983)

Низка досліджень підтверджує, що надмірне вживання алкоголю та пов'язана з ним шкода поширена серед військовослужбовців. Військовослужбовці порівняно з цивільним населенням більше зловживають алкоголем. Розлади внаслідок вживання алкоголю (AUD – Alcohol Use Disorders: небезпечне використання або залежність) також спостерігаються в частині армії, де військові призначені до виконання оперативних дій, здатних викликати стрес і психологічні порушення, які можуть призвести до використання психоактивних речовин. Так, гостре небезпечне вживання алкоголю спостерігалось серед 59 % активних солдатів США у 2005 році та серед 56 % французьких активних солдатів у 2006 році. Поки немає достовірних даних щодо AUD серед українських військових.

AUD і пов'язану з цим шкоду можна вважати такими, що конфліктують з імперативами військової професії, особливо в оперативних умовах. Отже, деякі дослідження показали, що AUD пов'язаний із високим відсотком госпіталізацій і смертних випадків, що трапились випадково, переважно внаслідок ненавмисних травм серед військовослужбовців, особливо якщо враховувати певні особливості військових професій (перевезення зброї, пілотування важких транспортних засобів тощо. До того ж AUD спричиняє значний ризик порушення операційної діяльності та безпеки, унаслідок відсутності бойової готовності.

Однак дослідження основних конфліктів XX століття показує, що алкоголь традиційно використовують військові для боротьби з напруженим бойовим стресом, а також як спосіб переходу від бойового життя до рутинної безпеки. Але ж часто стверджують, що алкоголь має певні позитивні наслідки: допомога в групових завданнях під час навчання, підвищення моральності, забезпечення впевненості під час згуртованості, бойових дій і підпорядкування; військові працівники почувають себе однією «сім'єю». Однак узгодження з позитивною роллю алкоголю в Збройних силах РФ ґрунтуються на припущенні, що військовослужбовці п'ють відповідально в безпечних межах, що не відповідає високим показникам AUD. Отже, в останні роки короткотермінові наслідки впливу алкоголю на працездатність вирішувалися жорсткими обмеженнями в оперативних діях. Довготермінові наслідки соціального та корпоративного вживання алкоголю в збройних силах важко оцінити. Невідповідність між забороненою алкогольною політикою в різних військових країнах свідчить про складність досягнення відповідного балансу між відповідальним і шкідливим вживанням алкоголю, між охороною здоров'я та традиційною військовою культурою.

Для вивчення та оцінювання поширеності AUD у вибірці французьких солдатів, а також вивчення взаємозв'язків між тривалістю використання алкоголю та поширеністю очікування на алкогольний ефект в одному в нещодавніх досліджень використано опитувач на очікування алкогольних ефектів (AEFQ).

Це дослідження з перевірки AEQ виявило позитивні зв'язки між щоденним вживанням алкоголю та чотирма шкалами: POS, SPP, SOC та REL. У цьому дослідженні виявили асоціації між трьома шкалами AEFQ (POS, SPP і REL) і залежністю, яка з'являється відповідно до результатів, які раніше спостерігалися з AEQ. Внутрішня когерентність шкал AEFQ також виявилася адекватною в цій вибірці, близькою до тих, що спостерігалися у французькій перевірці AEQ.

Багатовимірний аналіз шкали AEFQ показав, що небезпечне вживання алкоголю та залежність позитивно пов'язані із соціальним та фізичним задоволенням. Пошук соціальної виразності був пов'язаний також із залежністю, але тільки у двомірному аналізі. Інше дослідження, засноване на фокус-групах, проведених серед військовослужбовців військово-морського флоту й морської піхоти США, показало, що клімат, у якому живуть працівники, і робота, здається, сприяє вживання алкоголю. Обговорення фокус-груп виявили ставлення та норми щодо алкогольного насильства, які поширені між військовими частинами, що брали участь у вивченні. Питання соціальної ізоляції та нудьги мали причинно пов'язані із вживанням алкоголю. У військовому середовищі, в якому є доступ до дешевого алкоголю, його розглядають як «розвагу» деяких і «комфорт» інших. Це відображає спектр виявлених причин вживання алкоголю від соціальних до копінгу.

Пошук глобальних позитивних ефектів позитивно пов'язаний із залежністю в багатоваріантному аналізі, а не з використанням небезпечного алкоголю. Залежність також позитивно пов'язана з відпочинком і зниженням напруги у двомірному аналізі. Ці відносини можуть бути маркером вживання алкоголю для боротьби зі стресом на роботі. Відомо, що військовий статус передбачає постійну пильність у багатьох заходах, деякі повторювані завдання та пошуки досконалості, які можуть викликати велику кількість розумового навантаження. У цих контекстах вживання алкоголю дає змогу реалізувати стратегію подолання основних депресивних настроїв і збільшення групових зв'язків.

До того ж існує низка доказів, що підтверджують зв'язок між інтенсивним використанням алкоголю та бойовою експозицією, що призводить до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та депресії.

Зрештою, небажані ефекти, такі як зниження уваги, страх перед когнітивними та фізичними порушеннями, залишалися факторами обмеження небезпечного споживання й залежності у двомірному аналізі. Цей висновок, ймовірно, відображає певну обізнаність військовослужбовців щодо ризику погіршення їхнього оперативного реагування та короткострокової безпеки, адже більшість військових мають діяльність, що потребує максимальної пильності та концентрації, наприклад, використання зброї, нічні чергування або водіння транспортного засобу. Цю обізнаність потрібно поширити через посилення медичних освітніх програм щодо шкоди алкоголю в даних контингентів.

Це дослідження, відповідно до попередніх досліджень із погляду важливості AUD серед військовослужбовців, також виявило, що тривалість споживання алкоголю пов'язана зі зловживанням алкоголем серед солдатів. Деякі попередні дослідження свідчать, що солдати можуть не тільки вживати алкоголь як індивідуальну стратегію для подолання основних депресивних розладів, але й як колективну стратегію збільшення групових зв'язків, щоби впоратися з труднощами військової професії.

11.1.2. Опитувальник очікувань від алкоголю. *Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ; Brown et al., 1980)*

AEQ-A має 90 пунктів. Наявна коротка форма (AEQ-SF), яка складається зі 17-ти пунктів субшкали 2 (посилене соціальне сприяння) та 10-позиційної субшкали 3 (посилені когнітивні та моторні навички). Тим не менш, AEQ-SF має недолік, що не використовує додаткові п'ять опцій AEQ-A (глобальні позитивні зміни, статеве поліпшення, когнітивні та рухові порушення, посилене збудження, релаксація та зниження напруги). Клініцисти, які працюють у середовищах із обмеженою кількістю часового ресурсу, можуть зацікавитися коротким, але корисним інструментом скринінгу очікування алкоголю під час короткотермінових клінічних втручань.

Метою цього підрозділу є опис психометричних характеристик короткої версії AEQ-A. Починаючи з AEQ-A, він був ідеальним, оскільки показано, що цей батьківський інструмент можна використовувати з неповнолітніми підлітками. Багато підлітків, які перебувають на лікуванні порушень, пов'язаних із використанням психоактивних речовин, також проявляють антисоціальну поведінку. Дані з наукової літератури вказують на те, що очікувані показники є корисними чинниками для цільового призначення під час лікування. AEQ-AB має бути коротким показником, що

його використовують клініцисти для вирішення та подолання очікуваного ефекту від алкоголю підлітків під час коротких втручань.

Опитувальник очікувань від алкоголю для підлітків, скорочений (АEQ-АВ)

Оригінальний АEQ-А скорочено до семи пунктів та називається АEQ-АВ. Формулювання кожного пункту на АEQ-АВ відповідає семи оригінальним шкалам АEQ-А: (1) глобальні позитивні зміни; (2) зміни в соціальній поведінці; (3) покращені когнітивні та рухові здібності; (4) сексуальні посилення; (5) когнітивні та рухові порушення; (6) посилення збудження; (7) релаксація і зменшення напруги. У дужках для кожного елемента наведено приклади, які відображають два питання, які найбільше завантажувалися в початковому масштабі. Елементи АEQ-АВ оцінюють за шкалою Лікерта, від 1 = повністю не погоджуюся до 5 = повністю згоден.

Опитувальник АEQ-АВ

Нижче наведено твердження про вплив алкоголю. Відповідайте на кожне твердження відповідно до власних думок, почуттів і переконань щодо алкоголю. Ми зацікавлені знати, що Ви думаєте про алкоголь, а не про те, що інші думають. Незалежно від того, чи маєте Ви фактичний досвід вживання алкоголю, бідь ласка, позначте що Ви думаєте про вплив алкоголю на типового або середнього споживача. Під алкоголем маємо на увазі пиво, вино, віскі, лікери, ром, скотч, горілку, джин або різні змішані алкогольні напої.

Наскільки Ви згодні з наведеними нижче твердженнями?

	Повністю не згоден	Скоріше згоден	Важко відповісти	Скоріше згоден	Повністю згоден
1. Алкоголь, як правило, має потужний позитивний вплив на людей (змушує людину відчувати себе добре чи щасливо, майбутнє видається яскравішим).	1	2	3	4	5
2. Алкоголь може допомогти або завдати шкоди тому, як людина співпрацює з іншими (змушує людей веселитися разом, змушує людей ображати інших).	1	2	3	4	5
3. Алкоголь допомагає людям краще думати й контролювати координацію (люди краще розуміють деталі, можуть виконувати різні справи краще).	1	2	3	4	5
4. Алкоголь покращує секс (більш приємний, відчуває себе більш романтичним або сексуальним; полегшує секс).	1	2	3	4	5
5. Алкоголь перешкоджає думанню людей, і це впливає негативно на їхню координацію рухів (зіштовхуються з речами, діють безглуздо, мають похмілля).	1	2	3	4	5

6. Алкоголь робить людину сильнішою й могутнішою (легше боротися, говорити перед іншими, стояти проти інших).	1	2	3	4	5
7. Алкоголь допомагає людині розслабитися, відчутти себе менш напруженим і уникнути помилок у школі чи на роботі.	1	2	3	4	5

11.1.3. Опитувальник очікуваних ефектів марихуани. Marijuana Effect Expectancy Questionnaire (MEEQ-B; Torrealday et al., 2008)

Більше ніж половина старшокласників визнають використання незаконних речовин, враховуючи марихуану, і приблизно 25 % визнають, що вживали наркотики протягом останніх 30 днів, як доповідає Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США. Кількість молоді, яка почала використовувати марихуану у віці до 15 років, зростає за останнє десятиліття; це важливо, оскільки підлітки, які починають вживати в 15 років або молодші, у 2,5 рази частіше, ніж ті, хто починає використовувати марихуану у віці 18 років і старші, мають симптоми залежності в дорослому віці. Використання марихуани зросло, незважаючи на асоціацію з вищими показниками психічних розладів, проблем зі здоров'ям та шкільними проблемами серед молоді.

Ризик порушень, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, також підвищений серед молоді, яка вчиняє злочини й затримані. Багато молодих людей, які беруть участь у системі правосуддя, мають розлад щодо використання речовин, і багато інших регулярно використовують заборонені речовини, враховуючи високий рівень використання марихуани (95,7 %; Lebeau-Craven et al., 2003). McClelland, Elkington et al. (2004) виявили, що розлад використання марихуани самостійно та / або додатково разом з алкоголем був найпоширенішим розладом вживання наркотиків серед підлітків.

На суб'єктивні та поведінкові ефекти речовин впливає очікування. Теорія очікуваності вказує на те, що «навчання, наслідки й контексти вживання речовин діють, щоби мотивувати майбутнє вживання речовин». Існує чимало доказів того, що очікування підкріплення від вживання алкоголю значно залежить від початку і продовження поведінки вживання алкоголю. Наприклад, для підлітків, які очікують позитивних і збудливих наслідків від вживання алкоголю, встановлено, що вони почали пити й пили частіше і з меншою мірою, ніж та молодь, які мають менш очевидні очікування. До того ж молодь частіше вживає алкоголь і наркотичні засоби, коли вони мають сильні позитивні та слабкі негативні очікування щодо цих форм поведінки.

Розроблено кілька шкал для оцінювання очікуваного ефекту для різних речовин, враховуючи марихуану, кокаїн і сигарети. Анкета очікуваної тривалості впливу марихуани (MEEQ; Schafer & Brown, 1991), створена для використання з дорослими популяціями, є єдиною доступною шкалою, яка конкретно оцінює очікуваність марихуани.

MEEQ складається з 48 позицій, що оцінюють шість сфер очікуваного ефекту марихуани (когнітивні та поведінкові порушення, релаксація та зменшення напруги,

соціальне та статеве полегшення, перцептивне та когнітивне покращення, глобальні негативні наслідки, прагнення та фізичні ефекти).

У своєму дослідженні 2001 року, використовуючи МЕЕQ з підлітковим зразком, Aarons і його колеги виявили, що серед підлітків можна достовірно виміряти очікуваність дії марихуани, що МЕЕQ підходить для підлітків і може бути узагальненим для молоді. Проте, тривалість заходу унеможлиблює його використання в багатьох умовах. Клініцисти, що працюють в інтенсивних установах з обмеженими ресурсами, можуть бути зацікавлені в коротшому інструменті скринінгу тривалості вживання марихуани. Наявна велика потреба в дійсних інструментах оцінки для використання в середовищах з обмеженими ресурсами. Зловживання марихуаною є найчастіше згадуваним порушенням вживання наркотиків у злочинних і неповнолітніх. Отже, МЕЕQ-В можна використати для оцінювання та оскарження очікуваних ефектів марихуани під час втручання.

Опитувальник очікуваних ефектів марихуани – скорочений (МЕЕQ-В)

Оригінальний МЕЕQ (Schafer & Brown, 1991) скорочений до шести пунктів і називається МЕЕQ-В. Формулювання кожного з пунктів МЕЕQ-В відповідає шести оригінальним шкалам МЕЕQ: (а) когнітивні та поведінкові порушення; (b) релаксація та зменшення напруги; (c) соціальне та статеве полегшення; (d) перцептивні та пізнавальні посилення; (e) глобальні негативні ефекти; (f) прагнення і фізичні ефекти.

У дужках для кожного елемента наведені приклади, які відображають два питання, які найбільше завантажувалися в початковому масштабі. Учасники оцінюють ставки, використовуючи шкалу Лікерта, починаючи з 1 = сильно не погоджуюся з 5 = сильно згоден.

Результати показують, що МЕЕQ-В є коротким і корисним інструментом для клініцистів у вимірюванні очікуваного ефекту марихуани з визначеною підлітковою групою. Аналіз основних компонентів визначив два складники у межах МЕЕQ-В (позитивні та негативні очікування).

МЕЕQ-В є зручним інструментом для клініцистів, щоб оцінити очікуваний ефект вживання марихуани під час втручання. Для клініцистів, які використовують МЕЕQ-В для скринінгу підлітків, що вища оцінка за шкалою / компонентом (тобто МЕЕQ-Вр і МЕЕQ-Вп), то вища тривалість. Рекомендують використовувати середню оцінку шкали / компонента під час інтерпретації. Наприклад, під час погляду на шкалу МЕЕQ-Вп додають три відповіді Лікерта (в межах значень від 1 до 5), а потім ділять на три. Оцінка масштабу ближче до 5 відображає більше потенційних негативних очікувань для марихуани.

Рекомендують, щоби дослідники використовували довшу, оригінальнішу версію МЕЕQ, тому що вона дає трохи кращий результат.

11.2. Самоефективність

Концепція самоефективності відіграє центральну роль у застосуванні когнітивно-поведінкових підходів до розуміння та лікування поведінки, що викликає звикання. А. Бандура (1995) визначив сприйняту самоефективність як віру у «свої здібності організувати і виконувати курси дій, необхідні для управління перспективними ситуаціями». Вважається, що переконання щодо ефективності впливають на кожну фазу особистої зміни та залежать від того, чи варто взагалі

змінити поведінку, чи вдасться ініціювати зміни, і, нарешті, чи збережеться зміна (Bandura, 1992). У поведінці, що викликає звикання, де основною клінічною проблемою є підтримка змін із плином часу, очікується низьке почуття ефективності, що підвищує вразливість до рецидиву (Bandura, 1992). Суттєвий обсяг доказів у сфері наркотиків та алкоголю підтримує такий взаємозв'язок між самоефективністю та результатом лікування.

Запропоновано п'ять типів самоефективності: самоефективність, пов'язана з початковим розвитком поведінки, що викликає звикання (тобто «самостійність ефективності» й «самоефективність зниження шкоди»), вибір мети для змін (тобто «дія самоефективності»), зміна адиктивної поведінки змінюється (наприклад, «копіює самоефективність» і «відновлює самоефективності»).

У значній частині досліджень про ці дані зосереджено увагу на тютюнових виробках і алкоголі, застосовано концепцію «здійснення самореалізації», тобто попереджувальну ефективність, щоби впоратися з кризовими ситуаціями рецидивів. Вимірювання самоефективності варіювалося від глобальних міркувань довіри, оцінених одним елементом або незначною кількістю елементів, до масштабів, призначених для оцінки сили довіри до справи в межах низки конкретних типів рецидивів кризових ситуацій.

Емпірична робота щодо рецидиву серед споживачів опіатів, кокаїну та каннабісу свідчить про те, що випадки рецидивів для інших наркотиків дуже подібні до тих, що їх застосовують для алкоголіків та курців.

У цьому підрозділі будуть розглянути такі методики Situational Confidence Questionnaire (SCQ; Annis et al., 1987) та Drug taking Confidence Questionnaire (DTCQ).

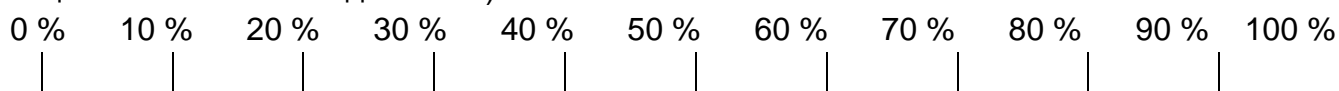
11.2.1. Опитувальник ситуаційної впевненості. Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ)

Нижче наведено вісім типів ситуацій, у яких деякі люди відчувають проблеми з алкоголем або наркотиками. Уявіть себе, як Ви зараз перебуваєте в кожному з наступних типів ситуацій. Оцініть, будь ласка, наскільки Ви впевнені, що зможете чинити опір вживанню алкоголю або чинити опір бажанню вжити наркотичну речовину у кожній ситуації, позначте у відсотках від 0 % «зовсім не впевнений» «до 100 % «повністю впевнений».

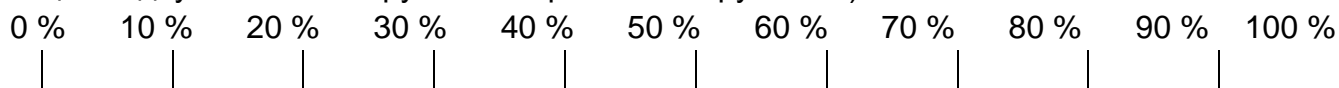
Зараз я міг би протистояти бажанню пити алкоголь або використовувати свій основний препарат у наступних ситуаціях, на ... %

Зробіть позначку «X» на шкалі від 0 % до 100 % відповідно до кожної ситуації.

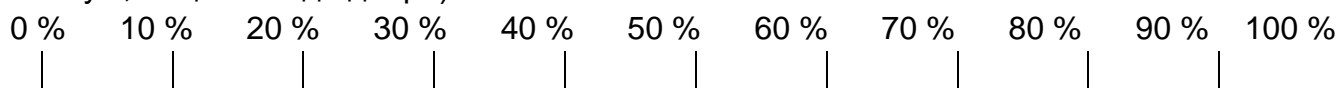
1. НЕПРИЄМНІ ЕМОЦІЇ (наприклад, якщо б я впав у депресію щодо речей взагалі; якщо все йшло погано для мене)



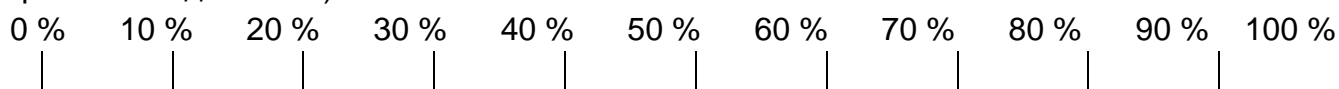
2. ФІЗИЧНИЙ ДИСКОМФОРТ (наприклад, якщо в мене виникли труднощі зі сном; якщо я відчував себе напруженим і фізично напруженим).



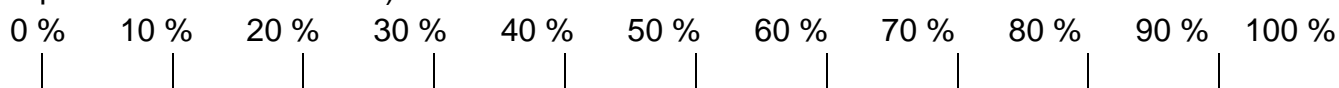
3. ПРИЄМНІ ЕМОЦІЇ (наприклад, якщо сталося щось хороше, і я відчував, що святкую, якщо все йде добре).



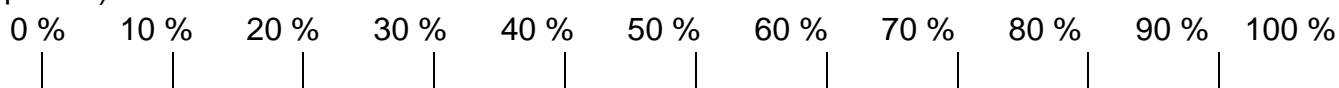
4. КОНТРОЛЬ МОГО ВИКОРИСТАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ІНШИХ ПРЕПАРАТІВ (наприклад, якщо б я почав вірити, що алкоголь або наркотики більше не є проблемою для мене)



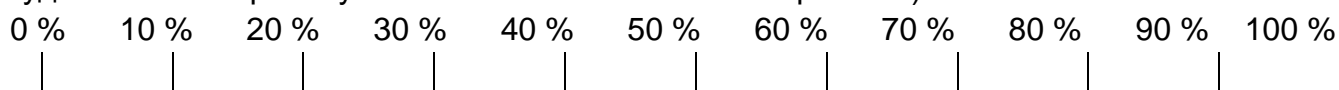
5. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ВИНЯТОК (наприклад, якщо в мене раптово виникло бажання пити або вживати наркотики; якщо перебував у ситуації, де я вживав наркотики або багато пив).



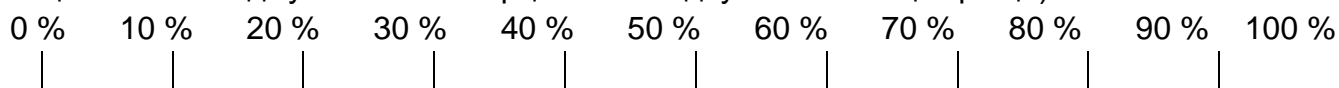
6. КОНФЛІКТ ІЗ ДРУГИМИ (напр., Якщо б я мав суперечку з другом або колегами на роботі).



7. ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ТИСКУ (наприклад, якщо хтось чинить тиск на мене, щоби пити або використовувати наркотики з ним; якщо мене запросили в чийсь будинок і він запропонував мені випити або вжити наркотики).



8. ПРИЄМНИЙ ЧАС ІЗ ДРУЗЯМИ (наприклад, якщо я хотів би святкувати з другом, якщо б я насолоджувався на вечірці й хотів відчувати себе ще краще).



11.2.2. Опитувальник довіри до наркотиків. Drug taking Confidence Questionnaire DTCQ

Опитувальник довіри до наркотиків (DTCQ), що його розробили Анніс і Мартін (1985) й описали у посібнику користувача DTCQ (Ann is, Sklar, & Turner, у пресі), є опитувальником самостійного звіту на 50 пунктів. Цей опитувальник оцінює ефективність у восьми категоріях кризових ситуацій рецидиву. До складу восьми підшкал оцінки входять: неприємні емоції (UE) (10 пунктів); фізичний дискомфорт

(PD) (5 пунктів); приємні емоції (PE) (5 пунктів); тестування особистого контролю (TPC) (5 пунктів); заклики та спокуси до вживання (5 пунктів); конфлікт з іншими (CO)(10 пунктів); соціальний тиск для використання (SP) (5 пунктів); приємний час з іншими (PT) (5 пунктів).

Клієнти повідомляють, наскільки вони впевнені в тому, що вони можуть протистояти бажанням пити сильно або брати участь у будь-якому застосуванні конкретного препарату в кожній із 50 ситуацій за 6-бальною шкалою, починаючи від 0 (зовсім не впевнений) до 100 (дуже впевнений). Клієнти реагують на конкретну речовину зловживань.

Показано, що всі вісім субшкал DTCQ володіють хорошою надійністю. Широкий аналіз конвергентної та дискримінантної достовірності для DTCQ та його субшкал щодо ADS, DAST, OES, DRIE, SCQ, SCL-90R, BDI, HS і SOC RATES підтверджують, що DTCQ є перспективним інструментом для подальших досліджень і клінічного застосування.

DTCQ є показником специфічної ситуації самостійної ефективності вживання наркотиків. Наявні дослідження щодо заходів самоефективності були обмежені алкоголем і палінням, DTCQ призначений для охоплення як алкоголю, так і незаконних наркотиків. DTCQ оцінює самостійну ефективність для використання кожної речовини окремо, але не надає загальну оцінку ефективності для декількох речовин. Висловлено припущення, що недолік досліджень щодо самоефективності та зловживання наркотиками пов'язаний зі скептицизмом щодо самозвіту серед наркоманів, особливо коли наркотики зловживання є незаконними. Однак дані багатьох досліджень свідчать про те, що DTCQ може забезпечити надійну оцінку ефективності серед споживачів незаконних наркотиків, які також шукають лікування (наприклад, користувачів кокаїну).

Самоефективність виникає як одна з найперспективніших конструкцій у галузі наркоманії. Для просування як досліджень, так і клінічного застосування самоефективності до лікування адиктивної поведінки, важливо розробити заходи з хорошими психометричними властивостями. DTCQ розроблений як міра самоздійснювальної ефективності, придатної для використання в широкому діапазоні лікарських засобів, що дає змогу проводити прямі порівняння між клієнтами, які представляють різні лікарські засоби, а також між лікарськими засобами, що їх використовує той самий клієнт.

Три чинники другого порядку, визначені на DTCQ (тобто, негативні ситуації, позитивні ситуації, ситуації спокуси), можуть виявитися найбільш придатними для аналізу з дослідницької перспективи, тоді як докладніше представлені вісім чинників першого порядку (UE, PD, PE, TPC, UT, CO, SP і PT) мають значення для клінічної роботи з клієнтами в межах когнітивної поведінки.

Наявні докази надійності та достовірності свідчать про те, що DTCQ є перспективним інструментом для пошуку та клінічного застосування. Особливо важливим напрямом для подальших досліджень буде вивчення того, як оцінювання ефективності зміщуються щодо специфічного лікування в умовах терапії та у зв'язку з кризовими явищами рецидиву та довготерміновими змінами поведінки.

DTCQ заповнюють під час прийому до початку лікування й повторюють періодично під час лікування, що дає змогу лікарю стежити за розвитком

самоефективності клієнта щодо вирішення конкретних ситуацій високого ризику для використання. Якщо пацієнт не вказує на зростання впевненості у вирішенні конкретної ситуації ризику, подальшу роботу в цій сфері можна відкласти.

11.3. Мотиви вживання

Очевидні негативні наслідки вживання алкоголю серед неповнолітніх. Залишається відкритим питання «Чому підлітки п'ють?». Описано чотири класи мотивів для вживання алкоголю серед підлітків: (1) внутрішньо генеровані позитивні посилення і зміцнення мотивів (вживання алкоголю для підвищення позитивного настрою або добробуту); (2) мотиви з позитивним підкріпленням, що генеруються зовні (вживання алкоголю для отримання позитивної соціальної винагороди); (3) внутрішньо породжені, негативні мотиви підкріплення (вживання алкоголю для зменшення або регулювання негативних емоцій); (4) зовні генеровані, негативні мотиви (вживання алкоголю для уникнення соціального осуду або відмови; Купер, 1994 р). Kuntsche, Knibbe, Gmel і Енгельс (2005) прийшли до висновку, що ці чотири чинники чітко відображають причини випивання.

Більшість досліджень показує, що чим молодша людина, коли він або вона спочатку п'є алкоголь, тим більший ризик алкогольної залежності пізніше в житті. Ці дані допомогли сформуванню сучасної алкогольної політики, і вони припускають, що подальше розуміння причин того, що мотивує підлітків пити, може допомогти не тільки в спробі обмежити або зменшити вживання алкоголю серед неповнолітніх, але також допомогти запобігти майбутнім проблемам, що пов'язані з цією проблемою серед дорослих.

Марихуана та алкоголь є найпоширенішими наркотичними засобами серед осіб віком 18–25 років. Серед студентів коледжу приблизно одна третина звітує про їх вживання упродовж минулого року, й одна п'ята за останній місяць. Щоденне використання марихуани серед студентів коледжу є дещо поширенішими, ніж щоденне вживання алкоголю (4,5 % порівняно з 3,7 %; Johnston et al., 2005).

Наукової літератури про мотиви використання марихуани порівняно небагато. На основі попередніх досліджень мотивів споживання алкоголю адаптовано орієнтовні позитивні й негативні мотиви вживання алкоголю (наприклад, Соорег, 1994; Сох і Клінгер, 1988). Найпоширеніші мотиви вживання алкоголю: (1) отримання позитивних міжособистісних нагород (соціальні); (2) регулювання позитивних емоцій (вплив вдосконалення); (3) уникнення соціального відкидання (відповідності); (4) регулювання негативного афекту (копінг) (Соорег, 1994).

На основі дослідження щодо мотивів використання марихуани відомо, що це, зокрема, подолання або зменшення негативного впливу, посилення позитивного впливу і сприяння соціальному посиленню або когезії (Newcomb et al., 1988; Simons et al., 1998). Додаткові причини передбачають уникнення соціального відкинення у цілях підвищення емпіричної обізнаності (або посилення сприйняття й пізнавальних переживань від марихуани; Simons і ін., 1998; Ньюкомба та ін., 1988), а також за аддикції.

Обмеженням попередніх досліджень є співзалежність в адаптованих анкетах мотивів вживання алкоголю і мотивів використання марихуани. Такий підхід передбачає, що загальні мотиваційні чинники покладено в основу як вживання

алкоголю, так і марихуани, і не враховує мотиви, унікальні для вживання марихуани, і може не враховувати ключових предикторів вживання марихуани. Підтримуючи цю можливість, Сімонс та його колеги (1998) виявили, що соціальні мотиви та мотиви відповідності не були суттєво пов'язані з використанням марихуани, тоді як підмасштабні оцінки мотивів розширення (створені для властивостей, характерних для марихуани) становлять найбільшу розбіжність у використанні марихуани (Simons) та ін., 1998).

Інші недавні роботи виявили, що мотиви подолання виявилися як модератором, так і посередником між психічним здоров'ям і використанням марихуани (Brodbeck et al., 2007; Buckner et al., 2007).

11.3.1. Переглянута коротка форма Опитувальника мотивів вживання алкоголю (DMQ — R SF; Kuntsche & Kuntsche, 2009)

Переглянута анкета мотивів вживання алкоголю — це опитувальник із самостійним звітом на 20 пунктів для використання серед підлітків, призначений для вимірювання відносної частоти вживання алкоголю чотирьох концептуально й емпірично відмінних розмірних причин (наприклад, поліпшення, соціальні, відповідність і мотиви подолання).

Форма враховує чотири типи мотивів:

- **соціальний** — пити, щоби бути товаришким, святкувати вечірки;
- **копінг** — пити, тому що вживання алкоголю змушує забути про проблеми;
- **задоволення** — пити, щоби почуватися краще або могли робити речі, які інакше зробити неможливо;
- **соціальний тиск і відповідність** — пити, тому що інші так роблять, щоби вписатися до колективу.

Учасникам пропонується враховувати всі випадки, коли вони вживали алкоголь, і вказувати, скільки разів вони випили з огляду на кожний з цих мотивів. Кожен елемент має 5-точковий варіант відповіді, від 1 (майже ніколи / ніколи) до 5 (майже завжди / завжди). Учасникам пропонують розглянути всі часи, які вони випили, і вказати, як часто вони пили алкоголь із кожної причини. Мотиви й репрезентативні елементи такі: підвищення («Я п'ю, щоби піднятися»), справляння («Я п'ю, щоби забути мої турботи»), соціальні («Я п'ю, щоби бути товаришким»), і відповідність («Я п'ю так, що інші не заохочують мене не пити»). Дослідження показали, що на певному рівні споживання люди, які п'ють, для боротьби з ними, мають підвищений ризик виникнення проблем із вживання алкоголю порівняно з тими, хто п'є насамперед із соціальних чи інших причин. Інструмент ґрунтується на мотиваційній моделі вживання алкоголю, яка припускає, що мотиви вживання алкоголю можна класифікувати вздовж двох основних показників, що відображають валентність (позитивну чи негативну) і джерело (внутрішнє або зовнішнє) результатів, що їх люди очікують досягти через вживання алкоголю. Цей інструмент продемонстрував суттєві психометричні властивості у багатьох зразках серед підлітків і дорослих і може бути корисним для оцінювання цих типів мотивів.

Модифікована анкета-опитувальник мотивів вживання алкоголю (модифікований DMQ-R) ґрунтується на п'ятифакторній моделі споживання алкоголю з окремими факторами копінг-тривожності та копінг-депресії (див. Grant, 2007).

DMQ-R-5 є анкетною з 28 пунктів, що визначає п'ять мотивів вживання алкоголю: соціальний мотив, посилення, депресія, копінг-тривога, відповідність (Grant et al., 2007). Це модифікована версія попередньої анкети мотивів вживання алкоголю, що її розробив Купер (1994). Наведено список причин для вживання алкоголю, суб'єкти оцінюють кожен пункт, враховуючи їхню частоту вживання алкоголю з кожної з причин за шкалою Лікерта з п'яти пунктів, від майже ніколи до майже завжди / завжди. Кожну субкалю оцінюють як середнє значення її компонентних елементів.

За допомогою короткої форми (DMQ-R-SF), яку розробила компанія Kuntsche & Kuntsche (2009) можна визначити чотири мотиви (удосконалення, копінг, соціальний мотив та відповідність). Це надійний спосіб визначення мотивації на основі 12 запитань. Цю коротку версію можна використати як інструмент швидкого скринінгу в різних умовах.

Ви можете використовувати DMQ-R для досліджень, але повинні в такому разі вказати авторів та їх дослідницьку роботу.

11.3.2. Комплексний опитувальник мотивів вживання марихуани (CMMQ; Lee et al., 2009)

Підлітковий вік найчастіше є вирішальним періодом для започаткування ризикованої поведінки, пов'язаної зі здоров'ям (Arnett, 2000), моделі визначення щодо вживання алкоголю (наприклад, Cooper, 1994; Cox і Klinger, 1988), паління (наприклад, Piasecki et al., 2007) й азартних ігор (наприклад, Neighbors et al., 2002). Дослідники зосереджувалися на впливі індивідуальних відмінностей мотивації як внеску до подальших моделей поведінки. Відмінності у впливах та мотивах поведінкової регуляції (наприклад, зменшення напруги, соціальне підвищення) передбачають певні закономірності поведінки щодо вживання алкоголю (Cooper, 1994; Cox and Klinger, 1990), менше дослідження вивчали мотиви використання марихуани та їхнє відношення до використання та його наслідків. Через це було проведено дослідження, яке мало на меті розробити всебічний опитувальник мотивів вживання марихуани, провести попередній аналіз достовірності, а також поінформувати про розвиток емпіричної мотиваційної моделі вживання марихуани та пов'язаних із цим наслідків.

Марихуана є найчастіше використовуваним незаконним наркотиком серед осіб віком 18–25 років. Серед студентів коледжу 49 % повідомляють про вживання протягом життя, приблизно одна третина звітує про вживання за минулий рік і одна п'ята — за останній місяць.

Щоденне вживання марихуани серед студентів коледжу є дещо поширенішим, ніж щоденне вживання алкоголю (4,5 % порівняно з 3,7 %; Johnston et al., 2005). Хоча багато користувачів марихуани не розвивають довготермінових негативних наслідків, дослідження свідчить про асоціацію між важким використанням марихуани та низкою фізичних, психологічних та соціальних наслідків, пов'язаних із наркотиками (наприклад, Chabrol et al., 2005; Simons et al., 2005).

CMMQ — це опитувальник із 36 пунктів щодо мотивів вживання марихуани серед молоді. Дослідницький і підтверджувальний аналіз нового заходу підтримував 12-факторну шкалу, враховуючи: 1) задоволення, 2) відповідність, 3) копіювання, 4) експеримент, 5) нудьгу, 6) алкоголь, 7) святкування, 8) змінене сприйняття, 9)

соціальну тривожність, 10) відносний низький ризик, 11) сон / відпочинок, 12) доступність.

Дослідження, у яких науковці вивчають мотивацію використання марихуани, виявляють, що певні мотиви пов'язані з вживанням марихуани та проблемами, враховуючи подолання або зменшення негативного впливу, підвищення позитивного впливу та сприяння соціальному посиленню або згуртованості (Newcomb et al., 1988; Simons et al., 1998). Додаткові причини передбачають уникнення соціального відкинення, підвищення емпіричного усвідомлення (або посилення перцептивного та пізнавального досвіду марихуани; Simons et al., 1998), а також завдяки адекватності (Newcomb et al., 1988). Останні роботи використовували п'ятифакторну міру Саймона та його колег (Zvolensky et al., 2007) і виявили, що цей захід має високу надійність, а також значні зв'язки між різними мотивами та використанням марихуани.

Зокрема, поліпшення та соціальні мотиви були значно позитивно пов'язані з поширенням вживання, і мотиви відповідності були значно негативно пов'язані з таким вживанням.

Хоча існує багато спільного між мотивами вживання алкоголю та марихуани, враховуючи соціальний вплив вживання речовин взагалі (Arnett, 2005), емпірична робота з вивчення мотивів, специфічних для марихуани, виправдана, враховуючи дослідження, що свідчать про відмінності у мотивах вживання алкоголю та марихуани (Simons et al., 1998). Інші недавні роботи виявили, що мотиви подолання виявилися як модератором, так і посередником між психічним здоров'ям і вживанням марихуани (Brodbeck et al., 2007; Buckner et al., 2007). Наприклад, особи, які підтримують мотиви паління марихуани, демонстрували гірше психічне здоров'я, більші симптоми психопатології та більший психосоціальний дистрес порівняно з неспоживачами та особами, які використовували марихуану із соціальних причин. Додатково Buckner et al. (2007) виявили, що спонукання до подолання залежності є засобом, що впливає на проблеми соціальної тривожності та вживання марихуани.

Дослідження показало, що мотиви вживання марихуани можуть бути диференційно пов'язані зі самим вживанням та наслідками. Повторюючи висновки з Lee et al. (2007), експерименти були негативно пов'язані як із використанням, так і з проблемами. Цей висновок зовсім не дивний, враховуючи період розвитку зразка, у якому експерименти та дослідження розглядають як завдання розвитку дорослого життя (Arnett, 2000). Simons et al. (2000) порівнювали подібності та відмінності мотивів вживання марихуани та алкоголю у вибірці студентів. Порівнюючи соціальні мотиви вживання марихуани та алкоголю, останні були більше схвалені та можуть відігравати більшу роль у вживанні алкоголю порівняно з марихуаною (Simons et al., 2000). Результати цього дослідження показують, що мотиви, пов'язані із соціальною тривожністю, крім соціальних мотивів, мають важливе значення для оцінки й можуть бути важливими для молоді. Це дослідження також свідчить про те, що вищі мотивації щодо проблем зі спокоєм і сном / відпочинку пов'язані з більшою кількістю проблем, пов'язаних із марихуаною. Взаємозв'язок між спонуканнями до вживання марихуани та пов'язаними з нею проблемами узгоджується з попередніми дослідженнями (Simons et al., 2005).

Це дослідження має декілька клінічних наслідків і може безпосередньо інформувати розуміння використання молодих дорослих марихуани. Наприклад,

вживання марихуани, вважається, має порівняно низький ризик, це пов'язано з повідомленням про більшу користь вживання марихуани та її наслідків у дослідженні Kilmer et al. (2007). Науковець припустив, що студенти, які вживають марихуану частіше і які мали академічні та соціальні наслідки, пов'язані з цим, частіше повідомляли, що ці наслідки навряд чи позначаться на майбутньому. Втручання, що ґрунтуються на мотиваційній структурі, можуть мати вигоду з вивчення наслідків, незважаючи на те, що марихуана є субстанцією з низьким ризиком.

Подальші дослідження повинні додатково вивчити достовірність і обґрунтованість цього мотиваційного опитувальника марихуани, особливо в зразках молоді та осіб із частішим використанням марихуани (наприклад, щоденне використання). Дані дослідження пропонують рідкісне вивчення низки причин, через які молоді дорослі студенти можуть вживати марихуану. Для успішного втручання до осіб, які мають проблеми, пов'язані з використанням марихуани, необхідно, щоби ми зрозуміли і визнали власні причини вживання марихуани.

11.4. Готовність до змін

За останні роки в низці наукових праць наголошено на користі вивчення етапів моделі змін, що їх застосовують до сфери поведінки, що викликає звикання. Модель описує процес змін, що полягають у спробі вирішити проблему звикання. Від «попередньої домішки» до «споглядання» й «дії» до «основної підтримки» модель охоплює рух по етапах, часто пов'язаних із процесом перероблення в разі рецидиву.

З огляду на опортуністичний вимір таких інтервенцій запропоновано, що методи часто використовують у спробі провести зміни поведінки в коротких втручаннях, заснованих на принципах теорії самоврядування та скеровано їх на надання людині навичок, необхідних для зміни поведінки, насправді не мають значення в цій ситуації, оскільки більшість людей, які надмірно п'ють, радше, перебуватиме на етапах попереднього обговорення або роздумів, а не на стадії дій зміни. Інакше кажучи, спроби дати людям навички змінити поведінку можуть бути марною тратою часу, якщо більшість із них не готові до змін. Якщо це так, то ефективніше використовувати методи, що їх описав Міллер і його колеги, які спрямовані на підвищення рівня мотивації людини до змін. Під рубрикою «мотиваційне інтерв'ю» ці методи виводяться з психологічних принципів, розроблених для того, щоби викликати в клієнта збільшення мотивації змінити поведінку без застосування виклику або конфронтації. Учасникам дослідження, що забагато п'ють, пропонують висловити занепокоєння з приводу їхнього вживання алкоголю та перейти до прийняття рішень за допомогою інформації радника.

Чітко потрібний інструмент, за допомогою якого можна оцінити «готовність до надмірних напоїв» і визначити один з етапів моделі змін Prochaska & DiClemente. В ідеалі такий інструмент повинен бути коротким і простим в управлінні, враховуючи обмежений час, доступний у коротких інтервенціях в установах охорони здоров'я. Були попередні спроби ввести в дію і виміряти етапи змін.

11.4.1. Опитувальник готовності до змін (RTCQ; Rollnick et al., 1992)

Аналіз основних компонентів надмірного вживання алкоголю, що виявляли в медичних установах у пацієнтів, які не зверталися з проблемою споживання алкоголю, з допомогою анкети, основаної на моделюванні стадій змін, виявив чітку

факторну структуру, що відповідає стадіям «передоплати», «споглядання» та «дії». На цій підставі розроблено 12-пунктну шкалу «Готовність до зміни» — опитувальник із задовільними психометричними властивостями. Як і передбачено, шкала балів на сусідніх стадіях зміни виявила значно вищі міжкореляційні зв'язки, ніж оцінки на несуміжних стадіях. Паралельна перевірка порівнянням із вибором суб'єктами карикатур, що зображують кожну зі стадій зміни, та питання скринінгу щодо аспектів поведінки питної води, була помірною або дуже хорошою. Анкета надає коротку і зручну міру готовності до змін, яка можна використати разом із короткими, опортуністичними втручаннями в ситуаціях, пов'язаних із надмірним вживанням алкоголю.

McConnaughy, Prochaska & Velicer повідомили про розвиток шкали оцінювання змін в університеті Род-Айленда (URICA) для вимірювання змін у психотерапії. Ця шкала з 32 пунктами містила вісім пунктів для кожної з чотирьох стадій зміни (попереднє згорання / споглядання / дія / підтримка) і вводилася кільком дорослим психіатричним популяціям. Факторний аналіз відповідей на анкети призвів до чотирьох достовірних і добре визначених компонентів, що відповідають гіпотетичним етапам зміни. Також виявлено, що оцінки на сусідніх етапах були більш корельовані, ніж на несполучених етапах, що передбачає передбачуваний рух від однієї стадії до іншої. Кластерний аналіз профільних предметних балів із чотирьох субшкал виявив дев'ять профілів, які становили 90 % вибірки.

URICA застосований до лікування алкоголізму від DiClemente & Hughes, який дав їй 224 дорослим, які входили до програми амбулаторного лікування. Результати полягали в тому, що обернений аналіз основних компонентів суттєво реплікував чотирикомпонентну структуру, знайдену McConnaughy et al. З цього приводу кластерний аналіз предметних балів на чотирьох субшкалах дав п'ять профілів, які автори пропонують запропонувати як клінічно корисну перспективу лікування. (Ці п'ять кластерів не стосуються п'яти стадій, описаних Prochaska et al.).

Вимірювання стадій зміни сфери відмови від паління було простішим. У дослідженні 872 добровольців, набраних з допомогою газетних оголошень, Prochaska & DiClemente призначали суб'єктів на стадії технічного обслуговування, якщо вони відмовилися від паління протягом принаймні 6 місяців; на стадії дії, якщо вони кинули палити протягом 6 місяців після вступу на дослідження; на стадію роздумів, якщо вони регулярно курили принаймні протягом року, але повідомили, що вони серйозно думають про те, щоб припинити палити у наступному році; і до етапу попереднього замикання, якщо вони не повідомили про наміри припинити роботу в наступному році. Ті, хто зазнав невдачі в спробі кинути палити протягом останнього року, називали «рецидивами». Цю класифікацію використано для тестування прогнозів щодо процесів зміни, отриманих із транстеоретичної моделі Прохаски.

Prochaska et al. додали до вищезазначеної схеми класифікації, визначивши суб'єктів на стадії підготовки, як ті, які планували кинути палити протягом наступних 30 днів, і, крім того, зробили 24-годинну спробу припинити роботу минулого року. Це дослідження та дані, які повідомляють Prochaska & DiClemente⁹, є вагомим доказом одночасної і прогностичної валідності схеми класифікації серед курців.

Зовсім недавно компанія Biener & Adams²⁵ описала «драбинку споглядання» для вимірювання готовності розглянути питання про припинення паління. Цей

інструмент обмежується етапами попередньої зйомки й роздумів і вимагає від суб'єктів відзначити точку на 11-позиційній шкалі, яка найкраще описує їхнє мислення про відмову від паління. Повідомлено різні типи даних перевірки.

Зазначена анкета розроблена як частина масштабнішого дослідження, спрямованого на порівняння ефективності двох форм короткого втручання (мотиваційне інтерв'ю та навчання на основі навичок) для осіб з надмірним споживанням алкогольних напоїв, які були в загальних відділеннях лікарні. Потрібна міра стадії зміни, яка б уточнила, які типи надмірного вживання алкоголю найчутливіші до кожного з двох втручань і які полегшують точний облік стадії зміни до і після втручання. Оскільки установа була загальною лікарнею, а не спеціалізованим відділенням лікування, передбачено, що більшість осіб, які надмірно випивають, буде перебувати на стадії роздумів або навіть на попередніх етапах планування.

Очевидно, що необхідно потрібно мати інструмент, за допомогою якого можна оцінити надмірне вживання алкоголю та готовності змінити свою поведінку. Ідеально такий інструмент повинен бути коротким і простим в управлінні, враховуючи обмежений час, доступний у коротких інтерв'ю в установах охорони здоров'я. У цій статті описано спробу розробити такий інструмент. Були попередні спроби операціонізувати та виміряти етапи змін. Мак-Конноугі, Прохаска та Велісер повідомили про розвиток шкали оцінки змін в університеті Род-Айленду (URICA) для вимірювання змін у психотерапії. Ця шкала з 32 пунктів містила вісім пунктів для кожної з чотирьох стадій зміни (попереднє згортання / споглядання / дія / підтримка), її проводили серед декількох дорослих психіатричних популяцій. Коефіцієнтний аналіз відповідей на запитання найреальніших результатів призвів до чотирьох надійних і чітко визначених компонентів, що відповідають гіпотетичним стадіям змін. Було також встановлено, що оцінки на сусідніх етапах були більш корельовані, ніж на неприлеглих стадіях, що передбачає передбачуваний рух від однієї стадії до іншої. Кластерний аналіз профільних предметних балів із чотирьох субшкал виявив дев'ять профілів, які становили 90 % вибірки.

URICA не підходила відповідно до цілей вищезгаданого проекту з низки причин. По-перше, багато хто, відповідаючи на пункти опитувальника URICA, покликаються на погляди людини на «мою проблему», і перший пункт у шкалі просить респондента завершити заяву: «Моя проблема...». Це, ймовірно, може збентежити багатьох наших підданих, які не будуть описувати свою поведінку щодо вживання алкоголю як проблему і які не звернулися по допомогу щодо проблеми вживання алкоголю. Тому необхідно було викликати стадію змін суб'єктів, уникаючи проблемно-орієнтованої термінології. Другою складністю опитувальника URICA була її тривалість; необхідний був коротший інструмент, щоби сформувати частину анкетних запитань, придатних для адміністрування в умовах зайнятої медичної допомоги. Нарешті, розроблено опитувальник URICA для вирішення будь-якої поведінкової проблеми або збудливого розладу, тоді як у цьому дослідженні необхідна шкала, що зосереджується на споживанню алкоголю.

Сподівалися також розробити інструмент, який дасть змогу виділити індивідуума на певній стадії змін у простій формі. З іншого боку, визнано, що інструмент повинен ґрунтуватися на судженнях суб'єктів щодо стадії їхньої зміни, а

не на підставі повідомленої або визначеної поведінки; це було пов'язано з більшою неоднозначністю, пов'язаною з визначенням спроби скоротити вживання алкоголю, на відміну від паління. Нарешті, вважалось, що кілька оцінок, що їх застосовують до кожного етапу змін, потрібно врахувати, щоб достовірно оцінювати кожен етап.

Достовірність опитувальника оглянуто на основі порівняння шкали оцінювання випробуваних із їх самоідентифікацією на скринінгу з карикатурами, що зображають етапи зміни. Знайдено помірний ступінь асоціації між двома типами заходів. Поки що це питання потребує подальшої уваги в дослідженнях.

Докази для одночасної дії опитувальника «Готовність до змін» значно посилювалися, коли були розглянуті пункти, що стосуються поведінки щодо питної води, взятої з інструменту скринінгу. Як було передбачено з етапів моделі змін, суб'єкти, зараховані до етапу споглядання, мали набагато більше шансів подумати, що вони пили занадто багато, ніж ті, що зараховані на етапі попередньої спроби; існувало чітке зростання від попереднього примирення через споглядання до дії в імовірності мислення, що в майбутньому можна було б скоротити вживання алкоголю; існувала подібна чітка тенденція в повідомленні про ймовірність того, що протягом останніх 6 місяців спробували скоротити випивання. Існує певна надлишковість у цій формі перевірки, оскільки елементи скринінгу, що забезпечують критерії достовірності, дуже подібні до окремих пунктів із самого опитувальника «Готовність до змін». Незважаючи на це, кількість повідомлених асоціацій є доказом того, що анкета фактично вимірює те, що вона має намір виміряти, тобто ймовірність доброякісної зміни поведінки щодо питної води.

Опис методики

Анкета готовності до змін (RCQ) є інструментом з 12 пунктів для вимірювання «стадії змін», що її досягають надмірним вживанням алкоголю. Вона ґрунтується на етапах зміни моделі, розроблених Prochaska і DiClementel, які описують етапи, через які людина рухається в спробі вирішити проблему звикання. Від «попереднього примирення» до «споглядання» й «дії» до «технічного обслуговування» передбачено, що людина переходить з однієї стадії на іншу, водночас релапсер повторно вступає в цикл або на етапах попереднього роздумування, або на етапі споглядання. Це може зайняти багато циклів навколо етапів зміни, перш ніж остаточно вирішиться проблема звикання.

Основна привабливість моделі полягає в тому, що вона вводить можливість використання різних стратегій втручання для клієнтів на різних стадіях змін. Наприклад, зосередження уваги на підготовці нових навичок самоврядування» може бути марною тратою часу, якщо людина ще не досягла стадії дій; методи запобігання рецидивам ідеально підходять для тих, хто переходить від дій до технічного обслуговування; і мотиваційне інтерв'ю найкраще спрямовано на когось на етапі споглядання. Усе це передбачає, однак, що стадію, до якої досягнула людина, можна точно оцінити.

Для повнішого врахування етапів моделі зміни та його наслідків для лікування залежних розладів, читачеві рекомендують звернутися до посилань, наведених у кінці цього посібника. Достатньо сказати, що в останніх версіях до моделі додано етап підготовки між етапами споглядання та дії.

Одночасно з підвищенням інтересу до етапів моделі змін усе більше уваги звернено на використання коротких втручань у модифікацію поведінки, що викликає звикання, особливо надмірних напоїв із низьким рівнем залежності від алкоголю. Ці короткі заходи переважно розроблені в установах охорони здоров'я для того, щоб заохотити зменшити вживання алкоголю або «відповідально» вживати його. Їх іноді називають «опортуністичними», оскільки вони намагаються визначити тих, хто надмірно випиває у ситуаціях, коли людина не відвідувала спеціально, щоби покаржитися на проблему з пияцтвом, а потім використати цю можливість, щоби змінити поведінку випивання.

RCQ розроблено, щоби забезпечити короткий та зручний показник етапу зміни напою для використання в поєднанні з короткими, опортуністичними втручаннями з надмірними напоями в медичних та інших умовах. Він навмисно розроблений, щоби бути швидким і простим у адмініструванні та оцінюванні, щоби заощадити час у зайнятих практиках, у яких його використовуватимуть.

У цій версії посібника враховано нещодавно опубліковані дані про передбачувану валідність RCQ і описано два різні способи, «швидкий» і «уточнений» метод, для вирішення того, на якій стадії зміни перебуває суб'єкт, а також зроблено деякі поки що не опубліковані дані, що стосуються використання РКК під час добору надмірного вживання напою до оптимальних типів короткого втручання.

Опитувальник RCQ

Цей опитувальник призначений для того, щоби визначити, як Ви особисто ставитися до свого вживання алкоголю зараз. Будь ласка, уважно прочитайте кожне з наведених нижче запитань, а потім вирішіть, чи погоджуєтесь Ви або не погоджуєтесь з цими твердженнями. Будь ласка, позначте відповідь на Ваш вибір на кожне запитання. Ваші відповіді повністю приватні та конфіденційні.

Твердження	Категорично не згоден (-2)	Скоріше не згоден (-1)	Важко відповісти (0)	Скоріше згоден (+1)	Цілком згоден (+2)
Я не думаю, що я п'ю занадто багато.					
Я намагаюся пити менше, ніж раніше.					
Мені подобається пити, але іноді я п'ю занадто багато.					
Іноді мені здається, що я повинен припинити пити.					
Це марна витрата часу на вживання алкоголю.					
Я недавно змінив свої звички вживання алкоголю.					
Кожен може говорити про те, що хоче щось змінити в своєму споживанні алкоголю, але я справді щось зміню.					

Я перебуваю на етапі, де я повинен думати про вживання меншої кількості алкоголю.					
Моє вживання іноді є проблемою.					
Немає необхідності мені замислюватися про зміну мого вживання алкоголю.					
Я фактично змінюю свої звички вживання алкоголю.					
Пити менше алкоголю для мене було б безглуздо.					

11.4.2. Опитувальник оцінки стадії готовності до змін та лікування. Stages of Change Readiness and Treatment Scale (SOCRATES; Miller & Tonigan, 1996)

Етапи зміни готовності до лікування. Стійкість шкали СОКРАТ – експериментальний інструмент, призначений для оцінки готовності до змін в алкоголіків. Інструмент дає три факторно-отриманих бальних шкали: розпізнавання (Re), амбівалентність (Am) й етапи прийняття (Ts). Це інструмент, що є публічним доменом, і його можна використовувати без спеціального дозволу.

Відповіді потрібно записати безпосередньо у формі анкети. Підрахунок результатів здійснюють за допомогою перенесення на формування скринінгу у форматі SOCRATES числа, що його обертає респондент для кожного елемента. Сума кожної колонки дає три шкали. Доступні екрани введення даних та підрахунки.

Ці інструменти надають тільки для досліджень. Версія 8 — це зменшена шкала на 19 пунктів на основі факторного аналізу з попередніми версіями. Коротшу форму розроблено з використанням елементів, які найчіткіше позначили кожен чинник. Оцінки за шкалою з 19 пунктів дуже пов'язані з довшою (з 39 пунктами) шкалою для розпізнавання ($r = .96$), етапами прийому (.94) й амбівалентністю (.88). Тому поки що рекомендуємо використовувати інструмент з 19 пунктів версії 8.

Розроблено інші форми СОКРАТ. Вони будуть перенесені на коротші версії 8.0, коли психометричні дослідження будуть завершені.

До них належать:

- 8D 19-пунктна анкета для наркотиків / алкоголю для клієнтів;
- 7A-SO-M 32-елементна алкогольній анкета для значущих інших чоловіків;
- 7A-SO-F 32-елементний алкогольній опитувальник для SOs жінок;
- 7D-SO-F 32-пункт анкета наркотиків / алкоголю для СЗ жінок;
- 7D-SO-M 32-позиційна анкета наркотиків / алкоголю для СО чоловіків.

Паралельні форми СО призначені для оцінки мотивації для зміни значущих інших (не оцінюють мотивацію клієнтів). У формах SO немає шкали технічного обслуговування, і тому є 32 пункти в довжину.

Prochaska і DiClemente розробили загальніші етапи міри зміни, відомі як оцінка змін в університеті Род-Айленда (URICA). SOCRATES відрізняється від URICA тим, що SOCRATES ставить питання конкретно щодо вживання алкоголю або інших

наркотиків, тоді як URICA запитує про «проблему» клієнта та змінює його в загальнішому вигляді.

11.4.3. Опитувальник Університету Род-Айленду з оцінки змін (URICA; McConaughy et al., 1983)

Модель стадій змін розглядає клінічні втручання як процедури, що містять чітку послідовність змін. Етапи змін є важливим аспектом психотерапії, які не отримали належної уваги в клінічній літературі. Емпірично визначено етапи змін у порівняльних дослідженнях процесів змін, що їх використовують курці, які самостійно припиняють свою діяльність, і курців, які беруть участь у двох програмах терапії (DiClemente & Prochaska, 1982). Це дослідження повідомляє про розроблення тесту, підписаного для вимірювання п'яти етапів зміни: 1) попередження, 2) споглядання, 3) прийняття рішень, 4) дія і 5) обслуговування.

Ці п'ять етапів зміни були сформульовані як фундаментальна частина транстеоретичної моделі терапії, яку розроблено як інтегративну модель змін для фрагментарного поля психотерапії (Prochaska & DiClemente, 1983). П'ять етапів зміни розглядають як ті, що взаємодіють з десятьма основними процесами зміни. Десять процесів зміни вперше виявлені в порівняльному аналізі 18 основних систем психотерапії (Prochaska, 1979). Під час досліджень виявлено, що десять процесів зміни отримують диференційований наголос, що залежить від того, у якій стадії зміни перебуває людина (DiClemente & Prochaska, 1982).

Як самостійні зміни, так і зміни в терапії описано в дослідженні DiClemente & Prochaska в термінах, подібних до тих, що їх запропонував Horn (1972, 1976). Чотири етапи зміни, пов'язані з модифікацією поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, висунуті гіпотезою Хорна: розглядати зміни, вирішувати зміни, короткотермінові зміни й довготермінові зміни. Для цілей свого дослідження DiClemente & Prochaska (1982) окреслили чотири етапи, які вважаються важливими для припинення паління й підтримки курця на цьому шляху: 1) мислення про зміни (споглядання); 2) прагнення до змін (прийняття рішень); 3) активна модифікація поведінки та / або середовища (дії); 4) підтримання нових форм поведінки (обслуговування). У подальшій роботі Prochaska & Di Clemente (1983) визначили попереднє згортання як окрему стадію, що передує спогляданню.

Етапи концептуально визначають так:

Передспостереження: людина вступає в терапевтичну ситуацію, але не думає, що має проблеми або знає, що він / вона не хоче змінюватися; можуть відчувати тиск із боку інших, щоби бути там; може визнати наявність проблеми, але не має бажання змінитися. Особа або не знає про цю проблему або ігнорує її.

Споглядання: людина починає усвідомлювати, що проблема існує або що щось турбує. Він намагається зрозуміти проблему (тобто, причину, рішення); шукає більше інформації. Але особа не бере на себе зобов'язання змінитися.

Прийняття рішень: людина вирішила, що готова до змін; готова платити ціну (тобто гроші, час, зусилля, дискомфорт); готова взяти на себе відповідальність. Але особа не почала працювати над проблемою (тобто не почала змінювати проблемну поведінку або середовище).

Дія: особа почала активно змінювати поведінку або середовище; намагається змінитися; не був дуже успішним у власній ініціативі й потребує допомоги. Він / вона не досягла бажаної зміни.

Підтримка: Людина вже змінилася і зробила значні здобутки, але або ковзає, або входить, щоби запобігти перериванню. Ймовірно, особі важко підтримувати зміни (тобто нові поведінки, нові відносини) на власній основі і тому шукає допомоги. Він / вона вже досяг бажаної зміни і вже є краще, ніж було спочатку.

У реальності терапії ці стадії не вважаються дискретними, а рух у терапії не обов'язково однонапрямлений і послідовний. Однак метою цього дослідження є відображення етапів як окремих і послідовних, як корисних рамок для цілей вимірювання.

Результати цього дослідження вказують на те, що анкета «Етапи змін» надає короткий, але дуже надійний інструмент для вимірювання етапів зміни в психотерапії. Результати вказують на чітку структуру з чотирма чітко визначеними етапами: 1) попередження, 2) споглядання, 3) дія і 4) технічне обслуговування. Ці чотири стадії утворюють сиплексну структуру, причому суміжні стадії більше корелюють одна з одною, ніж із будь-якою іншою стадією.

П'ята теоретична стадія, прийняття рішень, була відкинута як окремий етап зміни, оскільки кожен елемент, призначений для вимірювання цієї стадії, також мав високі навантаження на сусідніх етапах (Contemplation and Action).

Етапи зміни як інструмент передбачають засоби тестування подальших прогнозів на основі транстеоретичної моделі змін:

- що конкретні процеси зміни є найефективнішими з клієнтами, що працюють у певних стадіях змін;
- що стійкість до терапії зростає, якщо терапевт працює на іншій стадії зміни, ніж у клієнта;
- що опір змінам відбувається, якщо подружжя або члени сім'ї беруть участь у різних стадіях змін;
- що попереднє припинення та / або тривалість терапії пов'язане з тим, на якій стадії зміни перебувають клієнти на початку терапії; зіставлення профілю стадії клієнта з відповідними процесами зміни, може бути оптимізований прогрес у психотерапії.

Нещодавні дослідження з використанням нерафінованих показників стадій зміни виявили, що обидві терапевтичні зміни та самозмінювачі переінакшували свої процеси зміни відповідно до того, на якій стадії зміни вони перебували (DiClemente і Prochaska, 1982). Вербальні процеси змін, такі як освіта та зворотний зв'язок, використовувалися частіше, коли курці обдумували відмову від паління. Поведінкові процеси, такі як контркондиціонування та контроль за стимулами, використовувалися найчастіше, коли суб'єкти перебували на стадіях припинення паління.

Хоча анкета стадій зміни є достатньою для дослідницьких застосувань, необхідні додаткові дані, щоб інструмент можна було використати для клінічних застосувань. Зокрема, дані в цьому дослідженні не потрібно широко використовувати як клінічні норми, оскільки вони ґрунтуються лише на дослідній вибірці й не є нормою для кількості населення.

11.4.4. Інструмент визначення готовності до змін щодо зниження вживання та підвищення використання презервативів. Readiness to Change Rulers for Decreased Drinking and Increased Condom Use (Labrie, Schiffman, & Earleywine, 2005)

Чимало дослідників вивчали, як люди змінюють поведінку в різних діях і контекстах. Вони розробили транстеоретичну модель зміни поведінки, виявивши, що люди проходять низку етапів під час зміни поведінки. Міллер і Ролнік (1991) використовували цю модель, відому як етапи моделі зміни, в основній роботі «Мотиваційне інтерв'ювання», яке окреслює їхній підхід до підготовки людей до зміни поведінки. Вони розглядають етапи як континуум мотиваційної готовності до зміни поведінки. Прогрес у зміні континууму є важливим аспектом успішного втручання, навіть якщо це негайно не призводить до бажаної зміни поведінки. Багато дослідників використовували етапи моделі змін для розроблення ідеї «готовності до змін», міри мотивації учасників змінити бажану поведінку. Дослідники вивчали готовність до змін у багатьох сферах, враховуючи припинення паління, скорочуючи випивання, а також збільшення кількості використання презервативів. Тепер вимірювання мотивації є важливим аспектом досліджень і практики, пов'язаних з алкоголем і здоров'ям.

Дослідники розробили кілька заходів мотивації. До них належить шкала стадії зміни готовності та лікування, оцінка змін в університеті Род-Айленду (URICA; McConnaughy, Prochaska, & Velicer, 1983) і питання готовності до змін (RTCQ; Rollnick et al., 1992).

SOCRATES і RTCQ — це інструменти, специфічні для вживання алкоголю. Ці опитувальники містять від 12 до 32 пунктів і намагаються визначити рівень мотивації індивідів, розмістивши їх у відповідній стадії континууму змін. Тим, хто практикує, часто потрібна оцінка готовності до змін, яка є швидкою і здатною ідентифікувати пацієнтів, яким найбільше корисною буде терапія з посилення мотивації (Rollnick et al., 1992). Короткий, недорогий метод міг би заощадити час і гроші, особливо у сфері керованого медичного обслуговування (Rogers et al., 2001).

Сходи споглядання дають учасникам змогу самостійно повідомити про свій намір змінити свою поведінку на континуумі. Словесні якорі допомагають учасникам оцінити власний рівень готовності до змін. Версії сходів розроблені для використання в дослідженнях алкоголю (Carey et al., 2002) та дослідженнях користувачів, що обмінюються голкою (Blumenthal, Gogineni, Longshore, & Stein, 2001). Вербальні анкери роблять цей континуум конкретним заходом, який може бути корисним під час оцінювання готовності до змін у осіб із певними психічними захворюваннями, які можуть мати проблеми з абстрактною думкою (Carey et al., 2001, 2002; Rogers et al., 2001).

Шкали змін могли б допомогти майбутнім дослідженням визначити, чи можуть застосовуватися конкретні втручання (наприклад, баланс рішень, запобігання рецидивам) на різних рівнях готовності. На відміну від цього, хоча можливо узгоджувати інтервенції з рівнем інтенції, це, як правило, не робиться, і воно додатково віддаляється від етапів моделі змін. Отже, існують також теоретичні підстави вважати, що готовність до змін відрізняється від поведінкових намірів.

Ці дані свідчать про те, що ці лінійки з однією позицією високо співвідносяться з довшими анкетами, які тепер використовують в установах охорони здоров'я та для досліджень, що робить їх ідеальним підходом для зменшення навантаження учасників на дослідження або втручання. Лінійку можна вводити швидко в будь-якому налаштуванні. Лікарі можуть використовувати цей інструмент під час короткої зустрічі, щоби швидко оцінити готовність до зміни цілеспрямованої поведінки. Крім того, ці дані показують, що інструмент, розрахований спочатку на готовність змінити вживання алкоголю та наркотиків, добре також пристосовується до оцінки готовності зміни сексуальної поведінки.

Тестові завдання до теми 11

11.1. Анкета алкогольних ефектів (AEFQ) складається з ...

- 1) 15 запитань
- 2) 40 запитань
- 3) 20 запитань
- 4) Є проєктивною та не має запитань

11.2. АEQ це ...

- 1) Анкета очікування алкоголю
- 2) Анкета алкогольних ефектів
- 3) Анкета якості алкоголю
- 4) Анкета впливу алкоголю

11.3. Скорочений до 7 пунктів АEQ-A це ...

- 1) АEQ-7
- 2) B-AEQ
- 3) АEQ-AB
- 4) АEQ-BF

11.4. МEEQ-B – це шкала для оцінки ...

- 1) Очікуваного ефекта вживання марихуани
- 2) Очікуваного ефекта вживання метадону
- 3) Очікуваного ефекта вживання алкоголю
- 4) Всі три варіанти вірні

11.5. DTCQ розповсюджується ...

- 1) Безкоштовно
- 2) Умовно безкоштовно
- 3) Захищено авторським правом та не розповсюджується вільно
- 4) Жоден с варіантів

11.6. Скільки типів мотивів враховує DMQ ...

- 1) 2
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 8

11.7. СММQ враховує ...

- 1) 2 фактори
- 2) 10 факторів
- 3) 12 факторів
- 4) Використовує іншу модель

11.8. CMMQ застосовується для вивчення мотивів вживання ...

- 1) марихуани
- 2) алкоголю
- 3) опіатів
- 4) будь-яких ПАР

11.9. SOCRATES дозволяє ...

- 1) Вивчати тяжкість залежності від опіатів
- 2) Знаходити інтегрований показник залежної поведінки
- 3) Оцінювати готовність до змін в залежних від алкоголю людей
- 4) Жоден з варіантів

11.10. Відповідно до URICA, існують такі етапи зміни поведінки ...

- 1) Прийняття рішень
- 2) Споглядання та предпостереження
- 3) Дія та підтримка
- 4) Усі відповіді вірні

Тема 12. Інструменти для оцінювання коморбідної поведінки. Частина 1. Демографія та інтерналізація

Відео до Теми 12. Інструменти для оцінювання коморбідної поведінки
(Частина 1. Демографія та інтерналізація):

<https://youtu.be/QaXm63OMO5o>



12.1. Соціально-демографічні чинники

Значний обсяг фактичних даних засвідчує, що соціально-демографічні чинники — наприклад, вік, раса, етнічна належність, мова і соціально-економічний статус (SES), такі як дохід і освіта, можуть впливати на результати щодо здоров'я. Ці висновки особливо важливі для програм оплати в США, які винагороджують або штрафують лікарні за якість наданої ними допомоги. Експерти, зокрема спеціальний комітет Національної академії наук, інженерії та медицини, вивчили, як чинники соціального ризику впливають на результати щодо здоров'я, і запропонували врахувати ці чинники в платіжних програмах Medicare. Коригування ризику може передбачати публічну звітність за характеристиками пацієнтів, коригування показників ефективності, пряме коригування оплати й реструктуровані методи оплати. Американські лікарні першої інстанції підтримують використання соціально-демографічних і соціально-економічних чинників у коригуванні ступеня ризику, коли цього потребують концептуальні та емпіричні дані.

12.2. Депресія. PHQ-9 & PHQ-2

PHQ-9 і PHQ-2 — це опитувальники здоров'я пацієнта, у яких запропоновано психологам лаконічні, самостійно керовані інструменти для оцінювання депресії. Вони містять критерії депресії DSM-IV з іншими основними симптомами депресії в короткі інструменти самозвіту, які зазвичай використовують для скринінгу й діагностики, а також для вибору й моніторингу лікування.

PHQ-9 також використовували в багатьох дослідженнях в установах первинної медико-санітарної допомоги, а також із літніми людьми і з тими, хто має фізичні вади. Опитувальник безкоштовний для користувачів, доступний англійською та понад 30 іншими мовами.

За допомогою PHQ-2, що містить перші два елементи PHQ-9, опитують про те, якою мірою людина відчувала депресивний настрій і ангедонію за останні два тижні. Його метою є не встановлення остаточного діагнозу або моніторинг ступеня тяжкості депресії, а, радше, перевірка на наявність депресії. Пацієнти, у яких скринінг позитивний, повинні бути додатково оцінені з допомогою PHQ-9, щоби визначити, чи відповідають вони критеріям депресивного розладу. PHQ-2 був підтверджений у трьох дослідженнях, у яких він показав широку варіабельність чутливості (Gilbody, Richards, Brealey, і Hweitt, 2007).

PHQ 2 і 9 є загальнодоступними й не потребують дозволу на використання, відтворення, або поширення. Крім того, інструменти безкоштовні у використанні й можуть входити до складу електронних медичних записів.

PHQ 9 — це затверджений перелік питань, у якому розглядають 9 ключових симптомів депресії на основі діагностичних критеріїв DSM для великої депресії.

PHQ 2 — це перші два питання в PHQ 9: відсутність інтересу до занять і пригнічений настрій, ефективний під час скринінгу на депресію. Важливо не перефразувати питання.

Спочатку почніть із питання про наявність симптому, потім визначте його стійкість (проявляється 2 тижні або більше), потім визначте тяжкість симптомів.

Приклад: я збираюся поставити вам низку питань про ваш настрій. Деякі з них можуть звучати несподівано або навіть екстремально, але це стандартні питання, які задаємо всім людям. Будь ласка, дайте відповідь на них, якнайкраще. Будь ласка, вкажіть за останні два тижні чи відчували ці симптоми: зовсім не було, кілька днів, більшість днів або майже кожен день.

Метою скринінгу PHQ-2 є обстеження на депресію методом «першого кроку». Пацієнти, у яких скринінг позитивний, повинні бути додатково обстежені з допомогою PHQ-9, щоби визначити, чи відповідають вони критеріям депресивного розладу.

Як проводити PHQ 2 і 9 пацієнтам?

PHQ 2 і 9 можуть використовувати різні медичні працівники. PHQ 2 і 9 має заповнити пацієнт, як правило, у кімнаті очікування, а потім їх оцінює персонал. Часто адміністративний персонал або медична сестра обраховує цю форму й потім вводить в електронну медичну карту. У тих випадках, коли в пацієнтів виникають труднощі з читанням або розумінням, працівник може допомогти пацієнтові. Допомогу з опитуваннями можуть надати працівники будь-якого рівня, які розуміють мету і важливість інструментів PHQ, стратегії взаємодії та доопрацювання інструментів.

Зазвичай оцінка 10 або вище і / або позитивна відповідь на питання 9 з PHQ 9 є скринінгом на суїцидальні симптоми. Робочий процес потрібно розробити для визначення відповідних обов'язків персоналу і процедур реагування на ці бали. Цей робочий процес має перевірити група (основний лікар і КПТ терапевт, якщо такі є). Ідеально, коли ці дані потім додають в електронну медичну карту як частину стандартного процесу надання медичної допомоги. Пацієнти, які отримують втручання, повинні регулярно проходити спостереження для поліпшення їхньої оцінки PHQ 9.

У яких групах слід використовувати інструменти PHQ 2 і 9?

PHQ 2 і 9 розраховані для осіб старших ніж 12 років. Альтернативні інструменти скринінгу розроблені й затверджені для використання серед населення, враховуючи молодь і літніх людей.

Як часто слід використовувати інструменти PHQ?

Цільова група з профілактичних послуг США (USPSTF) рекомендує проводити скринінг на депресію в підлітків у віці від 12 до 18 років і дорослим, зокрема вагітним і породіллям. «Скринінг повинен бути впроваджений з адекватною системою для забезпечення точної діагностики, ефективного лікування і відповідного подальшого спостереження». Сьогодні немає чітких вказівок про те, як часто хтось повинен обстежитися на депресію. Для визначення ідеальних інтервалів опитувань необхідні скринінги для всіх груп населення. З прагматичного підходу за відсутності даних може бути передбачено скринінг для всіх дорослих, які не проходили скринінг раніше

і використання клінічного судження з урахуванням чинників ризику, супутніх станів і життєвих умов, щоби визначити, чи виправданий додатковий скринінг пацієнтів із високим ризиком. Групи населення з вищим ризиком депресії, такі як люди з ВІЛ-інфекцією, можна розглядати для регулярного скринінгу.

12.3. Тривожний розлад. GAD-7 та GAD-2

Тривожні розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів із переважанням 12 % серед дорослого населення. У низці епідеміологічних досліджень із психічних розладів, проведених у шести європейських країнах, торік поширеність становила 6 %, а поширеність протягом життя становила 13,6 %, Генералізований тривожний розлад (ГТР) досліджено в загальній кількості населення в Сполучених Штатах Америки і Канаді — поширення в діапазоні 5–7 %. Ці цифри зростають серед населення, з огляду на кількість відвідин центрів первинної медико-санітарної допомоги — 19,5 % пацієнтів, які представляють деякі форми найпоширеніших тривожних розладів (ГТР, панічний розлад, соціальний тривожний розлад або посттравматичний стрес). Приблизно у 8 % з цих пацієнтів діагностується ГТР, що робить його найпоширенішим тривожним розладом. У дослідженні Всесвітньої організації охорони здоров'я, у якому застосовано критерії МКХ-10 для більш ніж 25 000 пацієнтів первинної медико-санітарної допомоги в 14 країнах, поширеність ГТР становила 7,9 %, що відповідає даним, знайденим в інших дослідженнях.

Зрозуміло, що ГТР є діагнозом і лише меншість випадків виявляють під час первинної медичної допомоги, можливо через те, що використовувати діагностичні опитувальники складно для звичайної практики, бо це впливає на час консультацій і супутню вартість. Тому існує необхідність у простих анкетах, які можна швидко вводити в рутинну практику, а також розміщувати на веб-порталах здоров'я і використовувати для інтернет-досліджень.

Основним симптомом ГТР є хронічне, надмірне й неконтрольоване занепокоєння. Системи класифікації DSM і МКХ-10 відрізняють ГТР від інших тривожних і депресивних розладів. Однак, як і у випадку з іншими тривожними розладами, ГТР часто асоціюється з іншими психічними захворюваннями: 80–90 % осіб, що відповідають цим критеріям, мають один або кілька інших психічних розладів протягом свого життя.

Кілька критеріїв для оцінки присутності клінічної тривоги були впроваджені в іспанській практиці і їх використовують регулярно. До них належить шкала тривоги Гамільтона (HAM-A), шкала (HADS), клінічна шкала тривоги (CAS), діагностичне інтерв'ю короткої форми (CIDI-SF). Незалежно від того, чи їх самостійно заповнював пацієнт чи проводив лікар під час структурованого інтерв'ю, усі вони оцінюють наявність симптомів тривоги і їх тяжкості, але вони не є відповідними для раннього виявлення або скринінгу ймовірних випадків ГТР і їх не може проводити пацієнт без нагляду лікаря.

Нещодавно розроблено й перевірено шкалу GAD-7. Це простий у використанні 7-елементний інструмент для виявлення можливих випадків ГТР, оснований на критеріях DSM. Він має чудові психометричні властивості, легко використовується й не завдає будь-яких навантажень для пацієнта або лікаря. Крім того, його стислість

дає змогу використовувати його в епідеміологічних дослідженнях, а також у дистанційних обстеженнях здоров'я разом з іншими опитувальниками з охорони здоров'я. Водночас запропоновано ще більше скоротити перелік питань, щоби використовувати тільки перші два пункти, пов'язані з двома основними симптомами ГТР (GAD-2). Доведено, що GAD-2 має аналогічні психометричні якості розширеної версії і володіє аналогічною чутливістю. З огляду на важливість раннього виявлення тривожних розладів, GAD-2 був запропонований як загальний перший крок для скринінгу ГТР.

Зазвичай, тривожні розлади лікують за допомогою ліків, особливих видів психотерапії або ж комбіновано, використовуючи обидва методи разом. Вибір курсу лікування залежить від проблеми й особистих переваг хворого. Перед початком лікування лікар повинен провести ретельний діагностичний огляд, щоби визначити, чим викликані симптоми: тривожним розладом або ж соматичною проблемою. Якщо лікар ставить діагноз тривожного розладу, необхідно встановити тип розладу або ж поєднання наявних розладів, а також виявити будь-які супутні стани, такі як депресія або зловживання психоактивними речовинами.

Іноді алкоголізм, депресія або інші супутні захворювання так сильно впливають на людину, що доводиться відкласти лікування тривожних розладів, поки супутні стани не будуть взяті під контроль.

Хворі, які раніше вже проходили курс лікування тривожних розладів, повинні докладно розповісти про нього своєму нинішньому лікарю. Якщо вони приймали ліки, то потрібно сказати які саме, з яких доз починався курс, чи кориговано дозу під час лікування, чи були побічні дії й чи допомогло їм лікування. Якщо ж вони проходили курс психотерапії, то потрібно розповісти про тип терапії, частоту сеансів і наскільки ефективно було це лікування.

Часто люди вважають, що «провалили» лікування або що лікування не допомогло їм, хоча, насправді проблема може полягати в тому, що спочатку курс лікування обрано неправильно або він тривав недостатньо довго. Іноді людині доводиться випробувати декілька різних методів лікування або поєднувати кілька методів, перш ніж для нього буде дібраний ефективний курс.

12.4. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає в результаті якогось важкого досвіду, пов'язаного із заподіянням фізичної шкоди або загрозою фізичної розправи. Людина, що страждає ПТСР — це, здебільшого жертва насильства, родич або друг постраждалого від насильства або свідок насильства над кимось із близьких або незнайомих йому людей.

Уперше ПТСР звернув на себе увагу громадськості у зв'язку з проблемою ветеранів війни. Посттравматичний стрес може бути наслідком будь-якої травмивної події, враховуючи пограбування, зґвалтування, катування, викрадення або полон, жорстоке поводження в дитинстві, автомобільна аварія, аварія потягу, авіакатастрофа, вибух бомби або стихійні лиха, такі як повінь і землетрус.

Люди, які страждають ПТСР, легко лякаються, стають емоційно нечутливими й жорсткими (особливо щодо колись близьких їм людей); втрачають інтерес до тих речей, які раніше їх радували; їм важко бути люблячими і сприйнятливими; вони

стають дратівливими, більш агресивними й навіть жорстокими. Вони уникають ситуацій, що нагадують про травмувальний інцидент, дуже важко переживають річницю інциденту.

Складніші симптоми ПТСР спостерігаються в тих випадках, коли подія, що спричинила захворювання, була результатом чийогось свідомого злого умислу, як у випадках пограбування або викрадення. Більшість страждаючих ПТСР знову і знову переживають свою травму: протягом дня — у думках, а ночами — у нічних жахіттях. Ці повторювані переживання називають спалахами спогадів (флешбеками). Це можуть бути зорові образи, звуки, запахи або відчуття, які найчастіше можуть бути викликані такими нешкідливими явищами, як звук дверей що раптово закрилася, або звук із викидної труби на вулиці. У моменти таких спалахів людина втрачає зв'язок із реальністю і впевнена, що страшна подія повторюється знову і відбувається з ним насправді.

Не в кожного, хто пережив травматичний досвід, розвивається повноцінний або навіть легкий посттравматичний стрес. Симптоми зазвичай з'являються протягом 3 місяців із моменту події, але іноді можуть проявитися через роки. Говорити про посттравматичний стрес можна в тому випадку, якщо симптоми тривають більше ніж місяць. Хвороба перебігає по-різному. У деяких випадках, стан переходить у хронічний.

Від посттравматичного стресу страждають орієнтовно 7,7 мільйонів дорослих американців, але при цьому він трапляється в людей різного віку, зокрема і в дітей. Жінки частіше страждають цим розладом, ніж чоловіки. Є дані, що свідчать про те, що схильність до посттравматичного стресу може бути спадковою. Це розлад часто супроводжується депресією, зловживанням психоактивними речовинами й одним або декількома видами інших тривожних розладів.

Симптоми посттравматичного стресу добре піддаються медикаментозному і психотерапевтичному лікуванню.

Роль наукових досліджень у вивченні тривожних розладів і вдосконаленні методів лікування.

NIMH підтримує дослідження причин, діагностики, профілактики та лікування тривожних розладів та інших психічних захворювань. Вчені вивчають роль генів у розвитку цих недугів, досліджують вплив чинників навколишнього оточення, таких як забруднення повітря, фізичні та психологічні стреси, режим харчування. Крім того, тривають дослідження «природного розвитку» (перебігу хвороби без лікування) тривожних розладів, що перебігають окремо, у поєднанні з іншими тривожними розладами і із супутніми психічними захворюваннями, наприклад — депресією.

Сьогодні вчені вважають, що, як і серцеві захворювання або цукровий діабет 1 типу, психічні хвороби є складними захворюваннями і, ймовірно, виникають у результаті поєднання генетичних, екологічних, психологічних і еволюційних чинників. Наприклад: дослідження близнюків і сімей, що їх фінансує NIMH, наводять на думку, що генетика має значення у розвитку деяких тривожних розладів, але при цьому пусковим механізмом такої недуги, як ПТСР, є травма. Генетичні дослідження можуть допомогти збагнути, чому в деяких людей, що зазнали травми, розвивається ПТСР, а в інших — ні.

У МКХ-10 і DSM-IV описані три розлади, що виникають після окремих потрясінь. У посттравматичного стресового розладу (ПТСР) точніше визначений профіль симптомів, які повинні бути присутніми, щонайменше місяць; у гострого стресового розладу профіль симптомів трохи більше, але вони тривають менше ніж місяць. І те, й інше — цілком зрозумілі реакції на жахливі події, які б явно засмутили майже будь-якого; головна відмінність між ними — у тому, як довго триває реакція. Можна запитати, чому зрозумілі реакції класифікують як психічні захворювання? Відповідь частково полягає в надмірності і стійкості психічних феноменів, які містяться за межами звичайного особистого досвіду й тому є «ненормальними», а почасти — певною мірою викликаних ними страждань і порушень. З іншого боку, розлад пристосування (адаптації) — непомірна реакція, більш значна, ніж можна було очікувати в більшості людей. Воно включає дуже широкий спектр можливих симптомів, що не настільки виражені, щоби відповідати критеріям будь-якого специфічного розладу, і ці симптоми можуть тривати аж до шести місяців після того, як трапилася сумна подія. Складну втрату явно не враховують до розладів пристосування й обговорюють окремо.

Оцінка. Під час оцінювання тяжкості реакції дитини, крім інтерв'ювання батьків і отримання відомостей від вчителів, вирішальне значення має розмова із самою дитиною. У минулому з дітьми часто не розмовляли, і до 1970-х років в авторитетних підручниках із дитячої психіатрії стверджували, що діти мало реагують на гострий стрес. Потім, у результаті ретельної оцінки емоцій, пізнання й поведінки дітей, що зазнали стресу, картина кардинально змінилася. Зараз визнано, що потрібно брати до уваги специфічні обмежені страхи, а не тільки загальну боязкість, запитати про нав'язливі думки й образи, а також про їх уникнення. Діти їх часто розкривають, якщо питати зі співчуттям, і можуть сказати, що вони не говорили своїм батькам, бо не хотіли їх засмучувати. Важливо також враховувати всі наслідки для психосоціального функціонування, помітні в дружніх відносинах і шкільних заняттях. Звичайні психіатричні шкали дитячих симптомів, такі як SDQ (ССТ) або CBCL 10, що їх заповнили вчителі або батьки, можуть не виявити жодних проблем в уражених дітей; до того ж, дорослим може видатися, що стурбовані й задубілі діти особливо добре себе ведуть. Дитячі опитувальники для самозвітів також можуть пропустити ПТСР, оскільки їх загальні скринінгові питання погано вловлюють симптоми ПТСР. Однак під час специфічних опитувань уражені діти зазвичай здатні вже з трирічного віку дати виразний звіт.

12.4.1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей

ПТСР уперше визнала розладом Американська психіатрична асоціація в DSM-III 1980 року в результаті досвіду роботи з ветеранами В'єтнамської війни, які страждали від характерної тріади — нав'язливих думок, емоційного заціпеніння й уникнення, а також фізіологічного гіперзбудження. Відтоді усе більше визнають, що ПТСР у виразно подібній формі виникає в дітей. Воно виникає після того, як дитина зазнала лиха або грубого насильства, або була свідком цього, а також може виникати після сексуального або фізичного поганого поводження, які загрожують життю, захворювань, медичних процедур і автомобільних катастроф. І якщо лиха трапляються не часто, то фізичне та сексуальне насильство — ні. Діти також часто бувають свідками значного домашнього насильства; наприклад, підраховано, що діти

є свідками 10–20 % вбивств (більшість вбивств відбувається в результаті домашніх суперечок). У дітей, які перебувають у лікарні із значними травмами або захворюваннями, ризик теж підвищений, як і в біженців із країн, зруйнованих війною.

В одному дослідженні з використанням критеріїв DSM, ПТСР виявили у 100 % сексуально розбещених дітей, у 70 % тих, які зазнали фізичного насильства й у 60 %, які зазнали лиха. Таким чином, ПТСР розвивається в значущої меншості або навіть у більшості, і ця частина тим більша, чим більш шокуючою, за зовнішніми оцінками, є травма. У багатьох випадках ПТСР не можливо розпізнати й лікувати. І хоча розпізнавати й лікувати симптоми ПТСР важливо, часто буває навіть необхідно, щоби врахувати широкий спектр проблем дитини й сім'ї, і в цьому аспекті освіта й соціальні служби можуть мати важливішими роль, ніж служби охорони здоров'я.

Діагностичні критерії ПТСР

Після події, яка б засмутила майже кожного, дитина щонайменше місяць відчуває деякі симптоми кожної з цих трьох груп: (1) травмівна подія постійно переживається повторно, наприклад, нав'язливі образи, травмівні сни, повторювані програвання в грі, страждання в разі нагадування. (2) Тривале уникнення пов'язаних із травмою стимулів або заціпеніння: уникнення думок, почуттів, місць і ситуацій; відчуття перебування на самоті або відірваності, інтереси скорочені й емоційний діапазон обмежений; погана пам'ять на важливі аспекти травми; втрата віри в майбутнє: деякі вважають, що їм треба жити одним днем і не загадувати наперед (3). Нові симптоми підвищеного збудження, що передбачають порушення сну, дратівливість, погану концентрацію уваги, проблеми з пам'яттю під час вивчення нового матеріалу і в разі згадування вчинених раніше фактів і навичок, надпильність і настороженість щодо будь-якої небезпеки, і надмірну старт-реакцію. Нав'язливі думки зазвичай вражають дітей у тихий час, наприклад, коли вони лягають спати; вони також можуть бути зумовлені нагадуванням у навколишньому середовищі. Часто трапляються нічні жахіття й нічні пробудження, а також страх темряви.

Крім чітких критеріїв ПТСР, часто трапляється підвищений рівень загальних страхів і тривога; нерідко виникають панічні атаки. Часто бувають труднощі під час розлуки, навіть у підлітків; діти можуть захотіти спати в батьківському ліжку. Багато дітей стають набагато сердитішими і дратівливішими, ніж раніше, — і з батьками, і з однолітками. Якщо були вбиті або поранені друзі, багато дітей відчувають себе винними за те, що вціліли: за те, що живуть, за те, що недостатньо зробили, щоби врятувати інших, або за те, що зробили для того, щоби вижити.

Ступінь впливу травми впливає на вираженість симптомів: ті, хто безпосередньо відчув біль або впритул наблизився до смерті, як правило, вражені найсильніше. Зазвичай найпомітніші уникнення і страх предметів і подій, що безпосередньо стосуються травми, а уникнення і страх стимулів, опосередковано пов'язаних із травмою, виражені менше. Наприклад, у дітей, що опинилися на потопуючому кораблі, згодом, швидше за все, будуть виражені страхи, пов'язані з човнами, а також можуть бути менш виражені страхи, пов'язані з подорожжю поїздом або літаком, але предметів і подій, що не ставляться до лиха, вони будуть боятися не більше від інших дітей. У той час як загальна тривога й депресія мають тенденцію з часом йти на спад, специфічні страхи й уникнення можуть бути дивно стійкі. Усе більше документальних підтверджень того, що ці симптоми супроводжуються

тривалими внутрішніми фізіологічними ефектами: через п'ять років після землетрусу у Вірменії у дітей із симптомами нав'язливого повторного переживання травми все ще був підвищений рівень кортизолу в спокої. Виразно подібні травми в дитинстві й у дорослому віці можуть надавати абсолютно різну дію на різних індивідуумів. Почасти це може відображати відмінності в темпераменті, особистості або генетичну схильність до специфічних розладів. Можуть також мати значення деякі когнітивні властивості, такі як хороші навички вирішення проблем. З літератури також відомо, що діти краще зможуть амортизувати стрес, якщо в них хороші взаємини з одним із батьків, згуртована й гармонійна сім'я, і наявна підтримка ширшої соціальної мережі однолітків і вчителів. І навпаки, дисфункція сім'ї, проблеми з однолітками й значне соціальне неблагополуччя, — усе це, ймовірно, порушує стійкість.

12.4.2. Шкала PCL (PTSD CheckList) для DSM-IV. Контрольний опитувальник симптомів ПТСР

PCL — це скринінгова методика для самостійного використання, що складається з 17 пунктів, що відображає симптоми ПТСР у DSM-IV. У PCL є безліч цілей, враховуючи:

- скринінг людей на наявність ПТСР;
- допомога в діагностичній оцінці ПТСР;
- моніторинг зміни симптомів ПТСР.

Існує три версії PCL для DSM-IV:

1. PCL-M (військові) запитує про симптоми у відповідь на «стресовий військовий досвід». Його часто використовують з активними військовослужбовцями і ветеранами.

2. PCL-C (цивільний) запитує про симптоми, пов'язані зі загальним «стресовим досвідом», його можна використовувати для будь-кого. Ця версія спрощує оцінку, основувану на множинних травмах, оскільки схвалення симптомів не приписує конкретної події. У багатьох випадках доцільно також оцінити вплив травмивної події, щоби переконатися, що респондент зазнав хоча б одну подію, яка відповідає критерію DSM-IV A.

3. PCL-S (специфічний) запитує про симптоми у зв'язку з виявленими «стресовим досвідом». PCL-S прагне пов'язати позитивні симптоми з конкретною подією. Подібно до PCL-C, оптимально оцінити вплив травмивної події, щоби переконатися, що індексна подія відповідає критерію PTSD A. Респондентам також може бути дано вказівку заповнити PCL-S з посиланням на вказану подію або тип події (наприклад, напад), катастрофа або нещасний випадок.

Примітка

PCL переглянуто відповідно до DSM-5 (PCL 5). Інформація в цьому матеріалі описує PCL для DSM-IV. У PCL-5 внесено кілька важливих змін, зокрема зміни наявних симптомів і додавання трьох нових симптомів ПТСР. Шкала самозвіту для PCL-5 також була змінена на 0–4. Таким чином, зміна шкали оцінок у поєднанні зі збільшенням з 17 до 20 пунктів означає, що бали PCL-5 не сумісні з PCL для DSM-IV і їх не можна використовувати як взаємозамінні.

Коли подальша психометрична робота над PCL-5 буде завершена, з'явиться новий роздатковий матеріал. Попередньої роботи з валідації досить, щоби зробити початкові пропозиції щодо точкових показників, але цю інформацію можна змінити. Загалом оптимальні точки відсікання PCL-5, мабуть, на 11–14 пунктів нижчі, ніж для

PCL для точок відсікання DSM-IV, ближчі до 11, які відрізняються для чіткіших точок відсічі, і ближчі до різниці в 14 точок для поблажливішого скорочення. Межі PCL-5, що дорівнюють 33, є розумним значенням, поки не буде доступна додаткова психометрична робота.

Як проводять й оцінюють PCL для DSM-IV?

PCL — це опитувальник, який можна прочитати самим респондентам особисто або по телефону. Дослідження можна завершити приблизно за 5–10 хвилин. PCL для DSM-IV можна оцінювати по-різному:

- загальний бал тяжкості симптому (діапазон = 17–85) можна отримати через підсумовування балів по кожному з 17 пунктів, які мають варіанти відповіді в діапазоні від 1 «зовсім ні» до 5 «надзвичайно»;
- золотий стандарт для діагностики ПТСР — це структуроване клінічне інтерв'ю, таке як шкала ПТСР, використовувана клініцистами (CAPS). За необхідності, PCL можна застосувати, щоби поставити передбачуваний діагноз.

ПТСР за DSM-IV має 4 діагностичних критерії:

Критерій А: А1. Людина пережила, стала свідком або зіштовхнулася з подією чи подіями, що передбачали фактичну смерть, або загрозу життю чи серйозну травму, або загрозу фізичній цілісності особистості чи інших людей. А2. Реакція людини включала сильний страх, безпорадність або жах. Травмуюча подія повинна бути чітко визначена. Здійснюється за допомогою Контрольного списку травматичних подій життя – LEC (у попередньому запитанні).

Критерій В: Запитання 1-5. Щонайменше **1 відповідь** повинна мати клінічну вираженість (3-5 балів). Травматична подія постійно переживається одним (або декількома) з 5 визначених способів (кожне запитання є діагностичним критерієм DSM-IV).

Критерій С: Запитання 6-12. Щонайменше **3 відповіді** повинні мати клінічну вираженість (3-5 балів). Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, і зменшення загальної чутливості (якого не було перед травмою), на що вказують три (або більше) з наведених 7 ознак (кожне запитання є діагностичним критерієм DSM-IV).

Критерій D: Запитання 13-17. Щонайменше **2 відповіді** повинні мати клінічну вираженість (3-5 балів). Стійкі симптоми підвищеного збудження (відсутні перед травмою), на що вказують дві (або більше) з наведених 5 ознак (кожне запитання є діагностичним критерієм DSM-IV).

Додаткові критерії:

Критерій Е: Тривалість порушення (симптоми в критеріях В, С та D) становить понад 1 місяць. Відповідно до цього критерію запитання сформульовано з фокусом на подіях останнього місяця – «Позначте наскільки Вас хвилювали перелічені проблеми впродовж минулого місяця».

Критерій F: Порушення спричиняє клінічно значущі проблеми або погіршення в соціальних, професійних та інших важливих сферах функціонування. Цей загальний критерій означає, що виявлені в опитувальнику симптоми повинні чинити шкідливий вплив на життя людини. Якщо вони ніяк не впливають на життя та соціальне функціонування людини – діагноз ПТСР не повинен встановлюватись.

12.5. CSDC-SF. Шкала стресових розладів для дітей. Коротка форма

CSDC-SF (The Child Stress Disorders Checklist-Short Form) містить всього 4 запитання, це коротка форма опитувальника CSDC, який містить 36 запитань які покривають широкий спектр симптомів стресового розладу.

Інтерпретація результатів – позитивні відповіді на запитання свідчать про наявність симптомів ПТСР і потребують подальшого поглибленого вивчення. Кількість балів корелює з ступенем стресового розладу.

Підрахунок балів здійснюється за кожним запитанням від 0 до 2 балів.

0 = неправильно;

1 = деякою мірою правильно;

2 = дуже правильно.

Максимально 8 балів.

Коротка форма опитувальника CSDC

	Неправильно	Деякою мірою правильно	Дуже правильно
1. Дитина повідомляє про більшу кількість фізичних скарг, коли йому нагадують про травму (головний біль, біль у животі, нудота, утруднення дихання тощо). Фізичні скарги під час нагадування про травму.	0	1	2
2. Дитина уникає робити те, що нагадує йому або їй про травму. Намагається уникати вчинків, що нагадують про травму.	0	1	2
3. Дитина легко лякається. Наприклад, він або вона стрибає, коли чує раптові або гучні звуки.	0	1	2
4. Дитина дуже засмучується, якщо їй нагадують про травму.	0	1	2

12.6. DERS-SF. Шкала труднощів регулювання емоцій. Коротка форма

Регуляція емоцій — усвідомлення своїх емоційних переживань і їх біологічно й соціально доцільне використання для досягнення мети й задоволення потреби. Регуляція емоцій має на меті застосування знань про свої емоції для вирішення проблеми, про яку вони сигналізують. Регуляція емоцій передбачає максимально можливе зовнішнє вираження, розрядку емоційних станів конструктивними способами, тобто способами, що не порушують інтереси, права і свободи інших людей. Регуляцію емоцій розуміють як трансформацію деструктивних емоцій у

конструктивні, тобто вони сприяють продуктивному здійсненню поточній або майбутній діяльності та спілкуванню.

Шкала труднощів регулювання емоцій, коротка форма (DERS-SF) (Кауфман et al., 2015) складається з 18 питань, які використовують для виявлення емоційного регулювання в дорослих. Метод охоплює чотири вимірювання емоційного регулювання: усвідомлення й розуміння емоцій; прийняття емоцій; вміння займатися цілеспрямованою поведінкою й утримуватися від імпульсивної поведінки за виникнення негативних емоцій; доступ до стратегій регулювання емоцій, прийнятнішої як ефективний.

Метод має шість обмежень:

- 1) неприйнятність емоційних відповідей;
- 2) проблеми, пов'язані з цілеспрямованою поведінкою;
- 3) проблеми контролю імпульсу;
- 4) відсутність емоційної обізнаності;
- 5) обмежений доступ до стратегії регулювання емоцій;
- 6) відсутність емоційної ясності.

(DERS-SF) Шкала труднощів регулювання емоцій

Як часто з Вами відбувається наступне?

	майже ніколи (0–10 %)	іноді (11–35 %)	приблизно половина всього часу (36–65 %)	більшість часу (66–90 %)	здебільшого (91–100 %)
1. Я звертаю увагу на те, як себе почуваю.	1	2	3	4	5
2. Я не розумію, як я себе почуваю.	1	2	3	4	5
3. У мене складнощі з визначенням своїх почуттів.	1	2	3	4	5
4. Я дбаю про своїх емоційні відчуття.	1	2	3	4	5
5. Я відчуваю збентеження щодо своїх емоцій.	1	2	3	4	5
6. Коли я засмучений, визнаю свої емоції.	1	2	3	4	5
7. Коли я засмучений, ніяковію, що відчуваю такі емоції.	1	2	3	4	5

8. Коли я засмучений, мені складно виконувати роботу.	1	2	3	4	5
9. Коли я засмучений, виходжу із себе.	1	2	3	4	5
10. Коли я засмучений, мені здається, що в мене скоро почнеться депресія.	1	2	3	4	5
11. Коли я засмучений, мені важко фокусувати увагу на інших речах.	1	2	3	4	5
12. Коли я засмучений, відчуваю провину.	1	2	3	4	5
13. Коли я засмучений, відчуваю проблеми з концентрацією уваги.	1	2	3	4	5
14. Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.	1	2	3	4	5
15. Коли я засмучений, нічого не можу зробити, щоби підняти собі настрій.	1	2	3	4	5
16. Коли я засмучений, починаю дратуватися сам на себе.	1	2	3	4	5
17. Коли я засмучений, втрачаю контроль над собою.	1	2	3	4	5
18. Коли я засмучений, то мені необхідно тривалий час, щоби відчути себе краще.	1	2	3	4	5

12.7. Копінг

Використання енергії емоційних переживань для організації конструктивної цілеспрямованої поведінки називається справлянням зі стресом або копінгом. Здатність особистості долати негативні емоціогенні ситуації, що загрожують впливу (стресори), сприяє збереженню емоційної рівноваги (Лазарус, 1970).

Виділяють два типи копінгу:

1. Копінг, спрямований на зміну зовнішнього світу або копінг, орієнтований на проблему (інтерпсихічні форми). Найоптимальніший, тому що активні дії знижують вплив стресорів на особистість.

2. Копінг, спрямований на зміну внутрішнього світу або орієнтований на емоції, думки, наміри (інтрапсихічні форми). Змінює ставлення до проблеми і є дієвим, якщо проблема фактично є нерозв'язною, тобто не підлягає контролю й перетворення з боку суб'єкта (Перре, Бауманн, 2002).

Існує також **діадичний копінг** — справляння зі стресом за допомогою партнера. Він однаково стосується й інтрапсихічної, й інтерпсихічної форми справляння.

1) Інтерпсихічна форма. Партнер надає дієву допомогу суб'єкту за рішенням виниклої в нього проблеми, що породжує стресові емоції. Інформаційна підтримка — порада, як впоратися з проблемою. Це обговорення можливих способів вирішення проблеми і їх порівняльних переваг. Інструментальна підтримка — матеріальна допомога або допомога конкретними діями;

2). Інтрапсихічна форма. Копінг адресований партнеру промовлянням стресогенної ситуації та спричинених нею негативних емоцій. Емоційна підтримка — вираз участі й зацікавленості, які показують нам, що ми небайдужі партнерам. Це уважне, співчутливе вислуховування розповіді про проблеми. Оцінкова підтримка — допомога людині в оцінюванні та осмисленні його проблем. Це спроби прояснення суті проблеми та її значущості (Абабков, Перре, 2004; Брайт, Джонс, 2003).

Як показали дослідження, найефективнішим способом подолання депресії є соціальна підтримка у вигляді реальної допомоги щодо вирішення проблеми. Проте, й емоційна підтримка сама по собі не є марною. Виявлено, що індивіди, які пережили травмівні події, а потім відверто обговорили їх із друзями, або хоча б навіть записали свою історію на магнітофон, у найближчі шість місяців рідше зверталися до лікаря (Аргайл, 2003).

Профілі копіngu й регулювання емоцій

Дослідники визначили приховані класи або профілі, основані на таких стратегіях копіngu й регулювання емоцій (РЕ): самозадоволення, активний копінг, пошук емоційної підтримки, пошук інструментальної підтримки, вентиляція, позитивний рефреймінг, планування, емоційне пригнічення й когнітивна переоцінка. Умовно, профілі можна розподілити на кілька класів.

Клас 1, який містить 15 % вибірки, називається «супресори». Ця група характеризується загальним найвищим підтвердженням пригнічення серед усіх стратегій подолання або РЕ.

Клас 2, з 27 % вибірки, описується як «інші залежні копери». Відмінною характеристикою класу 2 є його високий клас для пошуку емоційної та інструментальної підтримки.

Клас 3, який становив 27 % вибірки, характеризується низьким рівнем підтримки емоційного та інструментального пошуку підтримки й помірним або високим рівнем підтримки інших стратегій виживання і РЕ. Цей клас назвали «самодостатніми коперами».

Клас 4, його ще називають «активним копером», складається з 30 % вибірки. Клас 4 має високі класові засоби практично у всіх аспектах самовладання, враховуючи активне самовладання, пошук емоційної та інструментальної підтримки, позитивний рефреймінг і планування. Цей клас також набрав найбільшу кількість балів у використанні когнітивної переоцінки для регулювання своїх емоцій.

В одному з перших досліджень вивчено те, як типології, сформовані через схильності до копіngu і РЕ, передбачають вживання заборонених і рецептурних наркотиків серед вибірки молодих людей групи високого ризику. З огляду на те, що здатність людей справлятися зі стресом і дистресом є важливими чинниками розвитку зловживання психоактивними речовинами (Carrico et al., 2012; Dashora et al., 2011 року; Wills et al., 2001), передбачено, що профілі, основані на моделі їхнього копіngu і РЕ, були б корисними для розрізнення моделей зловживання

психоактивними речовинами. Відповідно до попередніх результатів, емпірично вивели чотири відмінні профілі копінгу / PE:

- 1) супресори;
- 2) інші залежні копери;
- 3) самодостатні копери;
- 4) активні копери.

Це, своєю чергою, передбачало чіткі закономірності зловживання рецептурними й незаконними наркотиками. Зокрема, виявили, що супресори ініціювали вживання рецептурних і заборонених наркотиків у найранішому віці й повідомляли про найбільші проблеми, пов'язані з вживанням наркотиків.

Ці дані узгоджуються з недавніми результатами, які показують, що бажання уникнути негативних емоцій частково пояснює зв'язок між симптомами депресії і вживанням стимуляторів (Carrico et al., 2012). Можливо, через нездатність ефективно справлятися з емоціями або висловлювати їх, супресори рідше використовують інші стратегії подолання стресу, що може привести до більш проблемних моделей вживання психоактивних речовин. З іншого боку, люди, які мали схильність до проактивної поведінки, справлялися з проблемами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин. Зокрема, активні копери ініціювали використання рецептурних і заборонених препаратів у значно пізнішому віці, і повідомили про менш часте використання, а також мали найнижчу вірогідність бути активним наркоманом і мали найнижчий рівень проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, порівняно з іншими групами копінгу / PE. Це узгоджується з попередніми дослідженнями, у яких розглядалися проблеми копінгу, вживання наркотиків і психоактивних речовин серед молоді (Wills et al., 2001).

Примітно, що активні копери в цьому дослідженні також повідомляли про використання інших стратегій (наприклад, емоційного й інструментального пошуку підтримки й позитивного рефреймінгу) на додаток до проактивного копінгу. Можливість використання декількох стратегій може допомогти пояснити, чому активні копери демонстрували менш проблемні схеми вживання наркотиків порівняно з іншими групами. Наприклад, дослідження, у якому вивчалось утримання від вживання героїну й рецидив після лікування, показало, що непитущі використовували більшу кількість стратегій виживання після лікування порівняно з рецидивами (Gossop et al., 2002). Хоча супресори й активні копери можуть представляти протилежні сторони слабкоадаптивного й адаптивного континууму, дослідники також визначили дві інші відмінні групи коперів зі значно відмінними моделями поведінки, пов'язаного зі зловживанням психоактивними речовинами: інші, що покладаються на себе й самостійні копери. Інші залежні копери (тобто ті, хто шукає емоційну й інструментальну підтримку від інших як основний метод їх подолання) ініціювали вживання як рецептурних, так і незаконних наркотиків майже від початку копінгу й повідомляли про високий рівень проблемного вживання наркотиків. На відміну від супресорів, вони, мабуть, вважають за краще заборонені наркотики, такі як героїн і кокаїн, ліки, що їх відпускають за рецептом. Подібно до активних коперів, самостійні копери (ті, хто використовував помірну або велику кількість стратегій подолання / PE,

але найменше зверталися за підтримкою), демонстрували менш проблемні моделі незаконного вживання наркотиків. Однак, вони починають застосовувати рецептурні й заборонені препарати в значно молодшому віці, ніж активні копери. До того ж, самостійні копери повідомили про найбільшу кількість днів, як у недавньому вживанні транквілізаторів і стимуляторів, так і на другому місці за кількістю вживання опіоїдів серед чотирьох груп.

Хоча здається дивним, що ці профілі копіngu / PE здатні значно диференціювати різні моделі вживання наркотиків, необхідні додаткові дослідження, щоби розшифрувати деякі механізми, що їх покладено в основі цих взаємозв'язків. Наприклад, перевагу інших осіб, належних до того, що копери воліють заборонені наркотики, може бути частково пояснено їх загальноприйнятим стилем самовладання або їх залежністю від соціальних мереж, які можуть складатися з інших споживачів заборонених наркотиків. Дослідження соціальних мереж учасників і типів підтримки, яку вони отримують, можуть повідомити про це. У майбутніх дослідженнях слід також розглянути питання про те, як психічне здоров'я, стрес і інші психосоціальні чинники, пов'язані з цими профілями копіngu / PE, оскільки це може дати додаткову інформацію про їх асоціації з поведінкою, пов'язаною зі зловживанням психоактивними речовинами.

НА сьогоднішній день вивчено обмежений набір показників зловживання психоактивними речовинами, у майбутніх дослідженнях, які вивчають прогрес і серйозність вживання заборонених наркотиків, слід оцінювати ширший спектр вживаних наркотиків (наприклад, метамфетамін, екстазі) й інші види поведінки, пов'язані з ризиком вживання наркотиків. Дослідження копіngu з емоціями й регуляції емоцій є багатообіцяючою сферою досліджень, що може мати значні профілактичні наслідки для молоді з груп високого ризику.

До того ж, дослідження показали, що активні копери можуть вживати наркотики зі зовсім інших причин порівняно з людьми, які вдаються до копіngu й регулюють емоції іншими способами. Цілком можливо, що активні копери переважно використовують наркотики з рекреаційних і / або експериментальних причин, а не як основний спосіб впоратися зі стресом або регулювати негативні емоції (Boys and Marsden, 2003; Dow and Kelly, 2012). Хоча для перевірки цих припущень необхідні додаткові дослідження, результати показують, що виявлення схильностей до копіngu й регулювання емоцій серед молодих людей із високим ризиком може пролити світло на складні відносини між вживанням наркотиків і ризикованою поведінкою. Виявлена різноманітність профілів копіngu / PE дає змогу припустити, що програми й інтервенції, розроблені для груп високого ризику, повинні враховувати різні мотиви вживання наркотиків, а також конкретні сильні і слабкі сторони людей із різними профілями копіngu / PE. З огляду на те, що копінг і регулювання емоцій також може бути концептуалізованим, як процес, за допомогою якого копінг-зусилля можуть варіюватися залежно від характеристик навколишнього середовища, дослідники можуть застосовувати ці знання, щоби дізнатися більше про те, як люди справляються зі стресорами в різних обставинах (Lazarus, 1993). У підсумку ці знання можуть дати уявлення про причини / мотивації, що їх покладено в основу ризикової поведінки молоді, і їх можна використати для надання молоді корисних навичок / інструментів подолання стресу й регулювання емоцій.

Тестові завдання до Теми 12

12.1. PHQ-2 та PHQ-9 застосовуються для виявлення ...

- 1) Порушень сну
- 2) Залежності від кокаїну
- 3) Депресії
- 4) Девіацій сексуальної поведінки

12.2. GAD-7 — це інструмент самостійного скринінгу із 7 пунктів, які оцінюють симптоми ...

- 1) Тривоги
- 2) Залежності
- 3) Ризикованої поведінки
- 4) Усі відповіді вірні

12.3. Основна ціль PCL ...

- 1) Скринінг людей на наявність ПТСР
- 2) Допомога в діагностичній оцінці ПТСР
- 3) Моніторинг зміни симптомів ПТСР.
- 4) Усі відповіді вірні

12.4. PCL складається з ...

- 1) 7 пунктів
- 2) 10 пунктів
- 3) 7 пунктів
- 4) 20 пунктів

12.5. DERSSF це шкала труднощів у регулюванні ...

- 1) Емоцій
- 2) Поведінки
- 3) Апетиту
- 4) Вживання алкоголю

12.6. Зазвичай ПТСР пов'язаний із ...

- 1) Важким стресом
- 2) Надмірною вагою
- 3) Расою
- 4) Рівнем IQ

12.7. DERS-SF включає до себе ...

- 1) 2 запитання
- 2) 10 запитань
- 3) 18 запитань
- 4) Використовує іншу модель

12.8. Копінг це ...

- 1) Копіювання дорослої поведінки підлітками
- 2) Використання енергії емоційних переживань для організації конструктивної цілеспрямованої поведінки
- 3) Використання офісної техніки для отримання копії будь-яких документів
- 4) Використання алкоголю, змішаного із барбітуратами для отримання принципово більш сильного ефекту

12.9. Один з дієвих методів полегшення стану при ПТСР – EMDR це ...

- 1) метод десенситизації й перероблення рухом очей
- 2) Еклектична форма психотерапії
- 3) Комбінація антидепресантів із анксиолітиками
- 4) Жоден з варіантів

12.10. Для оцінки присутності клінічної тривоги застосовують ...

- 1) HAM-A
- 2) HADS
- 3) CAS
- 4) Усі відповіді вірні

Тема 13. Інструменти для оцінювання коморбідної поведінки Частина 2. Екстерналізована поведінка

Відео до Теми 13. Інструменти для оцінювання
коморбідної поведінки (Частина 2. Екстерналізована поведінка):



<https://youtu.be/QCyYROoid0w>

Екстерналізована поведінка є основним чинником виникнення злочинності серед неповнолітніх і дорослих, а також насильства (Betz, 1995; Farrington, 1989; Moffitt, 1993). Екстерналізаційну поведінку в дитинстві та злочинність серед неповнолітніх усе частіше розглядають як проблему громадського здоров'я (Campbell, Harris, & Lee, 1995; Hann, 2002). У 1996 році правоохоронні органи заарештували 2,9 млн неповнолітніх (Olds et al., 1998). Вбивство є другою провідною причиною смерті серед 15–24-річних дітей у Сполучених Штатах і є головною причиною смерті для молодих афроамериканських чоловіків і жінок (Національний центр профілактики та контролю травм, 1996). Отже, запобігання насильству стало одним із найактуальніших проблем суспільства сьогодні (Campbell et al.; Gournay, 2001; Hann; Parker, McFarlane, Soeken, Silva, & Reel, 1999). Тому розуміння поведінки дитини з екстерналізацією є критично важливим для професіоналів медичної сфери, які спеціалізуються на дитячому та підлітковому лікуванні психіатричного та психічного здоров'я. У дослідницькій літературі ці екстерналізувальні розлади поділяють на руйнівні, гіперактивні й агресивні форми поведінки (Hinshaw, 1987). Відповідно в контексті цієї статті три головні проблеми поведінки — агресія, правопорушення (деліквентність) і гіперактивність. Інші терміни, що їх використовують для опису зовнішніх поведінкових проблем, містять «проблеми поведінки», «антисоціальні» та «підконтрольні» (Hinshaw).

Дослідження показують, що дитяча агресія є сильним предиктором злочинності та насильства серед дорослих. Навпаки, діти можуть розвивати такі проблеми поведінки, як вилучені, тривожні, пригнічені та депресивні поведінки, проблеми, які більш центрально впливають на внутрішнє психологічне середовище дитини, а не на зовнішній світ. Інші терміни для цього кластеру проблем поведінки містять «невротичний» і «надконтрольований» аспекти (Campbell et al., 2000; Eisenberg et al., 2001; Hinshaw, 1987). Неминуче ця дихотомія не є ні досконалою, ні повноцінною. Наприклад, інтерналізація поведінки дитини може негативно впливати на інших, враховуючи братів і сестер, батьків, однолітків і вчителів. Аналогічно, діти з проблемами поведінки, яка екстерналізується, можуть не тільки негативно вплинути на їхній зовнішній світ, але й психологічно страждати внутрішньо. Фактично, існує значна коморбідність між екстерналізувальними й інтерналізувальними проблемами поведінки (Hinshaw). Інакше кажучи, агресивні діти також можуть відчувати занепокоєння і, навпаки, депресивні діти — виявляти проблемну поведінку. Терміни «екстерналізаційні поведінкові проблеми» й «антисоціальні» майже синоніми. Водночас ці конструкції іноді розрізняють. Наприклад, Shaw і Winslow (1997) стверджують, що «переважно використовуємо термін «екстерналізувальна поведінка», а не «антисоціальна поведінка» для обговорення не настільки деструктивної поведінки дітей». Отже, зрозуміло, що деякі дослідники розглядають екстерналізувальну поведінку як менш виражену форму антисоціальної поведінки, особливо в дітей молодшого віку.

Крім того, екстерналізувальна конструкція перебачає гіперактивність, натомість є деякі гіперактивні діти, які не є антисоціальними. Це знову ілюструє відмінність між термінами «екстерналізація» й «антисоціальність». Асоціація психіатрів [АПА], 1994) передбачає опозиційну поведінку (негативну, ворожу та

зухвалу поведінку), особливо виявлену з боку дітей до своїх батьків та вчителів; Hinshaw (1987) стверджує, що невідомо, чи є це окремою категорією. Знову ж таки, ці проблеми ранньої поведінки, як правило, менш значні, ніж агресія і злочинність, і їх розглядають як попередник важливіших екстерналізованих розладів, таких як розлад поведінки.

Незважаючи на ці проблеми визначення та спільної захворюваності, існує, однак, корисність для поділу конструктів екстерналізації та інтерналізації проблем поведінки. Діти з проблемами поведінки частіше ростуть, щоби стати злочинцями, як підлітки, і злочинними й насильницькими, як дорослі (Farrington, 1997).

Гіперактивні діти також частіше ростуть, щоби стати злочинцями, хоча не всі вони мають такий результат (Mannuzza, Klein, Konig, Giampino, 1989). Аналогічно діти з копінговими проблемами поведінки частіше ростуть у депресії та тривозі (APA, 1994).

Типи екстерналізованої поведінки

Як правило, діти, які екстерналізуються, виявляють свої емоційні проблеми, скеровуючи гнів, розчарування, тривогу або інші емоції в агресивну або делінквентну поведінку. Приклади делінквентної поведінки можуть містити шахрайство, підпал, лайку, крадіжку, прогули, брехню і вандалізм. Діти можуть екстерналізуватися через різноманітну агресивну поведінку, наприклад, похвалитися, кричати, шукати уваги, сперечатися, дражнити, погрожувати, вимагати і проявляти свій характер. Гіперактивність і імпульсивність також класифікують як типи екстерналізованої поведінки.

Екстерналізована поведінка — це негативна поведінка, спрямована на зовнішнє середовище.

Таким чином, поведінка, що екстерналізується в дитинстві, є важливим конструктом у сфері дитячого та підліткового психіатричного та психічного здоров'я. Краще розуміння цієї проблеми поведінки та чинників ризику, що їх покладено в основу, є необхідним для вивчення того, як запобігти цим проблемам поведінки в майбутньому. Розвиваючи потужну базу знань про екстерналізацію поведінки, можна буде розробляти заходи, що зменшують таку поведінку. Для детальнішого вивчення цієї проблеми пропонуємо застосовувати методи скрінінгу. У цьому розділі розглянемо такі інструменти, як Adult Self-Report (ASR), Youth Self-Report Form (YSR), YADQ, Barratt Impulsiveness Scale (BIS), Illinois Bully Scale, Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI).

13.1. Деліквентна поведінка та правопорушення

Деліквентність — це широкий й багатозначний термін. Фаррінгтон (1987) стверджував, що він відображає різноманітні антигромадські акти, такі як крадіжка, крадіжка зі зломом, грабїж, вандалізм, вживання наркотиків і насильство. Технічно термін «деліквентність неповнолітніх» — це юридична концепція, яка передбачає порушення закону неповнолітніми. З іншого боку, більшість правопорушників не виявлено, і тому загальніший термін «деліквентність» є майже синонімом антисоціальної поведінки. Важливо зазначити, що такі правопорушення стосуються форм антигромадської поведінки, які не містять насильницьких дій. Натомість подібні дії охоплює раніше описана концепція агресії.

Такий розлад поведінки має агресивні форми антисоціальної поведінки, такі як бійка, жорстокість і знущання. Субшкала соціалізованої агресії не містить предметів агресії, а замість цього оцінює такі поведінки, як брехня, обман і крадіжка, які часто проводяться в компанії інших хлопців-правопорушників. Як і щодо агресії, хлопці більше залучені, ніж дівчата.

Таке розмежування між агресивними й неагресивними формами антигромадської поведінки є, мабуть, сумнівним. Діти, які мають високий рівень

агресії, також високо оцінюють заходи неагресивних форм антисоціальної поведінки, і навпаки. Тим не менше, як деліквентність, так і агресія є центральними для побудови зовнішніх проблем поведінки. Психосоціальні та екологічні чинники були втягнуті в етіологію як деліквентності, так і агресії. Деякі дослідники запропонували вивчити як деліквентну, так і агресивну поведінку (Huesmann, 1997; Shahinfar, Kupersmidt, Matza, 2001). Наприклад, Moise і Huesmann (1996) виявили зв'язок між насильницьким переглядом телебачення в перший рік дослідження й агресією 2 роки після того для дівчаток у віці від 6 до 11 років. Іншим важливим впливом як на деліквентність, так і на агресію є вплив фізичного та сексуального насильства (Fogel & Belyea, 2001; Widom, 1997). Інші висловлювалися за важливість транзакційних впливів на антигромадську поведінку, що містить складну взаємодію між батьківським стресом, батьківською реакцією, дисциплінарними практиками та дитячим темпераментом (Shaw & Winslow, 1997).

Генетичні впливи також залучені до ненасильницьких форм антигромадської та злочинної поведінки. Дослідження показали, що антисоціальна та кримінальна поведінка є частково генетично визначеними. Це свідчить про те, що хоча насильницькі та ненасильницькі форми антисоціальної поведінки мають багато спільного, вони можуть відрізнятися тим, що спадкові впливи можуть впливати на останнє, але не на перше.

13.1.1. Самозвіт для дорослих

ASR (Adult Self-Report - ASR; Achenbach & Rescorla, 2003) — це опитувальник із 126-ти запитань самозвіту для дорослих (вік 18–59 років), за допомогою якого можна оцінити аспекти адаптивного функціонування та проблем. Анкета надає оцінки для таких шкал синдрому: тривожний / депресивний, вилучений, соматичні скарги, проблеми з думкою, проблеми з увагою, агресивна поведінка, поведінка, що порушує правила, та інтрузивна поведінка. Анкета містить оцінки для наступних DSM-орієнтованих шкал: депресивні проблеми, проблеми тривоги, соматичні проблеми, усунення проблем особистості, проблеми дефіциту уваги / гіперактивності (неуважність і гіперактивність / імпульсивні субшкали) й антигромадські проблеми особистості. Крім того, анкета запитує про використання таких речовин: тютюн, алкоголь і наркотики. Елементи оцінюють за 3-бальною шкалою: 0 — неправдиво, 1 — декілька або іноді правда, 2 — дуже правда або часто правда.

Критерій правдивості самозвіту для дорослих

Опитувальник для дорослих (ASR; Achenbach & Rescorla, 2003) є об'єктивним показником поведінкових, емоційних та соціальних проблем у дорослих. Воно розроблено для вимірювання восьмисиндромної моделі психопатології Ахенбаха (Achenbach & Rescorla, 2003). Вісім шкал синдрому позначені як тривожно-депресивні, вилучені, соматичні скарги, проблеми думки, проблеми уваги, агресивна поведінка, поведінка, що порушує правила, та інтрузивна поведінка. Інструменти клінічної оцінки, такі як ASR, повинні мати переконливу емпіричну підтримку, щоби їхня достовірність вважалася клінічно корисною (Anastasi, 1994). Важливо, що їхню здатність розрізняти патологічний і нормальний суб'єкти потрібно продемонструвати (критерій валідності).

Дуже мало досліджень оцінювали критерій обґрунтованості ASR. Більшість досліджень валідності проведені за попередньою версією самоопитування молоді (наприклад, Dingle et al., 2011; Giaconia et al., 2001; Ristkari et al., 2006; Stranger et al., 1995; Wiznitzer et al., 1992) і не їх можна застосовувати до ASR. Фактично, знайшли лише одне дослідження з актуальною версією ASR (Strömbäck et al., 2015), окрім того, що представлено у вказівках до ASR (Achenbach & Rescorla, 2003). В останньому дослідженні багатофакторний аналіз показав, що в клінічних пацієнтів були значно вищі оцінки за кожною із восьми шкал синдрому, порівняно з незгаданим зразком. Середній ефект спостерігався у тривожно-депресивній увазі до проблем та

шкали порушення правил, у той час як невеликі розміри ефектів були в інших п'яти шкалах. В аналізі дискримінантної функції вісім шкал синдрому дали змогу виконати правильну перехресну класифікацію — 71 %. У дослідженні Strömbäck et al. (2015) двовимірні порівняння показали, що шведські жінки, які мають проблеми, пов'язані зі стресом, порівняно зі здоровими жінками, мали набагато вищі оцінки (середні та великі розміри ефектів) щодо скам'янілих, соматичних скарг, проблем уваги та мислення.

Біваріантні аналізи показали, що клінічна група мала значно вищу оцінку на кожній із восьми шкал синдрому ASR із середнім чи великим рівнем ефекту. Аналіз дискримінантної функції показав, що вісім шкал синдрому достовірно розрізняються між клінічними та порівняльними зразками.

Наведені результати підтверджують обґрунтованість критерію самостійного звіту для дорослих. Подальші дослідження повинні далі оцінювати обґрунтованість критерію, оцінюючи його асоціацію з конкретними психіатричними діагнозами.

Методика ASR захищена авторським правом і доступна для придбання та застосування за посиланням <https://store.aseba.org/ADULT-SELF-REPORT/productinfo/111/>

13.1.2. Самозвіт для молоді

Самозвіт для молоді Youth Self-Report Form – YSR (Achenbach & Edelbroek, 1983) є одним з інструментів скринінгу для поведінкових та емоційних проблем у дітей та підлітків, які становлять систему емпіричних оцінювань (ASEBA). YSR / 11–18 розроблено для молоді принаймні від п'ятого класу (11 років і старші). Під час адміністрування YSR / 11–18 в школах, як правило, необхідно заповнити форму в класі. З етичного погляду потрібно отримати дозвіл від школи та письмову згоду від батьків (за згодою молоді), присутність професіонала рекомендована, щоб координувати процес, коли учні відповідатимуть на запитання. Необхідно уникати втручання групи в індивідуальні відповіді та доступу до відповідей інших однокласників. YSR / 11–18 можна провести усно для учнів із низькими навичками читання. YSR виконує дитина або сам підліток, контрольний список дитини (CBCL) доповнюють батьки та вчителі формою звіту (TRF).

Перегляд 2001 року дав YSR у своєму нинішньому вигляді 112 проблемних пунктів протягом шестимісячного періоду, набраних за трибальною шкалою Лайкерта (0 = відсутній, 1 = іноді трапляється, 2 = часто виникає).

YSR, як і CBCL і TRF, дає бали на восьми емпірично отриманих шкалах синдрому:

- тривожний / пригнічений;
- уникання / пригнічені;
- соматичні скарги;
- соціальні проблеми;
- проблеми мислення;
- проблеми уваги;
- поведінка щодо порушення правил;
- агресивна поведінка.

Їх групують на два фактори вищого порядку: інтерналізація й екстерналізація. У перегляді 2001 року також додано шість DSM-орієнтованих шкал, що відповідають діагностичним категоріям DSM:

- афективні проблеми;
- проблеми тривоги;
- соматичні проблеми;
- СДУГ;

- опозиційні зухвалі проблеми;
- проблеми поведінки.

Підсумки:

- Відповідні цільові групи: підлітки від 11 до 18 років.
- Варіанти адміністрування: доступні версії папір – олівець і адміністрування за допомогою комп'ютера. Доступні формати: самовиконання (папір – олівець), самовиконання (комп'ютер).
- Необхідний час: орієнтовно 10 хвилин.
- Доступні мови: англійська та ін. (докладніше - див. офіційний вебсайт).

Доступні інструменти у варіанті платного використання.

13.1.3. Опитувальник керування автомобілем у стані сп'яніння для молоді YADQ (Донован, 1992)

Молодь та керування автомобілем: поведінкові та психосоціальні кореляти

ДТП на автотранспортних засобах є провідною причиною смерті серед молоді в США. Від 40 % до 50 % всіх підлітків загинуло внаслідок травм унаслідок ДТП (Karpf and Williams, 1983; Perrine et al., 1989). Несподівано мало відомо про фактори, які впливають на поведінку водіння серед підлітків і молодих дорослих.

Протягом останніх років дослідники більше уваги звертають на один з факторів вживання алкоголю перед водінням. Підраховано, що понад половина аварій із загибеллю за участю підлітків пов'язані з алкоголем (Perrine et al., 1989). З 15 тисяч старшокласників, яких опитали 1987 року дослідники Мічиганського університету в межах щорічного загальнонаціонального моніторингу вживання наркотиків, 27 % повідомили, що їздять після вживання алкоголю, а 15 % повідомили про водіння після п'яти або більше напоїв (NCDD, 1988). Унаслідок національного опитування молоді в США виявлено, що у 1983 році 40 % осіб у віці від 18 до 24 років їздили один або більше разів в стані алкогольного сп'яніння, тому п'яні або особи з високим вмістом алкоголю – це в середньому 5,2 раза на людину (Elliott, 1987).

Другий фактор, що впливає на залучення дорослих до підлітків, а саме: різноманітність інших методів водіння, які підвищують ризик нещасних випадків, отримав набагато менше уваги. Ці ризиковані поведінки водіння передбачають вживання наркотиків і водіння, а також інші практики, такі як перевищення швидкості, надмірне наближення до інших автомобілів, проїзд на перехрестях на жовте світло та раптові зміни руху. Дослідження спостережень (наприклад, Evans і Wasielewski, 1983; Quimby and Watts, 1981; Wasielewski, 1984) й офіційних порушень водіння (наприклад, Peck, 1985) свідчать, що така ризикова практика водіння більше поширена серед молодих водіїв, ніж серед старших водіїв. Ці ризиковані практики водіння можуть впливати на певну частину смертельних випадків серед підлітків, які не пов'язані з вживанням алкоголю.

Ставлення до їзди у стані алкогольного сп'яніння інших категорій ризикованої поведінки не було добре вивчене в підлітковому та молодому віці. У дослідженнях серед дорослих водіїв виявлено, що ризиковий рух і порушення правил дорожнього руху частіше пов'язані з вживанням алкоголю та їзди (Hingson et al., 1988, 1990; Wilson and Jonah, 1985). Денніс Донован навіть висловив припущення, що порушники дорожнього руху є підтипами більшого класу водіїв високого ризику (Донован та ін., 1983, 1985). У зразках підлітків частота вживання алкогольних напоїв виявилася кореляційною з повідомленнями про перевищення швидкості (Farrow, 1985; Jonah і Dawson, 1987), з керуванням після використання марихуани або інших незаконних наркотиків (Barnes and Welte, 1988; Hingson et al., 1982; Swisher, 1988; Wechsler et al., 1984) і з повідомленою частотою ризику в дорожньому русі (Jessor, 1987). Інші ризикові практики водіння ще не вивчені у взаємозв'язку з вживанням алкоголю в підлітковому віці.

Опис опитувальника YADQ

Анкета для молоді становить 18 сторінок. Анкета розрахована на осіб, соціальне середовище та самооцінювання поведінки, спочатку її розроблено для тестування теорії поведінки серед студентів середньої школи та коледжу (Jessor and Jessor, 1977), а пізніше модифіковано для використання серед молоді середнього та старшого віку. Вона також містить безліч шкал, розроблених спеціально для цього дослідження, а також адаптовані варіанти заходів, що їх розробили інші дослідники (наприклад, заходи конкурентної швидкості, агресивність водіння і зменшення напруги від Donovan et al., 1985).

Для того, щоби зменшити проблеми, зумовлені ненадійністю вимірювань, кожна з конструкцій у цій статті представлена прихованою змінною, яка виводиться з або базується на численних вимірних змінних. Такий підхід дає змогу оцінити «справжню оцінку» або безаварійну частину для кожної латентної змінної й у такий спосіб оцінити незрівнянні кореляції (кореляції, скориговані для ненадійності заходів) серед прихованих змінних. Подальші описи вказують, які заходи слугують індикаторами для кожної латентної змінної.

13.2. Контроль імпульсивності. Гіперактивність.

Hinshaw (1987) стверджує, що термін «гіперактивність» є одним із найзаплутаніших термінів у психопатології. Плутанина виникає тому, що це термін, який справді належить до двох типів проблем. Перший тип — це перевищення рухової активності або неспокою, тоді як другий тип — дефіцит уваги, особливо щодо того, що дитина не здатна підтримувати та модулювати свою увагу в контрольованих умовах, наприклад, у класі. Відображаючи цю незрозумілу суміш двох основних проблем, DSM-IV використовує термін «розлад дефіциту уваги / гіперактивності» (APA, 1994). Хоча це один із розладів, діти можуть відповідати критеріям для нього, або мають симптоми неухважності (наприклад, не слухають, проблеми тримають увагу, легко відволікаються) або мають симптоми гіперактивності-імпульсивності (наприклад, сутички, часто перериваються).

У спробі розмістити деякий порядок на цій плутанині, DSM-IV визначає три підтипи дефіциту уваги / гіперактивності: а) комбінований тип; б) переважно невластивий тип; в) переважно гіперактивно-імпульсний тип. У цій статті загальний термін «гіперактивність» використовуватимемо як скорочення для опису уваги та гіперактивних форм цього розладу.

Як агресія і злочинність, гіперактивність виявляється частіше в хлопчиків, ніж у дівчаток, і вважається, що вона вражає від 3% до 5% населення шкільного віку (APA, 1994; Hinshaw, 1987). Хоча батьки часто помічають початок цієї проблеми в дітей ясельного віку, цей розлад зазвичай діагностують, коли дитина перебуває в початковій школі. Після цього часу розлад зазвичай стабільний протягом усього підліткового віку; симптоми мають тенденцію до зниження тяжкості в пізньому підлітковому віці й ранньому дорослому віці, але деякі проблеми зберігаються й у дорослому віці для деяких дітей. Як зазначено вище, гіперактивні діти мають підвищену ймовірність стати злочинцями у зрілому віці (Mannuzza et al., 1989).

Концепція гіперактивності стає все важливішою в спробі зрозуміти, які діти, швидше за все, не переростять свої проблеми, але навпаки, залишатимуться проблемними для суспільства в зрілому віці. Діти, які мають як гіперактивність, так і проблеми з поведінкою, є найскладнішими дітьми. Серед дітей із гіперактивністю підгрупа, яка також має розлад поведінки, має найгіршу соціальну адаптацію в подальшому житті (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990). Зокрема, важливе питання стосується того, які діти можуть вирости, щоби стати психопатами, з важким типом антисоціальної поведінки, що характеризується відсутністю каяття і провини, притупленим афектом, імпульсивністю й безвідповідальною поведінкою. Lynam (1998) стверджує, що діти, які мають проблеми як із поведінкою, так і з

гіперактивністю, імпульсивністю та увагою, часто нагадують психопатичних правопорушників у світлі нейропсихологічних заходів, він називає їх «молодими психопатами». Оскільки широка конструкція екстерналізувальної поведінки містить як гіперактивність, так і проблеми поведінки, ті діти, які досягли високого рівня цього екстерналізувального конструкта, можуть ризикувати для розвитку дорослої психопатії. Концепція гіперактивності стає все важливішою в спробі зрозуміти, які діти, швидше за все, не переростять свої проблеми, але навпаки, залишатимуться проблемними для суспільства в зрілому віці. Давно відомо, що гіперактивність є прогностичною ознакою пізньої антисоціальної поведінки (Lilienfeld & Waldman, 1990). DSM-IV зауважує: «Значна частина дітей, які звертаються до клінік із дефіцитом уваги / гіперактивного розладу, також мають протилежний дефіцитний розлад або порушення поведінки» (APA, 1994, с. 81). Подальші дослідження дітей із гіперактивністю показують, що вони мають вищі показники проблемної поведінки в пізньому дитинстві та підлітковому віці (Mannuzza, Klein, & Addalli, 1991; Barkley et al., 1990).

13.2.1 Шкала імпульсивності Barratt (BIS; Spinella, 2007)

Імпульсивність — це фактор, який стосується нормальних індивідуальних відмінностей у особистості та екстремальнішої патології особистості серед клінічних груп. Імпульсивність уже давно розглядають як складну конструкцію (Barratt & Patton, 1983), яка відображена в одній із найпопулярніших визначень імпульсивності «як схильність до швидких, незапланованих реакцій на внутрішні або зовнішні стимули без урахування негативних наслідків цих реакцій на імпульсивні особистості або на інших» (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001). Питання про те, чи здатна людина модулювати своє пізнання й поведінку відповідно до вимог певного середовища, є надзвичайно важливим практично в будь-якій можливій ситуації. У зв'язку з цим існує широкий інтерес до розуміння ролі імпульсивності серед здорових груп у діяльності, починаючи від поведінки праці (Everton, Mastrangelo, & Jolton, 2005) до результатів освіти (Diamantopoulou, Rydell, Thorell, & Bohlin, 2007).

Як правило, імпульсивну поведінку суспільства розглядають як контрпродуктивну, й індивідуальні відмінності в імпульсивності виявляються пов'язаними з низкою соціально девіантних поведінок, таких як агресія (Houston, Stanford, Villemarette-Pittman, Conklin, Helfritz, 2003), зловживання (Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, Moeller, 2004). Нарешті, імпульсивність є симптомом декількох розладів, враховуючи розлад дефіциту уваги / гіперактивності, прикордонний розлад особистості й антисоціальний розлад особистості (American Psychiatric Association, 2000), а також основу для окремого розділу в DSM-IV-TR. Порушення імпульсного контролю не класифікують в інших місцях (стосуються періодичних вибухових розладів, клептоманії, піроманії та патологічних азартних ігор; (American Psychiatric Association, 2000).

Враховуючи свою актуальність, як для здорової, так і для шкідливої поведінки, значне зацікавлення щодо достовірного оцінювання імпульсивності наявне в науковій літературі.

Субстрати імпульсивності

Огляд декількох аналітичних досліджень (Barratt, 1965; Eysenck & Eysenck, 1977; Twain, 1957) переконав Barratt у тому, що імпульсивність не є одновимірною, як він спочатку вважав. Після тривалої серії аналізів (Barratt, 1965, 1972; Barratt & Patton, 1983), спрямованих на розвиток не тільки масштабу, ортогонального до тривоги, але й пулу елементів, що конкретніше вимірюють імпульсивність на відміну від інших, «орієнтованих на дії», ознак, такі як пошук сенсації, екстраверсія і прийняття ризику, Барратт запропонував, щоб імпульсивність складалася з трьох підзалежностей. Тож BIS (версія 10) переробили для вимірювання теоретичних підтек когнітивної імпульсивності, моторної імпульсивності та непланової

імпульсивності (Barratt, 1985). У межах трьох концептуальних концепцій, когнітивна імпульсивність передбачала швидке прийняття рішень, імпульсивність моторики – дію без мислення, а непланована імпульсивність – відсутність «майбутнього» або передбачення (Barratt, 1985). Згодом ця трипотокова структура імпульсивності була послідовно показана в літературі (Gerbing, Ahadi, & Patton, 1987; Luengo, Carrillo-de-la-Pena, & Otero, 1991; Miller, Joseph, & Tudway, 2004, Bagby, & Webster, 1993; Patton et al., 1995).

BIS-11 виникла як остання спроба Барратта конкретніше визначити субтрати імпульсивності. Аналіз основних компонентів (PCA) проводився на даних BIS-10, зібраних із вибірки 412 студентів університету. Створено шість факторів першого порядку; увага, рух, самоконтроль, когнітивна складність, наполегливість, когнітивна нестійкість. Це відповідало попередній роботі, яка показала, що імпульсивність має широку факторну структуру першого порядку (Gerbing et al., 1987). Вивчення факторів першого порядку показало очікувані три другорядні фактори з однією важливою відмінністю. У той час як субтрати моторної імпульсивності (моторика й наполегливість факторів першого порядку) і позапланової імпульсивності (фактори самоконтролю першого порядку й когнітивна складність) були чітко ідентифіковані, третій фактор мав велике навантаження на когнітивні елементи й не був точно описаний як когнітивна імпульсивність субтракту (Barratt, 1985).

Інше опубліковане дослідження також повідомляло про труднощі під час виявлення когнітивної імпульсивності в разі використання BIS-10 (Luengo et al., 1991). Як наслідок, цей третій фактор був позначений як імпульсивність уваги (фактори уваги першого порядку й когнітивна нестабільність) і визначений як нездатність зосередити увагу або зосередитися. Хоча багато дослідників згодні з висновком Барратта про те, що імпульсивність є багатогранною конструкцією, більшість досліджень, що використовують BIS-11, повідомляють лише про загальну кількість балів, ігноруючи субшкали першого і другого порядків. Оскільки імпульсивність є такою складною конструкцією, розуміння відносного внеску кожної із субшкал є критично важливим для точної характеристики загального рівня імпульсивності індивіда.

Розлади використання речовин

Відомо, що споживачі речовини мають високу імпульсивність, і це відображено в їхніх оцінках BIS-11. Наприклад, вищі бали BIS-11 знайдені для дорослих, залежних від кокаїну (Lane, Moeller, Steinberg, Buzby, & Kosten, 2007) і користувачів Ecstasy (Bond, Verheyden, Wingrove, & Curran, 2004) щодо контролю. Хоча це не зовсім дивно, що споживачі речовин отримали б вищу оцінку в BIS-11, чутливість інструменту до відмінностей у розладі вживання речовин вражає. Ранні алкоголізм оцінюється вище в BIS-11, ніж пізній, які, як правило, вважаються менш складними (Dom, D'haene, Hulstijn, & Sabbe, 2006a). Крім того, серед суб'єктів, що залежать від алкоголю, кількість щоденних сигарет, що їх викурюють, співвідноситься із субшкалою непланування (Dom, Hulstijn, & Sabbe, 2006c; Skinner, Aubin, & Berlin, 2004). Нарешті, оцінки BIS-11 передбачають рівень використання креку / кокаїну (Lejuez, Bornovalova, Reynolds, Daughters, & Curtin, 2007).

Інші розлади осі I

Низка досліджень показала, що наявність розладу настрою корелює зі значно високим рівнем імпульсивності (Peluso et al., 2007; Swann, Steinberg, Lijffijt, & Moeller, 2008; Swann et al., 2004, van den Eynde et al., 2008). Порівняно з пацієнтами з уніполярною депресією біполярні невпорядковані пацієнти виявляють вищий рівень імпульсивності (Peluso et al., 2007; Swann et al., 2008; van den Eynde et al., 2008). У біполярному розладі три субтрати імпульсивності диференційно пов'язані з афективними станами розладу з імпульсивністю моторики, пов'язаної з

маніакальними епізодами, неплановою імпульсивністю, пов'язаною з депресивними епізодами, й імпульсивністю уваги, пов'язаною як із маніакальними, так і з депресивними епізодами (Swann et al., 2008). Відповідно до цих висновків Peluso і його колеги (2007) висунули гіпотезу, що непланована імпульсивність залежна від симптому однополярної депресії.

Шкала імпульсивності Барратта не лише сформувала нинішню концепцію імпульсивності як феномена, але продовжує бути важливим інструментом у виникненні подальших досліджень особистості через 60 років від початку її розвитку. Мало рис особистості є так само соціально значущими, як імпульсивність. Її вплив відчувається в широкому спектрі галузей, враховуючи психічне здоров'я, бізнес, кримінальне правосуддя та освіту. Сподіваємося, що, коли дослідження про імпульсивність рухатиметься вперед, BIS-11 можна розглядати як стандартну точку відліку. Його включення до всіх майбутніх досліджень імпульсивності та послідовної звітності про його субшкалах допомогло б досягти однорідності у визначенні, що було відсутнє в літературі імпульсивності, і дало б змогу порівняти рівні досліджень, які не мали б аналогів у дослідженнях особистості. Крім того, можна припустити, що детальніше дослідження субшкал BIS-11 в межах різних психопатологій, як це зроблено в разі біполярного розладу (Swann et al., 2008), може привести до ефективнішої діагностики та лікування. Протягом останніх 60 років досягнуто значних успіхів в оцінюванні імпульсивності, а доктор Ернест С. Баррат і його шкала імпульсивності відіграли значну роль у цьому прогресі.

Опис. Шкала імпульсивності містить 30 пунктів, які оцінюються для отримання шести чинників першого порядку (увага, моторика, самоконтроль, когнітивна складність, наполегливість, імпульсивність когнітивної нестабільності) і три чинники другого порядку (імпульсивність уваги, моторики та непланування).

BIS є найширше використовуваним показником самоповіді імпульсних рис особистості. Хоча спочатку він розроблений у Сполучених Штатах, BIS-11 широко застосовувався по всьому світу, зокрема в Австралії, Бельгії, Бразилії, Канаді, Китаї, Естонії, Франції, Німеччині, Греції, Ізраїлі, Італії, Японії, Кореї, Нідерландах, Шотландії, Іспанії, Швейцарії, Тайвані, Туреччині та Великобританії.

Першу версію шкали, BIS-1, випущено в 1959 році. Другу версію, BIS-11, випущено в 1995 році.

Валідність. Patton та ін. повідомили про внутрішні коефіцієнти узгодженості для загальної оцінки BIS-11, яка коливається від 0,79 до 0,83 для окремих популяцій випускників, хворих на зловживання наркотичними речовинами, загальних психіатричних пацієнтів та ув'язнених.

13.3. Жорстокість та агресія

Загалом агресія є одним із компонентів розладу поведінки; вона складається з фізичних або вербальних поведінок, які завдають шкоди або загрожують іншим, враховуючи дітей, дорослих і тварин (APA, 1994). Крім того, агресія може бути або доречною і само захищеною, або деструктивною для себе та інших (Ferris & Grisso, 1996). Це важлива концепція, що стосується дитинства, оскільки дослідження показують, що дитяча агресія є сильним предиктором злочинності й насильства серед дорослих (Farrington, 2001; Moffitt, 1993). Крім того, Фаррінгтон виявив, що ранній початок агресивної та антисоціальної поведінки був найсильнішим предиктором пізніх переконань. Загалом агресія трапляється частіше в хлопчиків, ніж у дівчаток. Хоча хлопці часто займаються фізичною агресією, дівчата частіше показують те, що було названо «реляційною агресією», наприклад, вилучення інших із їхньої соціальної групи, і наклеп (Hadley, 2003). Є кілька різних типів агресії. Теоретичні перспективи агресії передбачають наявність функціонально різних підтипів агресії (Dodge & Schwartz, 1997; Feshbach, 1971). Важливо враховувати

багатоаспектність агресії, оскільки вважається, що різні стимули поєднуються з різними типами фізіологічних і психічних процесів для створення виразних форм агресії. Хоча були запропоновані різні класифікаційні системи агресії, ці типології дещо перекриваються, причому кожна система має дещо інший акцент.

Однією з впливових і видатних моделей підтипу агресивності є відмінність між інструментальною і ворожою агресією (Feshbach, 1970). Ворожу агресію можна розглядати як реакцію на фізичну або вербальну агресію, ініційовану насильством із боку інших людей, яка є порівняно неконтрольованою й емоційно зарядженою, і що викликає травмування або біль жертви з незначною або зовсім відсутньою перевагою для агресора. Ця форма агресії називається «афективною», «реактивною», «оборонною», «імпульсивною» або «гарячою» агресією (Atkins & Stoff, 1993). Навпаки інструментальна агресія більш «хижацька», «інструментальна», «активна», «атакувальна» або «холоднокрровна» у своїй природі. Цей тип агресії характеризується, як контрольована, цілеспрямована агресія, яка не має емоцій і використовується для досягнення бажаної мети, враховуючи домінування та контроль над іншими людьми (Atkins & Stoff; Dodge, 1991; Feshbach, 1970; Meloy, 1988). Meloy також розглядає агресію на людях як переважно афективну або хижацьку. Крім того, Dodge класифікує дитячу агресію як проактивну або реактивну, визнаючи, що дуже мало агресивних дій є суто реактивними або проактивними. У DSM-IV (APA, 1994) покликаються на «переривчастий вибуховий розлад», форму клінічної агресії, за якої індивідуум для переривчастого короткого періоду втрачає контроль і стає надзвичайно агресивним.

Усе більше багатофакторний інтегративний підхід, який визнає роль як біологічних, так і соціальних чинників, приймають для розуміння агресії. Цілком ймовірно, існують як генетичні / біологічні, так і екологічні внески до розвитку агресивної поведінки. Хоча існують численні чинники, що сприяють розвитку дитячої агресії, їх зазвичай можна розділити на два основні типи: біологічний і психосоціальний. Інтеграція обох цих типів є ключовим моментом підходу біосоціальної взаємодії.

13.3.1. Іллінойська шкала булінгу: шкільний варіант. (Illinois Bully Scale, Espelage & Holt, 2001)

IBS – Illinois Bully Scale: Student Version – Іллінойська шкала булінгу (шкільний варіант) є емпірично валідизованим опитувальником для самостійного заповнення, який широко використовується для вимірювання знущань і віктимізації в шкільному середовищі, починаючи з третього класу. Часовий інтервал, який покриває опитувальник, 30 днів, тому його можливо використовувати з метою моніторингу рівня булінгу протягом навчального року. Запропонований варіант шкали є шкільною версією оригінальної шкали, яка спрощує аналіз результатів. На відміну від оригінальної шкали, яка має 18 запитань, об'єднані у 3 субшкали: булінг (9 запитань), бійки (5 запитань) та віктимізація (4 запитання). Наведена модифікація Іллінойської шкали булінгу поділяється на дві частини відповідно до ролі, яку виконує учень, – кривдника чи жертви:

1. Булінг (кривдник) – вимірює ступінь залучення учнів до знущань (запитання 1–9), об'єднує 8 запитань оригінальної шкали булінгу IBS та 1 запитання з шкали бійки IBS. Фізичне насильство та неконтрольована фізична агресія є окремими категоріями і виходять за межі поняття булінгу, тому в цьому опитувальнику з шкали бійки використано лише «погрози вдарити або поранити іншого учня» (запитання 6).
2. Віктимізація (жертва) – вимірює ступінь, в який учні самі стали жертвами знущань (запитання 10–16). Повністю включає в себе 4 запитання оригінальної шкали віктимізації IBS та 3 додаткові показники, які розширюють діапазон діагностики поведінкових проявів булінгу.

Інтерпретація результатів:

Бали рахуються відповідно до варіантів відповіді:

- Ніколи – 0 балів
- 1-2 рази – 1 бал
- 3-4 рази – 2 бали
- 5-6 разів – 3 бали
- 7 та більше разів – 4 бали

Чим більше сумарний бал, тим вище рівень булінгу (максимально 36 балів) та віктимізації (максимально 28 балів). Норми за цим опитувальником не існують, він розрахований на періодичні заміри у навчальному закладі з метою порівняння результатів протягом навчального року або з іншим часовим інтервалом. Відомо, що рівень проявів булінгу підвищується протягом навчального року – від осені до весни – тому слід порівнювати ідентичні часові інтервали поміж собою (середина року з серединою наступного року або весна з весною наступного року), щоб сезонні зміни у вираженості цієї поведінки не впливали на отриманий результат моніторингу.

Тут ми наводимо модифікацію IBS, розроблену в рамках проекту Second Step Bullying Prevention Unit (<https://www.secondstep.org/bullying-prevention>), використану в Українському лонгітюдному дослідженні.

IBS

Скільки разів Ти робив/ла наступне в школі за останні 30 днів?

	Обведи або закресли номер обраної відповіді:	Ніколи	1-2 рази	3-4 рази	5-6 разів	7 або більше
1	Я засмучував інших учнів для власного задоволення	1	2	3	4	5
2	Я з групою друзів дражнив інших учнів	1	2	3	4	5
3	Я поширював чутки про інших учнів	1	2	3	4	5
4	Я починав (підбурював) спори або конфлікти	1	2	3	4	5
5	Я допомагав переслідувати / дратувати інших учнів	1	2	3	4	5
6	Я погрожував вдарити або поранити іншого учня	1	2	3	4	5
7	Я підбурював інших до бійки	1	2	3	4	5
8	Я сам дражнив інших учнів	1	2	3	4	5
9	Я робив підлості комусь, коли був роздратований	1	2	3	4	5

Скільки разів наступне траплялося з Тобою в школі за останні 30 днів?

	Обведи або закресли номер обраної відповіді:	Ніколи	1-2 рази	3-4 рази	5-6 разів	7 або більше
10	Інші учні чіплялись до мене	1	2	3	4	5
11	Інші учні нецензурно ляяли мене	1	2	3	4	5
12	Інші учні давали мені принизливі прізвиська	1	2	3	4	5
13	Інші учні били та штовхали мене	1	2	3	4	5
14	Інші учні погрожували мені	1	2	3	4	5
15	Інші учні поширювали чутки або брехню про мене	1	2	3	4	5
16	Інші учні навмисно оминали мене або виключали з друзів	1	2	3	4	5

13.3.2. Опитувальник вивчення конфліктів під час побачень (інтимних стосунків) для підлітків. (CADRI – Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory, Wolfe et al., 2001)

Середина підліткового віку – це період розвитку, який характеризується встановленням близьких, інтимних стосунків з однолітками одностатевої та протилежної статі. Хоча в багатьох підлітків відносини здорові й підтримуючі, примусові й агресивні поведінки відбуваються з тривожною частотою. Наприклад, більше ніж третина учнів середніх шкіл повідомляють про вчинення одного або декількох образливих дій щодо знайомого партнера у цьому році, починаючи від порівняно незначних (наприклад, словесного переслідування або залякування) до важчих зловживань, таких як вдаряння, придушення, бійки та примусовий секс (Malik, Sorenson, & Aneshensel, 1997; Smith & Williams, 1992; Sudermann & Jaffe, 1993). Ці висновки викликали занепокоєння, що підлітковий вік є критичним періодом, у якому нагромаджені чинники ризику для образливого поводження перетворюються на тривалі моделі зловживання в інтимних стосунках (Jackson, Cram, & Seymour, 2000; Wolfe, Wekerle, Reitzel-Jaffe, & Lefebvre, 1998).

Дослідження причин і наслідків зловживань у стосунках із підлітками постають під сумнів через відсутність відповідних заходів зловживань для цієї вікової групи. Два найчастіші використовувані інструментарії оцінювання: шкали тактики конфлікту (CTS; Straus, 1979) та шкала психологічного приниження жінок (PMWI; Tolman, 1989), розроблені й нормовані майже виключно стосовно відносин дорослих і старших студентів. Нерозглянутий переклад цих заходів від відносин між дорослими та підлітками викликає занепокоєння щодо відповідності наявних заходів розвитку, структурності та адекватності діапазону вибірок. З погляду розвитку, наприклад, деякі елементи наявних заходів просто не підходять для підлітків (наприклад, використання дітей як загрози та тактики контролю, економічне зловживання). Крім того, інтимні партнерства середніх підлітків сильно відрізняються від партнерства дорослих із погляду тривалості, рівня зобов'язань, кількості попереднього досвіду, ступеня сексуальної близькості, рівноправного статусу партнерів для знайомств, а також причин і рішень конфліктів Furman & Wehner, 1997; Laursen & Collins, 1994).

Тому існує ймовірність того, що об'єктний пункт з наявних заходів, що основуються на дорослих, невпевнено відображає вид і ступінь зловживань, які найчастіше використовують підліткові партнери (Molidor & Tolman, 1998). До відмінностей між підлітковими та дорослими партнерствами також належить, що започаткування зловживань у стосунках зі знайомствами підлітків перетинається з нормативними особливостями поведінки. Незрілість і відсутність досвіду, а також зусилля, пов'язані з дорослими, щоби домінувати й контролювати партнера, можуть сприяти зловмисним діям, таким як вербальні придушення й образи. Таким чином, вид зловживань у стосунках зі знайомствами для підлітків містить нижчий рівень вербального образливого поведінки та низькі показники шкідливішої поведінки, яку вчинили обоє партнерів (Wekerle & Wolfe, 1999). Отже, насильство в середині підліткового віку може бути менш диференційованим за підтипами злочинців або підтипами поведінки (емоційний, фізичний, сексуальний, економічний тощо). Справді, в одному дослідженні, яке проводило анкетування самотійного звіту CTS для великого підліткового зразка, повідомило, що типова двофакторна структура, знайдена в зразках для дорослих (наприклад, вербальне та фізичне насильство), не підтримується статевим статусом та статусом злочинців).

Розроблення інструменту Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI)

Кілька років тому розроблено анкетування для самоопитування щодо зловживань у стосунках з підлітками, у відповідь на необхідність об'єднання наявних

пунктів з анкет для дорослих і зміна деяких формулювань і змісту для підлітків. Вчені почали з декількох елементів фізичного та емоційного насильства з найчастіше вживаних заходів для дорослих (тобто CTS та PMWI), а також декілька пунктів, отриманих від літератури для дорослих та підлітків про сексуальні та словесні образи. Потім вони організували експертну консультативну групу, що складається з фронтних та науково-дослідних працівників у сфері захисту дітей, послуг для підлітків та домашнього насильства, для ознайомлення з новими пунктами та обговорення їх застосовності як для хлопців, так і для дівчат щодо перспективи «вчинення» й «жертви».

Попередні шкали CADRI показали адекватну внутрішню послідовність і були структурно подібні до двофакторної моделі, яка є спільною в дослідницькому факторному аналізі заходів для дорослих. Зокрема, факторний аналіз основних компонентів показав, що пункти, що представляють загрозливу поведінку, фізичне насильство й сексуальне насильство, завантажуються на один чинник, який позначили як зловживання / примус. Пункти, що представляють емоційні та словесні образи, такі як висміювання, образа, звинувачення, виховання минулого та спроби заохотити ревності чи гнів, навантажені на другий чинник, який назвали негативним (Wolfe, Wekerle, Reitzel-Jaffe, & Lefebvre, 1998).

Хоча ці початкові аналізи були корисними для розуміння оцінки зловживань у стосунках із підлітками, деякі питання залишалися невирішеними. По-перше, очікуваних відмінностей між фізичним насильством, залякуючим поведінкою й сексуальними формами насильства не виявлено. Після перевірки дослідники зазначили, що існує суттєва відмінність у частоті схвалення пунктів на кожній із початкових шкал, причому елементи чинника зловживання / примусу зазвичай підтверджуються менше ніж 20 % вибірки, а позиції — негативними. Друге питання, що залишилося невирішеним у початковому дослідницькому аналізі, стосувалося належного тлумачення негативного чинника комунікації, через те, що питання щодо цього чинника часто схвалювали підлітки. Цей висновок узгоджується з поточною картиною розвитку підлітків, у якій м'які прояви фізичної та вербальної агресії, такі як дратівливість і натискання, функціонують як рудиментні засоби сигналізації про інтимність і підтримку відносин (Shapiro, Baumeister, Kessler, 1991).

Відповідно до гіпотез, дослідження продемонстрували, що пункти, що представляють п'ять різних типів зловживань — фізичні, сексуальні, загрозливі, реляційні, емоційні чи вербальні — можуть бути згруповані як цілісні чинники. До того ж ці чинники суттєво завантажувалися на запропонований чинник жорстокості другого порядку. Під час перевірки на три альтернативні моделі, п'ять першого порядку та одна факторна модель другого порядку зловживань передбачала найкращу відповідність даних. Ці п'ять чинників першого порядку завантажувалися на один чинник «жорстокості» другого порядку, який підтримує запропоновану теоретичну модель зловживань у відносинах підлітків як єдиний основний вимір, що складається з взаємопов'язаних проявів зловживання. Акти фізичного насильства, словесні образи та загрозливі поведінки були найбільш репрезентативними для цього основного чинника, тоді як сексуальне та реляційне насильство відрізнялися за класом і статтю.

Силою цього чинника жорстокості другого порядку є важливість введення в той самий вимір тонших, продромальних форм зловживань, таких як форми загрозливої поведінки, вербального або емоційного насильства, а також зловживання у відносинах, які можуть краще враховувати природу образливої поведінки, характерну для підліткових знайомств. Хоча наслідки тонших форм жорстокого поводження можуть відрізнятися від наслідків вагоміших фізичних і сексуальних нападів, ці тонкі зловживання є важливими з погляду вимірювання, оскільки вони часто відбуваються зі значнішими фізичними та сексуальними діями і в підлітковому віці (Capaldi &

Crosby, 1997; O'Keefe, 1997) і дорослому житті (Babcock, Waltz, Jacobson, & Gottman, 1993; O'Leary et al., 1989). Дослідження можливих вікових та статевих відмінностей показало, що структура моделі помірно добре вписується у всі класи та обидві статі. Однак взаємозв'язок між двома з п'яти запропонованих чинників, сексуальним зловживанням і реляційною агресією, а також чинником зловживання другого порядку значно варіювалися з віком і статтю респондента. Сексуальне насильство більше навантажується на чинник зловживання для 9 класу, ніж для учнів 11 класу, а для студентів-чоловіків більше, ніж для студенток. Цей висновок, ймовірно, пояснюється незрілістю в розмовах про сексуальну близькість і, можливо, більшою плутаниною в розумінні та отриманні згоди на сексуальну активність (Eccles et al., 1993; Neeman, Hubbard, & Masten, 1995). Хоча учениці відзначають більшу сексуальну віктимізацію, а учні підтримують більшу ініціацію в більшості досліджень цієї вікової групи, дівчата більш схильні ініціювати незначні форми сексуального примусу (наприклад, примусовий поцілунок або дотик), тоді як хлопці вчиняють більш серйозні дії, такі як спроби або вимушені статеві стосунки (Poitras & Lavoie, 1995).

Ці результати показують, що дослідження розвитку зловживань у підлітковому віці повинно бути пов'язане з типом, а також частотою поведінки, що є характеристикою образливих відносин підліткового віку в різні віки. Тим не менш, подальші аналізи підтвердили, що існує основний набір елементів, які є однорідно характерними для зловживань як за статтю, так і за всіма оцінками. Зокрема, була протестована обмежена модель зловживань, яка містила лише фізичне насильство, загрозову поведінку та вербальне або емоційне насильство, що поліпшило пристосування гіпотетизованої моделі для всієї вибірки й було послідовно для всіх зразків. Альфа-надійність субшкал, передбачених цією моделлю, також була сильною. З погляду показників надійності та достовірності CADRI, внутрішні заходи узгодженості були сильними, а заходи надійності тестування та повторного тестування були адекватними для субшкал як повних, так і обмежених моделей.

Виявлено прийнятну партнерську угоду між самостійно зареєстрованими особами, які повідомили про порушення, та жертвами, про яких повідомляли партнери, як для чоловіків, так і для жінок, особливо для загальних зловживань та обмежених масштабів зловживань. Проте було менше згоди щодо сексуальних зловживань і загрозової поведінки з боку жінок. Ця остання знахідка може означати, що студенти-чоловіки менш схильні розглядати такі дії як «образливі»; це означає, що партнер може повідомити, що вона «навмисно намагалася його злякати», але партнер-чоловік не може сприймати її дії як загрозові. Аналогічно чоловікові партнери менш схильні вважати небажану сексуальну поведінку «образливою», оскільки він не відчуває загрози або страху. Наші фокус-групи з підлітками показали, що ці питання особливо складно пояснити поза контекстом, що вимагатиме подальшого розвитку вимірювань для всебічного оцінювання.

Здебільшого обмеження цього інструменту були непримітними, враховуючи кореляцію термінів помилки для елементів, що мають однаковий чинник другого порядку, який мав подібний зміст і функцію (наприклад, співвідносилися терміни помилок для предметів, що представляють образливих і насмішливих партнерів). Для інших пунктів, таких як загрозові та фактичні фізичні зловживання, помилкові розуміння термінів охоплюють чинники другого порядку. Хоча дорослі чоловіки й жінки не відрізняються з погляду упередженості соціальної бажаності в повідомленні про їхню власну образливу поведінку (Sugarman & Hotaling, 1997), розбіжності можуть існувати з погляду того, як особи інтерпретують певний елемент. Наприклад, респонденти-чоловіки можуть інтерпретувати «штовхання або удар» як закрити поведінку, тоді як жінки-респонденти можуть сюди зараховувати відкритий ляпас. Подальшим обмеженням цього заходу є складність забезпечення відповідного врахування контексту конфлікту, коли запитують респондентів описувати свої минулі

дії. Тільки підрахунок дискретних актів насильства може вводити в оману, оскільки психологічне значення та контекст образливих дій є ключовими аспектами у визначенні насильства в стосунках. Причини, які дівчата-підлітки використовують для використання зловмисної тактики з партнерами зі знайомств, наприклад, часто пов'язані з почуттями гніву й розчарування, тоді як хлопці пов'язують свої дії зі спробами жартувати або бути грайливими (Jackson et al., 2000; Wolfe, Wekerle, & Scott, 1997). Як зазначено вище, підлітки часто дратують і провокують один одного, враховуючи партнерів, у спробі привернути увагу або шукати зв'язок, і важко забезпечити, щоби справді «образливі» дії були розпізнані з таких типових форм взаємодії.

У клінічній оцінці, де виникає ризик насильства або насильство, важливо уточнити обставини та наслідки насильницьких епізодів, а також чи справді одна або обидві сторони засмучені або налякані ситуацією.

Незважаючи на зазначені обмеження, можна стверджувати, що CADRI є надійним і достовірним показником образливої поведінки підлітків у відносинах знайомств. Вона містить не тільки відверто насильницькі акти фізичного та сексуального насильства, але й тонші дії, враховуючи емоційне або словесне насильство, загрозливу поведінку і форми реляційного насильства. CADRI є інструментом, який, ймовірно, буде корисним для всіх, хто вивчає молодіжне насильство, і бажає збирати дані самостійного звіту від підлітків на цю тему ефективним, надійним і достовірним чином. Найнадійнішою формою інструменту є обмежена модель CADRI, яка виключає шкали сексуального насильства та зловживань. Однак, повна модель забезпечує достатню надійність і обґрунтованість для більшості експериментальних цілей.

Тестові завдання до Теми 13

13.1. Екстерналізована поведінка — це ...

- 1) негативна поведінка, спрямована на зовнішнє середовище
- 2) позитивна поведінка, спрямована на зовнішнє середовище
- 3) негативна поведінка, спрямована на внутрішнє середовище
- 4) позитивна поведінка, спрямована на внутрішнє середовище

13.2. ASR — це ...

- 1) Опитувальник для підлітків щодо вживання алкоголю
- 2) Опитувальник для дорослих для самозвіту щодо адаптації
- 3) Шкала депресивної поведінки
- 4) Усі відповіді вірні

13.3. Молодіжна самооцінка (YSR) це ...

- 1) Скринінг поведінкових та емоційних проблем у дітей та підлітків
- 2) Скринінг залежності серед підлітків
- 3) Шкала стресу та депресії
- 4) Жодна відповідь вірна

13.4. Інструменти ASEBA розповсюджуються ...

- 1) Безкоштовно та відкрито
- 2) Безкоштовно за умовою підписки
- 3) Є плата за ліцензію використання
- 4) Не розповсюджується

13.5. YADQ пов'язана насамперед з ...

- 1) Водінням авто у п'яному стані
- 2) Зловживанням алкоголю
- 3) Депресією
- 4) Небезпечним сексом серед підлітків

13.6. Шкала Баратта (BIS) вимірює ...

- 1) Риск вживання марихуани
- 2) Рівень імпульсивності
- 3) Виключно соціальний інтелект
- 4) Емоціональний та соціальний інтелект

13.7. Шкалу буллінгу ун-ту Іллінойса використовують у ...

- 1) Дітей, починаючи с дитячого садку
- 2) Дітей, починаючи з першого класу
- 3) Дітей, починаючи з третього класу
- 4) Виключно старшій школі

13.8. CADRI це ...

- 1) Копіювання дорослої поведінки підлітками
- 2) Анкета для вимірювання залежності від алкоголю та ліків
- 3) Шкала оцінки конфліктів у стосунках підлітків
- 4) Шкала тривоги та депресії для молодшої школи

13.9. Деліквентність це ...

- 1) Статева орієнтація
- 2) Антисоціальна поведінка
- 3) Важкість у прийнятті рішень
- 4) Жоден з варіантів

13.10. ASEBA пропонує комплексний підхід до оцінювання ...

- 1) Адаптивного та дезадаптивного функціонування дітей та підлітків
- 2) Риск вживання та залежності від алкоголю серед підлітків
- 3) Рівень стресу серед підлітків
- 4) Усі відповіді вірні

Тема 14. Інструменти для оцінювання коморбідної поведінки Частина 3. Вплив сім'ї

Відео до Теми 14. Інструменти для оцінювання коморбідної поведінки (Частина 3. Вплив сім'ї):

<https://youtu.be/LX9LmLrIpfY>



14.1. Сімейні процеси і структури

На академічному рівні сімейним спілкуванням цікавляться з 1940-х років, хоча тільки в 1970-х роках ця сфера почала розвиватися, тому що з'явилися відповідні дослідження.

Згідно з Tesson and Youniss (1995), сімейне спілкування — це інструмент, який батьки та діти використовують для перегляду своїх ролей, розвитку стосунків і більшої взаємності. Саме через соціалізацію в сім'ї діти набувають культурні складові та соціальні параметри, які полегшують їхню соціальну інтеграцію (Musitu & Cava, 2001). У цьому сенсі сімейна комунікація є важливою частиною розвитку дитини через формування досвіду соціальної діяльності (Isaza & Henaо, 2011).

Сім'я визнається основним елементом людського розвитку, де відбувається найважливіше навчання для людей (Bronfenbrenner, 2005). Важливість комунікації в такому контексті обов'язково була в центрі уваги досліджень, які намагалися пояснити різні складні соціальні явища, такі як насильство в сім'ї (Corsi, 1999), сексуальне насильство (Perrone & Nannini, 2000) і жорстоке поводження з дітьми (Barcelata & Alvarez, 2005). Таким чином, оцінивши сімейне спілкування, маємо змогу зрозуміти різні чинники, пов'язані не тільки з функціонуванням сім'ї, але й ті елементи сімейного клімату, які можуть допомогти пояснити емоційно-еволюційні зміни її членів. Тому оцінка сімейного спілкування є життєво важливим інструментом у процесах біопсихосоціального втручання.

Зв'язок і людський розвиток у сім'ї

Сім'я є центром суспільства як інститут, де людина розвивається і здобуває основне навчання. Сім'я функціонує на основі взаємодії та розуміння важливості комунікативного процесу його членів (Gallego, 2006). Сімейна реальність будується через розмову, приватне життя спів твориться, враховуючи погляди усіх членів сім'ї. Це дає простір для розвитку комунікативних моделей, коли члени сім'ї стикаються з потребою індивідуального вираження, а не комунікативної конфіденційності.

Ці моделі або моделі сімейного спілкування можуть змінюватися протягом усього життєвого циклу сім'ї, хоча загальновідомо, що вони мають стабільну й передбачувану тенденцію (Koerner & Fitzpatrick, 2004). Крім того, сімейне спілкування визнається динамічним і двонапрямленим процесом у тому сенсі, що батьки та діти впливають один на одного. Згідно з Vanovcinova and Levicka (2015), на таке спілкування можуть впливати дві групи чинників: а) комбінація характеристики сім'ї, особистість, соціальний контекст, що містить сімейне середовище, мережі взаємодії, норми, соціокультурний контекст і моделі спілкування; б) характеристики самого процесу комунікації, такі як комунікативний режим (оральний або письмовий, наприклад), а також рівень і форми спілкування. Перша група підкріплена роботами Фітцпатріка й Річі (1993), які, намагаючись описати взаємний вплив між сімейним спілкуванням і сімейним оточенням, створили дві концепції, які були фундаментальними в подальших дослідженнях. Перша із них — орієнтація на розмову, що розуміється як ступінь, у якому сім'ї створюють клімат, який заохочує своїх членів висловлювати свої бачення та ділитися думками, почуттями та діяльністю. Друга концепція — орієнтація на відповідність, що стосується того,

наскільки сімейна комунікація сприяє однорідності в ставленнях, цінностях і переконаннях. Обидва виміри сприяли розумінню та вивченню функціональних аспектів сім'ї щодо спілкування.

Дослідження сімейного спілкування

Оцінювання сімейного спілкування значно поліпшилось протягом останніх десятиліть, розширилися наукова інформація щодо впливу певних характеристик на розвиток людини.

Існують докази того, що сім'я з позитивним спілкуванням — тобто, яка генерує чіткі та споріднені повідомлення, підтримує один одного та демонструє прихильність усіх членів сім'ї, має навички вирішення конфліктів — ефективніше вирішуватиме проблеми домашньої освіти. Тим часом сім'я з негативною комунікацією, яка часто використовує критику, заперечення почуттів, надмірний конфлікт і не вміє слухати, матиме менше можливостей для адекватного вирішення проблем виховання дітей (Segrin & Flora, 2011; Smith, Freeman & Zabriskie, 2009).

Відповідно до цього, результати свідчать про те, що відкрите й поточне сімейне спілкування пов'язане з низкою позитивних результатів, як у сім'ї, так і на індивідуальному рівні. Зокрема, позитивна сімейна комунікація має захисний ефект від злочинної поведінки підлітків (Jiménez, Murgui, Estévez & Musitu, 2007; Kerr & Stattin, 2000), для вирішення конфліктів (Girbau, 2002; Pérez & Aguilar, 2009) та для шкільної адаптації (Estévez, Musitu & Herrero, 2005; Martínez, Musitu, Murgui & Amador, 2009).

Проте є мало консенсусу щодо результатів нечастої сімейної комунікації. Деякі дослідження показують, що це може бути чинником ризику емоційного розвитку дітей (Estévez, Herrera, Martínez & Musitu, 2006; Lambert & Cashwell, 2003), тоді як інші дослідження показали, що за наявності поганого сімейного спілкування конфлікти також рідше трапляються між батьками та дітьми-підлітками, імовірно, через уникнення питань, пов'язаних з особистими сферами розвитку та майбутнього підлітків (Luna, 2012; Parra & Oliva, 2002).

Аналогічно, поточні дослідження сімейного спілкування поширилися й на інші міждисциплінарні сфери, такі як здоров'я (Kodali et al., 2015; Leenen et al., 2016; Маєрс, Фернандес, Ардусер, Хоппер, і Келі, 2015; O'Toole et al., 2015), задоволення сім'ї (Burns & Pearson, 2011; Levin, Dallago & Currie, 2012) і нові технології (Rudy, Dworkin, Walker & Doty, 2015; Wang et al., 2015).

Міжнародні дослідження сімейного спілкування мають сильне коріння в Європі та США. Отже, отримані результати далекі від соціальної та культурної реальності Латинської Америки. Зокрема, ситуація в Чилі показує, що досягнуто значного прогресу в перевірці інструментів, орієнтованих на конкретні сфери сімейного контексту, таких як розвиток дитинства та юності (Lecannelier et al., 2014; Maticen, Merino, Еррера, Кастро й Родрігес, 2011; Quintana & Muñoz, 2010; Saldivia, Vicente, Valdivia & Melipillán, 2013), шкільний контекст (Lecannelier et al., 2011; Лопес, Більбао, Аскора, Моя й Моралес, 2014), а також загальні аспекти функціонування сім'ї (Puschel, Repetto, Olga Solar, Soto & Gonzalez, 2012; Retamales, Behn & Merino, 2004; Zicavo, Palma & Garrido, 2012). Тим не менш, є мало досліджень, які спеціально стосувалися сімейного спілкування (Santander et al., 2008), що призвело не тільки до розриву знань, але й відсутності інструментів, які б дали змогу оцінити цю характеристику сім'ї в національному контексті.

14.2. Сімейні комунікації

Спілкування в контексті сім'ї виявляється особливо важливим для підлітків. За останні три десятиліття збільшилась кількість досліджень про сімейні комунікації, що допомогло як науковцям, так і практикам (Galvin, 2004; Zhang, 2008). Незважаючи на те, що значну увагу звернено на проблеми молоді, деякі вчені розширили свої погляди на позитивні показники добробуту, намагаючись поєднати дослідження, громадські обговорення та зусилля, спрямовані на оптимізування рівня здоров'я підлітків (Петерсон, 2006). Підлітковий вік, перехідний етап розвитку між дитинством і дорослим, становить період часу, протягом якого людина переживає різні біологічні зміни і стикається з низкою емоційних проблем (Sternberg, 2001). Сім'ї є однією з фундаментальних одиниць суспільства і є будівельними блоками соціальних структур і організацій у кожній культурі. Zabriskie і McCormick (2001) стверджували, що сім'ї є цілеспрямованими, саморегульованими, динамічними, взаємопов'язаними системами, які впливають на навколишнє середовище і якість самої сім'ї. Система ядерної сім'ї — це термін, що його використовують для визначення сімейної групи, що складається з батька, матері та їхніх дітей (Reiss, 1988). Спільна або розширена сімейна система складається з батька, матері та дітей, одного або декількох бабусь і дідусів, тітки, дядька й навіть деяких двоюрідних братів, які живуть разом в одній родині (Reiss, 1988). У Пакистані спільна або розширена сімейна система була поширеною сімейною системою (Mason, 1992). Проте в останній час урбанізація призвела до змін у наявних структурах сім'ї в країні, особливо у великих містах.

Висловлено припущення, що урбанізація призводить до того, що кількість домогосподарств зменшується, натомість збільшується їхня ядерність, і що ця тенденція спостерігатиметься в країнах, що розвиваються (Bongaarts, 2001). Сімейна комунікація — це спосіб обміну вербальною та невербальною інформацією між членами сім'ї (Epstein et al., 1993). Комунікація в сім'ї є надзвичайно важливою, тому що вона дає змогу членам сім'ї висловлювати свої потреби, бажання й турботи один до одного. Саме через спілкування члени сім'ї здатні вирішувати неминучі проблеми, які виникають у всіх сім'ях (Peterson & Green, 2009). Кругова модель сімейних і сімейних систем є графічним відображенням динамічних відносин у сімейних системах і підкреслює взаємозв'язок членів родини та їхньої поведінки. Трьома вимірами моделі є згуртованість сім'ї (тобто спільність); адаптованість сім'ї (тобто здатність впоратися зі змінами); сімейне спілкування (Olson & DeFrain, 2000). Незважаючи на те, що зв'язок не зображено графічно в моделі, та це полегшує вимір, вона допомагає сім'ям рухатися між крайностями двох інших вимірів. Згідно з Олсоном та Дефріном (2000): «Якщо в сім'ї є хороші комунікативні навички, вони, швидше за все, будуть близькими (вимір згуртованості) і матимуть змогу вирішувати проблеми (вимір адаптивності), коли вони виникають. Це важлива частина ефективного функціонування сім'ї (Beavers & Voeller, 1983; Bloom, 1985; Stinnett & DeFrain, 1985; Olson & DeFrain, 1994). Відкрите спілкування в сім'ях створює середовище позитивних змін, розуміння і зростання, полегшує відкрите сімейне спілкування, сприяє розвитку міцніших стосунків у сім'ях, а серед тих, хто може отримати найбільшу вигоду від покращених сімейних комунікацій, є діти в юності.

Низка дослідників продемонстрували зв'язок між комунікацією, що відбувається в сімейному й підлітковому розвитку. Позитивні результати розвитку, такі як шкільні досягнення (Georgiou, 1995; Marta, 1997), самооцінка (Demo, Small, & Savin-Williams, 1987), здатність вирішувати складні життєві проблеми (хміль, тильдеслі, лихенштейн, Ary, & Sherman, 1990), моральна зрілість (Walker, 1991), активне вирішення своїх стресів (Day, Bosworth, Gustafson, Chewing, & Hawkins, 1985) були пов'язані з комунікацією, яка сприймається як відкрита. Крім того, сприйняте відкрите спілкування було пов'язане зі здатністю висловлювати свої думки та ідеї (Cooper, Grotevant, & Condon, 1983). Задоволеність сім'ї визначається як

ступінь, до якої члени сім'ї відчувають себе щасливими та виконаними один з одним (Olson & Wilson, 1982). Anderson et al. (2001) досліджують як реляційне, так і групове задоволення, щоби краще зрозуміти, як на задоволення учасників групи впливає спілкування в межах своєї групи. Задоволення раніше було пов'язане із середовищем спілкування в сім'ї. Вплив комунікації в сім'ях вивчався із задоволенням сім'ї (Schrodt, Soliz & Braithwaite, 2008). Шродт (2009) встановив, що середовище вираженості сім'ї позитивно пов'язане із задоволенням, а структурний традиціоналізм і уникнення конфліктів обернено пов'язані із задоволенням сім'ї. Anderson et al. (2001) розглядають як дослідження реляційного, так і групового задоволення, щоби краще зрозуміти, як на задоволення учасників групи впливає спілкування в межах своєї групи. Задоволення раніше було пов'язане із середовищем спілкування в сім'ї. Вплив комунікації в сім'ях вивчався із задоволенням сім'ї (Schrodt, Soliz & Braithwaite, 2008). Шродт (2009) встановив, що середовище вираженості сім'ї позитивно пов'язане із задоволенням, а структурний традиціоналізм і уникнення конфліктів обернено пов'язані із задоволенням сім'ї. Дослідники виявили сильний зв'язок між моделями спілкування та задоволенням сімейними стосунками (Noller & Fitzpatrick, 1990). Дослідження показали, що під час підліткового віку задоволеність життям сильно залежить від життєвого досвіду та взаємин, особливо в контексті сім'ї (Gohm et al., 1998; Rask et al., 2003; Edwards & Lopez, 2006). У всьому діапазоні підліткового віку рейтинги студентів щодо якості їхніх сімейних відносин виявилися значущішими для їх загального задоволення від життя, ніж рейтинг однолітків, шкіл або на рівні громади (Dew & Huebner, 1994). Незважаючи на збільшення часу, проведеного з однолітками, якість сімейних стосунків найбільше впливає на життя підлітків. Сім'я, яка має хорошу сімейну комунікацію, буде більше згуртованою і гнучкою, щоби відповідати вимогам розвитку та ситуації, що виникає (Olson & Gorall, 2003). Сімейні системи з поганою комунікацією, як правило, мають нижчий рівень функціонування щодо згуртованості та гнучкості, тоді як сімейні системи з гарним спілкуванням мають вищу функцію (Олсон, 2000). Дослідження показали, що сім'ї найкраще функціонують під час розвитку підлітків, коли сім'ї адаптуються та згуртовані (Henggler, BurrHarris, Borduin, & McCallum, 1991; Gaughan, 1995).

14.3. FACES-IV – Family Adaptation and Cohesion Scales-IV. Шкала сімейної гнучкості та згуртованості (Olson & Gorall, 2003).

Шкала сімейної гнучкості та згуртованості вимірює два ключових поняття, що стосуються функціонування сім'ї – сімейну згуртованість і гнучкість сім'ї. Шкала сімейної згуртованості визначає згоду членів сім'ї з такими висловлюваннями, як: «Наша сім'я рідко робить щось разом», «Члени сім'ї беруть участь у житті один одного», тоді як гнучкість сім'ї вимірюється такими запитаннями як: «У нас є чіткі правила і ролі в нашій сім'ї» і «Коли виникають проблеми, ми доходимо до компромісу». Вимір здійснюється за 5-позиційною шкалою Лікерта. Підсумкове оцінювання визначає збалансоване і незбалансоване функціонування сім'ї. FACES також вимірює задоволеність сімейним життям та якість спілкування між членами сім'ї (Olson, 2011).

Шкала призначена визначати самооцінку циклічної моделі пари й сімейних систем, FACES IV добирає як збалансований (здоровий), так і незбалансований (проблемний) аспекти функціонування сім'ї. Дві збалансовані шкали FACES IV — це збалансована згуртованість і збалансована гнучкість. Ці збалансовані шкали дуже подібні до згуртованості та гнучкості, виміряної FACES II і FACES III. Нові незбалансовані шкали — з'єднаність - роз'єднаність, хаотичність та жорстокість (Gorall, Tiesel та Olson, 2006). У FACES IV Переглянуте графічне представлення циклічної моделі парних і сімейних систем, як правило, називається круговою

моделлю. Існують три шкали для когезійного вимірювання (роз'єднана, збалансована згуртованість і заплутаність) і три шкали для вимірювання гнучкості (жорстке, збалансована гнучкість і хаотичність), які можна вказати в моделі кругового обміну. Збалансована згуртованість і збалансована гнучкість вказані в одній із шести центральних клітин (збалансованій) частині оцінок.

Для того, щоби визначити, чи існують закономірності в описі сімейних систем у шести шкалах FACES IV, проведено кластерний аналіз. Проведено кластерний аналіз K-means (SPSS Applications Guide, 1998), який є релевантним для зразків до 200. Обмеженням кластерного аналізу є те, що існують лише загальні рекомендації щодо кількості кластерів, які необхідно отримати з будь-якого аналізу. Остаточну кількість кластерів встановлюють вручну і, таким чином, роблять це під контролем дослідника.

Кластерний аналіз проведений із використанням відсоткових балів для кожної із шести шкал щодо вирішення питань різної мінливості та асиметрії підшкал. Після декількох аналізів із використанням декількох критеріїв остаточно обирається кластерне угруповання із шістьма кластерами на підставі того, що для кожного кластера було достатньо випадків, щоб стверджувати про наявність зв'язків. Крім того, якщо кількість кластерів збільшити до семи, додатковий кластер буде «тіньовим» кластером зі значеннями, практично ідентичними до раніше наявного кластеру.

Шість типів сім'ї варіюються від найбільш здорових і щасливих до найменш здорових і найбільш проблемних. До них належить: збалансований, жорстко когезивний, середньочастотний, гнучко незбалансований, хаотично роз'єднаний і незбалансований. Розроблення шести типів сімей на основі шкали балів дає нову сімейну типологію для вивчення та аналізування сімейних відносин.

Кластер 1, збалансований, характеризується найвищими оцінками на збалансованих підшкалах згуртованості і гнучкості, а найнижчі бали на всіх незбалансованих шкалах, крім жорсткості, в яких результати наближені до найнижчих. Таке поєднання високих, збалансованих, і низьких, незбалансованих, балів свідчить про тип сім'ї з високим рівнем здорового функціонування й низьким рівнем проблемного функціонування. Є гіпотеза, що ці бали зможуть максимально впоратися зі стресовими явищами повсякденного життя й реляційними змінами в сім'ї з плином часу. Цей тип сім'ї найменш ймовірний під час лікування.

Кластер 2 жорстко когезивний, характеризується високою щільністю й жорсткими оцінками, помірними змінами й заплутаними балами, а також низькими значеннями відставання й хаосу. Цей сімейний тип має високі ступені емоційної близькості та жорсткості. Цей сімейний тип гіпотетично функціонуватиме добре з часом, враховуючи їхній високий ступінь близькості. Однак, вони можуть стикнутися з труднощами внесення змін, що вимагаються ситуативними змінами або змінами внаслідок їхньої високої жорсткості.

Кластер 3, середньочастотний, характеризується помірними оцінками на всіх підшкалах, за винятком жорсткої підшкали. Значення кластера жорсткого масштабу потрапляють на дві групи, високу й низьку, мабуть, за рахунок бімодального розподілу значень процентилів для цієї шкали. Таким чином, жорстке значення, навіть для цього кластера середніх частот, потрапляє в групу високого або низького рівня. Цей сімейний тип буде гіпотезований, щоби функціонувати адекватно, не відображаючи ні високих рівнів сили й захисних факторів, які використовують на збалансованих підшкалах, ні з високим рівнем труднощів або чинників ризику, які використовують на незбалансованих підшкалах.

Кластер 4, гнучко незбалансований, кластер характеризується високими оцінками на всіх підшкалах, крім когезії, де характерні середні та низькі бали. Високі бали на незбалансованих підшкалах у поєднанні з низьким або помірним показником

згуртованості, мабуть, свідчать про проблематичне функціонування, однак високі бали на підшкалі гнучкості можуть вказувати на те, що ці сім'ї здатні змінювати ці проблемні рівні, коли це необхідно. З усіх сімейних кластерів це найскладніше охарактеризувати.

Кластер 5, хаотично роз'єднаний, характеризується низькими оцінками на збалансованих підшкалах, низькими оцінками на заплутаних і жорстких підшкалах, а також високими оцінками на хаотичних і від'єднаних підшкалах. Передбачено, що це сім'ї з високим ступенем проблем, які ґрунтуються на відсутності емоційної близькості, що свідчать про низьку близькість і високий рівень відсторонених балів, а також високий ступінь проблемної зміни, що вказують на високий хаос і низькі оцінки змін. Цей тип сімейства може бути настільки ж проблематичним, як і незбалансований тип, що розглянуто нижче, як два показники менших проблем для цього типу, низькі заплутані та низькі жорсткі оцінки, а також дві підшкали, які є найменш ефективними під час диференціації між проблемними та неproblemними групами.

Кластер 6, незбалансований, є майже точним дзеркальним відображенням збалансованого сімейного типу. Незбалансований тип сім'ї характеризується високими оцінками на всіх чотирьох незбалансованих шкалах та низькими балами на двох збалансованих шкалах. Ці сім'ї вважаються найпроблемнішими з погляду їх загального функціонування. Вони мають проблематичне функціонування, про що свідчать високі бали на незбалансованих шкалах, і не мають сильних і захисних факторів, що їх використовують збалансовані шкали. Це сімейний тип, який, ймовірно, можна побачити в терапії.

Приклад використання інструменту FACES IV у клінічній заявці можна отримати з роботи, виконаної із сім'єю, де в центрі уваги були значні емоційні та поведінкові проблеми, що виникають у двох дітей у сім'ї. Пеггі й Дейв є подружньою парою середини 1930-х років, у яких є троє дітей, Алекс — 10 років, Сем — 8 років і Тейлор — 3 роки. Пара почала відчувати проблеми з емоційними спалахами та опозиційною поведінкою в обох своїх старших дітей із раннього віку. Вони спробували інший підхід до виховання, який вони могли собі уявити, і прочитали багато книг, що стосуються складних дітей, на які вони могли б потрапити. Отримавши допомогу від фахівців із поведінки в ранньому дитинстві, а їхні діти відчують труднощі, що залишилися в ситуаціях догляду за дітьми через їхню поведінку, Дейв і Пеггі шукали інтенсивніші послуги, щоби допомогти їм у виконанні завдань, що їх поставили їхні хлопці.

Після того, як їх оглянув дитячий психіатр, то Алексу і Сему діагностували ранній початок біполярного розладу. Ліки призначали для зниження турбулентності емоцій і поведінкових труднощів, з якими стикаються брати. У поєднанні з психіатричними службами запроваджено інтенсивні послуги із сімейної терапії, щоби допомогти батькам адаптувати їхні стилі та підходи до виховання. Водночас розпочалася терапія сімейної пари, коли терапевти визначили, що суттєвий конфлікт пари перешкодив батькам спільно встановити однаково підходи до батьківства, які вони намагалися втілити в минулому поодиноці.

Інструмент FACES IV вводили, щоби оцінити конкретну зону міцності та зростання в сімейній системі. Результати FACES IV можна побачити в профілі FACES IV, що зображено на рис. 4. Напрямами сімейної системи є рівень гнучкості, який знаходиться в помірному діапазоні, як описали обоє членів пари.

Двома ключовими аспектами поведінки батьків, які часто досліджують дослідники, є підтримка батьків та батьківський контроль (Amato & Booth, 1997). Підтримка визначається як кількість турботи, близькості й ніжності від батьків. Це дуже подібне до когезії, оціненої в циклічній моделі, за винятком того, що батьківська підтримка вважається лінійною. Контроль визначається як ступінь гнучкості, що його

батьки використовують для дотримання правил і дисциплінування дитини. Контроль дуже нагадує гнучкість у модельній схемі, але передбачено, що вона має лінійну залежність від позитивних результатів для дітей.

Що стосується криволінійності, то одним із небагатьох оглядів сімей, які більш екстремальні в батьківському контролі, Амато й Бут (1997) виявили, що існує криволінійна залежність між батьківським контролем і позитивними результатами в дітей. Вони повідомили, що якщо батьки були або занадто м'якими (що призводять до хаотичної системи) або були занадто суворі (що призвело до жорсткої системи), у дитини було більше психологічних проблем. Це підтримує гіпотези криволінійності від моделі Circumplex, у якій переважають діти з проблемами, що походять від незбалансованих систем.

Діана Баумрінд (1991, 1995) зробила чимало досліджень із питань виховання дітей і визначила чотири *стилі виховання: демократичний (авторитетний), авторитарний, дозволений і відкинення*. Після ознайомлення з описами цих стилів виховання, які окреслювали підтримку й контроль, можна було побудувати чотири стилі виховання на моделі Circumplex. Після завершення залишався один квадрант (ліворуч), який не мав вказаного стилю виховання. У концептуальному аспекті ми додали *невтілений стиль*, який був надзвичайно гнучким (хаотичним) і надзвичайно низьким у згуртованості (див. рис. 5).

Демократичне виховання

Демократичний стиль представлений «збалансованим» типом системи на круговій моделі. Таким чином, демократичні сім'ї, як правило, варіюються від дещо пов'язаних із дуже пов'язаними з виміром згуртованості і від дещо гнучкої до дуже гнучкої у вимірності гнучкості 17. У демократичному вихованні батьки встановлюють чіткі правила та очікування й обговорюють їх із дитиною. Хоча вони визнають перспективу дитини, вони використовують і розум, і владу, щоби забезпечити виконання своїх стандартів.

Демократичне виховання представлене вищими оцінками щодо збалансованої згуртованості і збалансованої гнучкості й нижчими оцінками на чотирьох незбалансованих шкалах. Що вищий рівень збалансованої згуртованості і збалансованої гнучкості, то більше функціональна сімейна система.

Значні дослідження з питань виховання дітей показали, що в збалансованіших сім'ях є діти, емоційно здоровіші та щасливіші, і мають більше успіхів у школі та житті (Kouneski, 1996). Діти демократичного виховання демонструють те, що Baumrind описує як енергетично-дружну поведінку. Ці діти дуже самостійні й життєрадісні, добре справляються зі стресом, вони орієнтовані на досягнення.

Інші чотири стилі батьківського виховання, як правило, є більш незбалансованими на моделі Circumplex. Вони мають нижчі бали в збалансованій зоні (збалансована згуртованість і збалансована гнучкість) і вищі бали на одній або декількох незбалансованих шкалах.

Авторитарне виховання

Авторитарний стиль розташований у нижньому правому квадранті моделі Circumplex, що вказує на високий рівень жорсткості та перетину. В авторитарному вихованні батьки мають жорсткіші правила й очікування й суворо дотримуються їх. Ці батьки очікують і вимагають від своїх дітей послуху і вірності. Коли авторитарний стиль стає інтенсивнішим, сім'я рухається до незбалансованого стилю, який називається «жорстко заплутаним». Цей тип сімейної системи особливо проблематичний для підлітків, які, як правило, бунтують проти нього. У відгуках Baumrind (1955) діти авторитарних батьків часто конфліктують, дратівливі в поведінці, вони, як правило, примхливі, нещасні, вразливі до стресу й недружні.

Дозвільне виховання

Дозволений стиль розташований у верхньому правому квадранті моделі Circumplex, що вказує на високий рівень сім'ї — хаос і злиденність. У дозволеності батьки надають перевагу дитині пріоритет над їхніми ідеалами й рідко змушують дитину відповідати їхнім стандартам. Діти контролюють сім'ю, а не батьки. Оскільки дозвільний стиль стає екстремальнішим, сім'я переходить до «хаотичного стилю». Хаотичний заплутаний стиль є проблематичним для батьківства, тому що постійні зміни і примусова спільність не є здоровими для дітей. Baumrind (1995) зауважив, що діти батьків, які мають дозвільне виховання, зазвичай демонструють імпульсивно-агресивну поведінку. Ці діти часто бунтують, володіють владою й не мають успіху.

Відмова від батьківства

Стиль, що відкидає, розташований у нижньому лівому квадранті моделі Circumplex, з високим рівнем жорсткості і від'єднаний. У разі відмови від батьківства батьки не звертають особливої уваги на потреби дитини й рідко мають очікування щодо того, як дитина повинна поводитися. Оскільки стиль відкидання стає екстремальнішим, сім'я переходить до «жорстко роз'єданого» стилю. Цей стиль ускладнює почуття турботи в дітей, але вони поведуться по-різному, оскільки існує багато правил. У результаті діти з цих будинків часто незрілі й мають психологічні проблеми.

Непричетні батьки

Невдалий стиль виховання міститься у верхньому лівому квадранті моделі Circumplex, з високим рівнем хаосу й роз'єднання. У непричетних батьківствах батьки часто ігнорують дитину, дозволяючи дитині переважати, поки ці уподобання не заважають діяльності батьків. Оскільки неприйнятний стиль стає екстремальнішим, він рухається до «хаотичного роз'єданого» шаблону. Ця модель є проблематичною для дітей, тому що вони залишаються самі по собі без емоційної підтримки і відсутності послідовних правил і очікувань.

У неопублікованому дослідженні часто не обговорюється невдалий стиль виховання, але в багатьох випадках він поєднується з стилем ухиляння. Діти невілених батьків часто залишаються самотніми та малозабезпеченими.

Стилі виховання та поведінка дітей:

Дитяча поведінка відповідно до стилю батьківства:

Демократичний	Енергійний Самостійний і веселий Досягнення орієнтовані
Авторитарний	Недружний Конфліктний і дратівливий Нещасна й нестабільна
Дозвільний	Імпульсивний і бунтівний Низький рівень досягнення
Уникання	Незрілий Психологічно занепокоєний
Незалучені	Самотні і покинуті Низький рівень досягнення

FACES IV - інструмент, який буде корисним як у дослідженні, так і в клінічній діяльності. Гіпотези можуть бути перевірені в тому, що збалансовані сім'ї є здоровішими та функціональнішими, ніж незбалансовані сімейні системи, що використовують шість шкал і коефіцієнт співвідношення. Клініцисти, радше, захочуть досліджувати шкали індивідуально, використовуючи специфіку, запропоновану комбінацією збалансованих і незбалансованих шкал, щоби допомогти планувати, відстежувати й оцінювати терапію, яку вони роблять із сім'ями.

FACES IV доступний в платному варіанті, при цьому дослідник, який його придбає, отримує необмежені права дублювати оцінку для власного проекту.

14.4. IDS – Опитувальник ситуацій вживання алкоголю (IDS; Annis et al., 1987)

Ситуації, де зловживають алкоголем й іншими речовинами, може мати критичну значення з визначення ступеня речовини intake. Дослідження вказує на те, що вплив на ситуацію із вживанням наркотиків впливає на підтримку та повторну активацію (Стюарт, де Witt, & Eikelboom, 1984) препарату споживання. Однак, на загальну відсутність дослідження ситуацій споживання психоактивних речовин уже так далеко виключається повний під положення з їх фактичний ролі в препарат споживання й у розвитку алкоголізму і отже, впливу, який вони можуть мати для терапії (Tobena і ін., 1993).

Однією з проблем у сфері досліджень ситуацій із вживанням алкоголю є відсутність стандартизованих методів для їх обстеження. Тому важливий крок до розроблення Переліку ситуацій з вживанням алкоголю (IDS) зробила Хелен Енніс (Енніс & Davis, 1987). Це 100-позиційна анкета, яка стандартизовано оцінює ситуації з надмірного вживання алкоголю за останній рік. Цей тест можна застосовувати до різних популяцій, враховуючи різні культурні групи і статі, за його допомогою можна порівняти ситуації з вживанням алкоголю різних типів особин (Annis et al., 1987; Cannon, Leeka, Patterson, & Baker, 1990; Isenhardt, 1991; Victorio-Estrada, Mucha, & Stephan, 1995). Справді, Вікторіо-Естрада, Муха і Стефан (1996) виявили, що німецькі алкоголіки демонструють ситуацію з вживанням алкоголю, подібну до північноамериканської (Кеннон et al., 1990; Isenhardt, 1991). Відповідно, IDS пропонує об'єктивний і корисний інструмент для стандартизованого оцінювання ситуації з вживанням алкоголю серед інших популяцій. Також існує коротка версія IDS (42 елементи).

Неодноразово було здійснено вивчення ситуації із вживанням алкоголю серед пересічних поціновувачів алкогольних напоїв, їх класифіковано відповідно до їхньої проблеми з вживанням алкоголю за допомогою скринінгового тесту. Було перевірено гіпотезу, що профіль ситуацій із вживанням алкоголю не буде таким самим у тих, хто тепер вживає проблемні напої, на відміну від тих, для кого немає таких проблем. Далі передбачено, що навіть якщо люди, які мають і не мають таких проблем, вживатимуть алкоголь як у позитивних, так і в негативних ситуаціях, для людей, які мають більшу проблему з вживанням алкоголю, то негативні ситуації тільки посилять ефект зловживання.

У цьому дослідженні розглянуті дані пересічних споживачів, яких раніше протестовано, щоби продемонструвати дійсність конструкції IDS. Встановлено, що 38 % з них мали принаймні деяку проблему з вживанням алкоголю, оцінену скринінговим тестом CAGE на алкоголізм (Mayfield, McLeod, & Hall, 1974; Richter & Zahn, 1991), з відсіченням двох або більше «так «відповіді». Жоден із нинішніх тих, хто випиває алкоголь, у східній групі досі не був діагностований як алкоголік. Ми також повідомляємо про різні психометричні параметри в IDS, як п'ють, зокрема внутрішня консистенція (альфа Кронбаха) і сукупність кореляцій. Це дослідження вивчило осіб, які мають залежність від алкоголю, але раніше їм не ставили діагнозу

алкоголізм, використовуючи IDS. Однією з цілей цієї роботи було модифікувати IDS для використання в безалкогольній популяції й таким чином забезпечити засоби для вивчення профілів ситуацій щодо вживання алкоголю у загальній популяції. Модифікація передбачала зміну формулювання головного питання в анкеті від «надмірного пиття» до «пиття». Вивчення психометричних властивостей, відображених у даних IDS у нашій нинішній дослідній популяції, виявило високу надійність, відповідну позицію — тотальну кореляцію та прийнятну складність. Це підтвердило придатність IDS для оцінювання ситуацій щодо вживання алкоголю у справжніх суб'єктів і споріднених популяцій неалкогольних напоїв на додаток до його відомих властивостей під час оцінювання діагностованих алкоголіків.

Основна мета дослідження — довивчення профілю із ситуації вживання алкоголю з різним ступенем проблеми споживання алкоголю за допомогою використання скринінгового тесту CAGE. Для цього зразок було поділено на п'ять групи відповідно до їхніх балів на CAGE; вісім підшкал з IDS потім пройшли факторний аналіз, що дало дві факторні шкали, а це означало, що вживання алкоголю відбувалося в ситуаціях, пов'язаних із позитивними і з негативними станами. Підтверджено, що підшкали IDS та їхні дві факторні шкали співвідносяться з CAGE. Такий взаємозв'язок спостерігається між оцінкою IDS та іншими питаннями проблеми пиття (Анніс et al., 1987; Вікторія-Естрада et al., 1995).

CAGE також співвідносився з консистенцією алкоголю та способом вживання алкоголю, що вказувало на рівні споживання, випивання самостійно і на інші проблеми з вживанням алкоголю, які зростаються. Цей взаємозв'язок тільки частково підтверджено, коли IDS-підшкали та їхні факторно-отримані шкали були самі порівняні до рівнів зі вживання алкоголю та режиму випивання. Так, наприклад, спирт корелює зі шкалою негативних ситуацій; цей факт пояснено тим, як рівень споживання алкоголю співвідносяться зі підшкалою UE, TPC, UTD, і CO. Ці підшкали, за винятком UTD, вказують на похідні шкали «негативні ситуації». Був аналогічний випадок щодо вживання алкоголю із субсхеми IDS (UE, PD, TPC, UTD і CO), яка поширює негативні ситуації, за винятком UTD, що справді корелює зі самостійним вживанням алкоголю. Тому, видається, проблема більшого вживання алкоголю, більшого тижневого рівня вживання алкоголю, надавання переваги вживати алкоголь самостійно, збільшення кількості ситуацій, пов'язаних з вживанням алкоголю через негативні емоції залежить від досвіду спонукань і спроби контролювати їх.

Крім того, зазначено, що групи пересічних вживань алкогольних напоїв відрізняються за мотивацією випивання відповідно до їхніх проблем з вживання алкоголю. Дані підтверджують думку, що проблемні співаки відрізняються від неproblemних тим, що вони п'ють через відносну важливість та через негативні емоційні ситуації. Цей ефект зрозумілий з групи, які п'ють напоказ і мають вищі бали на CAGE. Такі результати підтвердилися повторно в Gard, що індивідуальне випивання в негативних станах було частішим, ніж випивання алкоголю в позитивних станах. Це підвищило рейтинг балів «негативні ситуації». Хоча очікувалося, що їхні бали будуть вищими, ніж у інших групах, той факт, що показник шкали «негативні ситуації» більший, ніж на шкалі «позитивні ситуації», підтверджує гіпотезу про те, що для проблемних осіб, які випивають, ситуації, пов'язані з негативними емоціями, важливіші за самі детермінанти вживання алкоголю. Навпаки, вживання алкоголю в тих, хто п'є з низькою оцінкою на CAGE, відбувалося переважно в позитивних і соціальних ситуаціях. Цікаво, що для групи з найменшою оцінкою випивання, воно відбувалося як у позитивних, так і в негативних ситуаціях аналогічно.

Дані нашої вибірки серед тих, хто вживає алкогольні напої, свідчать про різні мотивації випивання, що збільшує проблеми з вживання алкоголю загалом. Це підтверджує дані з вивчення канадського населення, в якому Каннінгем та ін. (1993) підтвердили такі показники, використовуючи IDS. Маккей, Мерфі, Макгайр, Рівін, Маїсто (1992) також одержали аналогічні результати у вибірці підлітків. Вони використовували дуже подібний опитувальник — перелік наркотиків, враховуючи ситуації (Annis & Martin, 1985), і підтвердилося, що суб'єкти приписували свій прийом наркотиків і алкоголю до позитивних ситуацій і соціального тиску, а не до негативних ситуацій і соціального конфлікту; тільки групи підлітків. Показники найбільшого споживання алкоголю засвідчили, що негативні ситуації мотивували респондентів пити. У роботі Кері (1993, 1995) цікаво зазначено, що американські студенти однаково вживали алкоголь, як і в позитивних ситуаціях, так і в ситуаціях зі соціальним тиском. Хоча це б запропонувати диференціювати між ними, але це знахідка, бо учасниками дослідження були студенти одного коледжу, які більш ніж на 10 років молодші, ніж у цьому дослідженні. Видавалося б, що алкогольні напої в популяціях досліджень Кейрі, ймовірно, не були такі самі, як тепер.

Той факт, що залежні особи споживають алкоголь як у позитивних, так і в негативних емоційних ситуаціях, узгоджується з тим, що існують численні механізми мотивації наркотиків (Baker, Morse & Sherman, 1987). Наявні спостереження показують, що позитивні та негативні емоційні ситуації не однаково сприяють випиванню. Радше, виникають відмінності в мотивації до вживання алкогольних напоїв, що свідчить про повне перемикання типу випивання, яке зазвичай відбувається в людини без будь-яких проблем з алкоголем. Тому у людини з розвинутою проблемою вживання алкоголю це відбувається переважно в негативних емоційних станах. Як механізм, так і терміни цієї очевидної зміни не є чіткими і їх слід продовжувати. Наведені дані узгоджуються з різними навчальними інтерпретаціями алкоголізму, де розвиток розладу розглядають як частину стратегії боротьби з негативними емоціями (Abrams & Niaura, 1987; Schiffman & Wills, 1985). На підтримку цього, Litt, Cooney, Kaden, і Gaupp (1990) обговорювали, що гіпотетично індуковані негативні настрої збільшували тягу до алкоголю в залежних осіб. Грилі, Свіфт, і Хізер (1992) також виявив, що депресивні настрої збільшували потяг до алкоголю.

Однак дані допускають інші тлумачення. Можливо, проблеми з алкоголем можуть розвиватися в фізичних осіб, які мають особливу чутливість до негативу, це посилює ефект вживання алкоголю і підтверджує значні досвіди його споживання. Аналогічно ми не можемо не врахувати того, що з проблемою випивання стикаються особи, які мають конкретну тривалість алкогольного негативного підсилювального ефекту (Christiansen, Roeling, Smith, Goldman, 1989).

Що стосується обмежень цього дослідження, то використовували опитувальник IDS, що злегка відрізняється від того, який використовують для алкоголіків; отже, ймовірно, дані наших нинішніх напоїв не є безпосередньо порівнянними з даними діагностованих алкогольних напоїв, які використовували раніше. Однак, наші головні висновки створюють картину занепокоєння вживання алкоголю в різних ситуаціях. Інакше кажучи, нас цікавив профіль балів за деякими чинниками, а не абсолютними значеннями для окремих підшкал. У цьому розумінні наші висновки не повинні впливати будь-які відмінності в тому, як ставилися фактичні питання про вживання алкоголю. Друге обмеження цього дослідження стосується того факту, що багато хто з наших, мовляв, неалкогольних суб'єктів, як правило, мають проблеми з алкоголем. Приблизно третина суб'єктів має очевидні проблеми з вживання алкоголю, які можуть потребувати лікування. Знову ж таки, це не повинно впливати на нинішні висновки, на тих суб'єктів, яких не було враховано, тому що вони мали діагноз алкоголіків. Урешті, порівняно невелика кількість

суб'єктів може припустити, що робота буде продовжена з іншими групами щодо вживання алкогольних напоїв. Це вивчення буде проведено подібно до того, як досліджували ситуацію серед алкоголіків (Вікторія-Естрада et al., 1995), які наголошують на цінності таких спостережень.

Частка осіб із проблемами, визначеними CAGE, може здатися високою в досліджуваній популяції й тому ставить під сумнів загальну картину цих досліджень. Проте складно оцінити тепер, оскільки наші піддані були б повторно обрані для дослідження тепер, тільки якщо б вони визнали, що вони вживали алкоголь. Більшість даних щодо загальної кількості проблемних напоїв зібрані в зразках загального населення, що враховує як непитущих, так і тих, хто п'є, і тому ці результати не можна порівняти з цими даними. Далі, вважаємо, що дані дають важливу інформацію, необхідну для інтерпретації профілю ситуацій з вживання алкоголю. Він підтримує висновок про те, що профіль, який спостерігається в поточних компаніях, не тільки відображає змішані аспекти і піддається або обставинам тесту, але, радше, він відображає ступінь алкогольної проблеми, з якою стикаються суб'єкти. Наведені дані надають додаткову підтримку корисності IDS як засобу для вивчення ролі ситуацій з вживання алкоголю як у проблемних, так і в неproblemних споживачів.

Опитувальник IDS

IDS — це інструмент для самооцінки, який запитує про частоту вживання алкоголю в різних ситуаціях за минулий рік. Для цього дослідження використовували як рядки пункту, так і підпункти. Кожна відповідь оцінюється від 0 до 3 балів; кожна з підшкал має від 10 до 20 пунктів, а сума балів — кожної з 8 підшкал IDS складає від 0 до 30.

Підшкали IDS називаються: позитивні емоції (UE), фізичний дискомфорт (PD), приємні емоції (PE), тестування особистого контролю (TPC), спонукання та спокуси пити (UTD), конфлікт з іншими (CO), соціальний тиск на пиття (SPD) і приємний час з іншими (PTO).

Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS-8)
Опитувальник ситуацій вживання алкоголю

Виявлення причин

Перший крок у спробі змінити звички та схеми вживання наркотиків - визначити причини, які призвели до вживання алкоголю чи інших наркотиків. Нижче наведено вісім типових причин («тригерні ситуації») вживання алкоголю чи інших наркотиків.

Подумайте про своє вживання алкогольних напоїв чи інших наркотиків за останній рік та оберіть причини які вас спонукали до цього (можна обрати декілька варіантів).

1. неприємні емоції (наприклад, коли я був розлючений, розчарований, було нудно, сумно чи тривожно)
2. фізичний дискомфорт (наприклад, коли я почував себе погано або болю)
3. приємні емоції (наприклад, коли я насолоджувався або просто відчував себе щасливим)
4. тестування особистого контролю (наприклад, коли я почав вірити, що можу впоратися з алкоголем чи наркотиками)
5. заклики та спокуси (наприклад, коли я ходив у паб чи бачив щось, що нагадувало мені пити чи вживати наркотики)
6. конфліктувати з іншими (наприклад, коли я мав суперечки або не ладив з кимось)
7. соціальний тиск (наприклад, коли хтось пропонував алкоголь чи наркотики)
8. приємні часи з іншими (наприклад, коли я був з друзями або на вечірці).

З точки зору того, як часто я п'ю або вживаю наркотики у кожній з перерахованих вище ситуацій, я б класифікував «тривожні ситуації», про які я обміняв вище, як слід:

- 1 (найчастіше): _____
2 (за частотою): _____
3 (за частотою): _____

Позначте чи це основна речовина, якою ви зловживаєте, або це вторинна речовина?

1. Це ОСНОВНА речовина, якою я зловживаю.
2. Це ВТОРИННА речовина, якою я зловживаю.

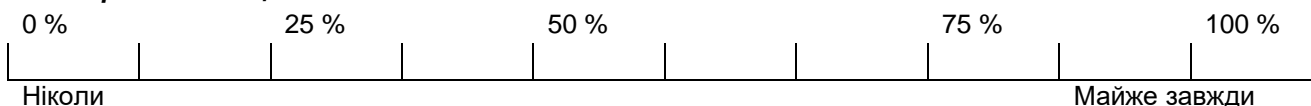
Зони ризику

Подумайте про своє вживання алкоголю або інших речовин за останні 12 місяців у кожній з наступних ситуацій. Якщо ви НІКОЛИ не пили сильно та не вживали інших наркотиків у цій ситуації, ви поставите коло "0". Якщо ви майже завжди пили або використовували інші наркотики, в цій ситуації, ви б коло «на 100%.» Якщо ваша відповідь знаходиться десь посередині, поставте похначку «X» уздовж лінії, щоб вона відображала, наскільки близько до 0% або 100%, на вашу думку, підходить.

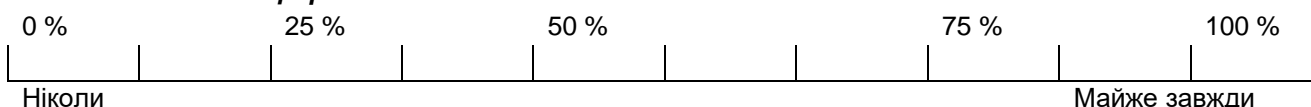
За останні 12 місяців я пив сильно або вживав інші речовини, коли відчував ... :

Позначте (або напишіть власноруч) приблизний відсоток випадків коли Ви пили або вживали інші речовини відчувачи наведене нижче:

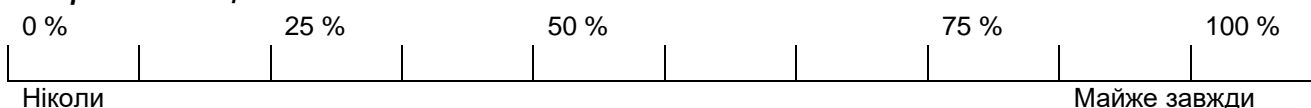
1. Неприємні емоції



2. Фізичний дискомфорт



3. Приємні емоції



14.5. IDTS – Опитувальник ситуацій вживання наркотиків (Annis et al., 1992)

IDTS це опитувальник для самозвіту з 50 пунктів, який є продовженням опитувальника ситуацій із вживанням алкоголю (Annis, 1982, інвентаризація ситуацій із вживання алкоголю; Annis, Graham & Davis, 1987, інвентаризація ситуацій із вживання алкоголю (JDS); посібник користувача, де оцінено ситуацію з використання широкого спектра наркотичних засобів. IDTS складається з 8 підшкал, які вимірюють використання речовин клієнта в 8 ситуаціях, виявлених у роботі Marlatt (1978, Alcoholism: Нові напрями в поведінкових дослідженнях і лікуванні): неприємні емоції, фізичний дискомфорт, приємні емоції, тестування особистого контролю, спокуси вживати алкогольні напої, конфлікт з іншими, соціальний тиск до вживання алкоголю і приємний час з іншими. Достовірність, факторна структура та обґрунтованість IDTS оцінено на прикладі 699 клієнтів, допущених до науково-дослідницької програми Addiction Research очисні споруди в Торонто. Показано, що IDTS має достовірні підшкали. Сумарний бал IDTS співвідносився із самооцінками складності проблеми споживачів наркотиків і ретроспективних звітів про частоту використання (ліків) та кількості використання (алкоголю), років використання та тяжкості залежності. Підтверджувальний факторний аналіз використано для перевірки відповідності даних моделі Marlatt у ситуаціях використання речовин, а також декількох альтернативних моделей. Показники належної відповідності показали, що найкраще підходять для даних 8-факторна модель до 8 підшкал на основі категорій Marlatt. Представлено докази того, що 8 підшкал можна додатково згрупувати в три фактори другого порядку: 1) негативні ситуації; 2) позитивні ситуації; 3) ситуації спокуси. Встановлено, що підшкали негативної ситуації неприємних емоцій, конфлікту з іншими та фізичний дискомфорт корелюються зі шкалою депресії SCL-90R, шкалою міжособистісної чутливості та шкалою соматизації відповідно. Встановлено, що позитивні підшкали соціальної ситуації «Приємний час з іншими» та «Соціальний тиск до вживання» виразно співвідносяться з відсотками часу, використовуючи окремо, і позитивно корелюється з тиском із боку друзів і сім'ї щодо вживання. Що стосується шкал готовності до змін і готовності до лікування (SOCRATES), клієнти на етапі попередньої заміни мали порівняно плоскі, недиференційовані профілі IDTS (тобто невеликий розріз підшкал), тоді як клієнти на етапі детермінації мали найбільшу диференціацію в IDTS підсумкові бали. Відмінно порівнянність була знайдена F або алкопацієнтів Hol між IDS і ВШП. Представлено також докази щодо адекватної порівнянності між комп'ютером та адміністративними форматами паперу та олівця IDTS.

Визначення ситуацій із високим рівнем ризику для споживачів алкоголю або наркотиків відіграє центральну роль у впровадженні когнітивно-поведінкової моделі лікування наркоманії. Знання таких ризикових ситуацій є важливим для розуміння мотивації клієнта для використання та розроблення індивідуальної програми лікування для боротьби з проблемними зонами з високим ризиком (див. Annis, Schober & Kelly, 1996; Daley, 1988; Kadden et al., 1992). Загальноновизнано, що ситуації з високим ризиком, які підвищують ймовірність відновлення використання, предбачають такі події, як пізнання та емоції. Точна ідентифікація внутрішніх і зовнішніх ризиків пацієнта для вживання алкоголю або вживання наркотиків є важливим першим кроком у розвитку когнітивно-поведінкового підходу до лікування.

Робота Г. Алана Марлатта та його соратників (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980; Marlatt, 1978, 1979a, b, 1985; Marlatt & Gordon, 1980) дає значні докази для емпіричної типології ситуацій, які становлять високий рівень ризику щодо рецидиву алкоголю та інших клієнтів наркотиків. Використовуючи методологію інтерв'ювання клієнтів після звільнення від програм, що орієнтовані на абстиненцію, Марлатт продемонстрував, що описи клієнта їхніх початкових епізодів рецидиву можна класифікувати у вісім категорій: неприємні емоції, фізичний дискомфорт, приємні

емоції, тестування особистого контролю, спонукання та спокуси. Використання, конфлікт з іншими, соціальний тиск для використання та приємний час з іншими. У цієї системи класифікації висока надійність і всебічно розумно продумана, враховуючи рецидиви, повідомлені різними групами клієнтів, а також алкоголіків, героїнових наркоманів і курців сигарет (а також компульсивні гравці та дієти).

У цій роботі описано розвиток та психометричні властивості інвентаризації ситуацій із прийомом наркотиків (IDTS: Annis & Martin, 1985), анкета із 50-ти запитань, що описує ситуації, у яких людина використовує певну конкретну ситуацію. речовина зловживань. Ситуації, пов'язані з прийомом наркотиків, оцінені в IDTS, базуються на 8-категорійній класифікаційній системі Marlatt загальних попередників щодо вживання наркотиків. IDTS є паралельним інструментом інвентаризації ситуацій із питвом (IDS: Annis, 1982; Annis et al., 1987), який був поширений, щоби врахувати наркотики, крім алкоголю. На IDTS як окремому профілю щодо ситуацій ризику через 8 категорій Marlatt виробляється для кожного з наркотиків клієнта зловживання.

Елементи, що входять до 8 підшкал IDTS, були отримані з попередніх досліджень IDS, а також від функціонального аналізу попередників до споживачів наркотиків, які представляють для лікування у Фонді досліджень наркоманії в Торонто. Annis et al. (1987) повідомили, що надійність сортування IDS-позицій у відповідних підшкалах була високою (92–96 %), і що підсистеми IDS були пов'язані з високим рівнем споживання алкоголю (r_s коливався від 0,27 до 0,43) і високий рівень залежності від шкали алкогольної залежності (Skinner & Horn, 1984; r_s коливався від 0,23 до 0,52). Факторно-аналітичні дослідження IDS припускають, що структура приблизно відповідає 8-типовій типології антецедентів для використання, запропонованої Marlatt (Annis et al., 1987), але менша кількість факторів може відповісти на суттєву частину дисперсії (Annis et al., 1987; Cannon, Leeka, Patterson & Baker, 1990; Isenhardt, 1991).

У роботі розглянуто надійність, обґрунтованість і факторну структуру першого і другого порядку IDTS. Дійсність оцінюється за допомогою вивчення взаємозв'язку IDTS із заходами споживання, залежності та усвідомленої тяжкості проблеми, а також диференційованим відношенням підшкал до мірок соціального контексту використання, симптомів психопатології та готовності до змін. Наведені результати як дослідницького, так і підтверджувального факторів налісів IDTS. Урешті, дослідження повідомляють про порівнянність IDTS для пацієнтів зі зловживанням алкоголем та IDS, а також про порівнянність комп'ютеризованих і паперу й олівця версій IDTS.

Усі заходи були зібрані під час оцінювання перед початком лікування. Клієнти, які представляють для лікування у відділі зміни поведінки Фонду досліджень наркоманії в Торонто, завершили комп'ютеризовану версію IDTS як частину регулярної процедури оцінювання, що її використовують для розроблення індивідуалізованого плану лікування. Клієнти, які погодились брати участь у дослідженні, надавали додаткову інформацію щодо низки змінних для опису зразків, а також встановлювали інформацію про порівнянність та достовірність тестів на IDTS. Ці додаткові заходи передбачали змінні споживання, залежність, соціальний контекст використання, інші змінні, пов'язані з використанням речовин, симптоматику та готовність до змін.

Опитувальник ситуацій вживання наркотиків.

IDTS, розроблений Аннісом і Мартіном (1985), становить анкету з 50-ти запитань, у якій описано ситуації, у яких клієнт використовував певний наркотик за останній рік. Включає вісім підшкал: неприємні емоції (10 позицій), фізичний дискомфорт (5), приємні емоції (5), тестування особистого контролю (5), спонукання

та спокуси (5), конфлікт з іншими (10), використання соціального тиску (5) і приємний час з іншими (5). Клієнтів просять вказати свою частоту вживання наркотиків або пияцтво в кожній із 50 ситуацій за 4-бальною шкалою від «ніколи» до «майже завжди». 8 підсумкових балів є профілем прийому наркотиків для кожного клієнта через 8 видів ситуацій із прийомом наркотиків.

IDTS можна заповнювати за допомогою інтерактивного комп'ютерного програмного забезпечення, або у паперовому форматі. Комп'ютеризована версія дає змогу клієнту назвати до трьох речовин, які в даний час викликають проблеми і для яких він / вона шукає лікування. Речовини, передбачені інструментом, включають алкоголь, кокаїн, канабіс, героїн, галюциногени, транквілізатори, седативні засоби / снодійні засоби, розчинники, стимулятори або інші наркотики. 50 пунктів IDTS представлені по черзі для кожної речовини, і для кожної речовини виробляється звіт, що його створює комп'ютер.

Вживання. Для зразків алкоголю, кокаїну та інших лікарських препаратів частота вживання алкоголю або наркотиків показала лише слабкий позитивний зв'язок із ядрами підшкали IDTS. Для кокаїну або зразків «інших лікарських препаратів» не було доступних кількох варіантів застосування. Однак для зразка алкоголю кількість вживання алкоголю (тобто кількість стандартних напоїв, що споживаються в дні пиття) виявила значні кореляції з усіма підшкалами IDTS, починаючи від мінімуму 0,18 із соціальним тиском до максимуму 0,31 з фізичним дискомфортом і з IDTS загального ядра. Оскільки IDTS просить клієнтів повідомити про ступінь, до якого вони випивали багато в різних ситуаціях, ці результати дають можливість. Вважається, що клієнти, які повідомляють про значне вживання алкоголю в більшості ситуацій, мають вищий рівень споживання. Порівняно низька кореляція між частотою використання та IDTS не дивна, враховуючи той факт, що всі клієнти мають проблему з вживанням наркотиків або алкоголю і, отже, відхилення в частоті менше, ніж можна було б очікувати, якщо вибірка враховувала б людей із загального населення.

Залежність. Знайдено підтримку взаємозв'язку між рівнем залежності та ступенем використання речовин, що використовуються в IDTS. Для зразка алкоголю бали за шкалою алкогольної залежності (ADS: Skinner & Hom, 1984) корелювали з загальною оцінкою IDTS (0,41) і з усіма підшкалами IDTS, причому найвищі кореляції спостерігалися для трьох негативних підшкал, а саме — неприємних емоцій (0,44), фізичний дискомфорт (0,45) і конфлікт з іншими (0,42) і з закликами і спокусами (0,38). Результати були дуже подібні з погляду взаємозв'язку між скринінговим тестом на зловживання наркотиками (DAST: Skinner, 1982) й оцінками IDTS в обох зразках кокаїну та інших лікарських засобів. Бали даних DAST корелювали 0,43 з загальним балом IDTS у зразку кокаїну і 0,30 у зразку іншого лікарського засобу. Про NCE знову ж, порівняно високий коефіцієнт відносин з підсистемами IDTS спостерігалися за неприємних емоцій (0,41 кокаїн; 0,32 інші наркотики); фізичний дискомфорт (0,35 кокаїн, 0,33 інші наркотики); конфлікт з іншими (0,36 кокаїну; 0,33 інші препарати) і примуси і спокуси (0,38 кокаїну; 0,32 інші препарати), що свідчить про те, що піднесення на цих підшкалах найбільше пов'язано з високим рівнем залежності. З погляду кореляції цих змінних із підметровими оцінками IDTS, загалом найвищі кореляції спостерігалися з трьома негативними підшкалами, а саме — з неприємними емоціями, фізичним дискомфортом та конфліктами з іншими, з підсхемами Urges and Temptations. Міцна закономірність кореляції, що спостерігається між оцінками IDTS і цими залежностями, надає подальшу підтримку зовнішньої достовірності IDTS як міру використання речовин, з вищими рівнями залежності, пов'язаними з підвищенням загальної оцінки IDTS, негативних підшкал і на Urges і спокуси підшкали.

Соціальний контекст використання. Оскільки IDTS має на меті визначити конкретні ситуації, у яких клієнт вдається до обтяженого вживання алкоголю або наркотиків, очіувалося, що два заходи соціального контексту використання (самостійне вживання та під впливом соціального оточення, напр. сім'ї / друзів) співвідносяться з особливими підсумковими оцінками IDTS. Очіувалося, що клієнти, які повідомили, що витрачають менше часу на використання самостійно, мають вищий бал у трьох міжособистісних підшкалах IDTS. Підтримка цього прогнозу була очевидною в опитуваннях стосовно алкоголю та кокаїну, де спостерігалися значні негативні кореляції між вживанням окремих препаратів і оцінками за соціальним тиском (-0,26 і -0,28) і проведеним приємним часом з іншими (-0,19 і -0,25) міжособистісними підшкалами. Для алкоголю були також значні позитивні кореляції між вживанням самостійно та двома внутрішньоособистими шкалами: неприємні емоції (0,20) і фізичний дискомфорт (0,21). Підтвердженням реальності підшкали соціального тиску були відповіді клієнтів на запитання: «Чи друзі або родина часто спонукають, щоби Ви вживали наркотики або значно випивали, коли Ви разом з ними» (2 = так, 1 = немає). Відповіді на це запитання найсильніше корелювали із підшкалою соціального тиску щодо вживання алкоголю (0,29), кокаїну (0,15) й інших видів наркотиків (0,24). Тому можемо перейняти зовнішні докази, що ВШП здатний ідентифікувати конкретні ситуації моделі важкого вживання алкоголю або наркотиків.

Докази дійсності для IDTS були встановлені через демонстрацію кореляції з показниками споживання наркотиків, тяжкість проблеми та залежності. Клієнти, які повідомили про значне вживання алкоголю або використання наркотиків у ситуаціях, пов'язаних з ІДТС, також повідомили про вищий рівень споживання та більшу тяжкість проблеми (наприклад, роки проблемного використання, усвідомлення серйозності проблеми та сприйняття труднощів виходу). Сильна закономірність кореляції, що спостерігається між оцінками IDTS та мірою залежності (DAST: Skinner, 1982; ADS: Skinner & Horn, 1984), надає додаткові докази зовнішньої достовірності для IDTS. До того ж до сильної асоціації з загальною оцінкою IDTS, високі рівні лікарської залежності були найтісніше пов'язані з підвищенням негативних підшкал IDTS (тобто неприємних емоцій, фізичного дискомфорту і конфлікту з іншими) і з примусами та спокусами користуватися підшкалою. Ці результати узгоджуються з попередніми висновками, що стосуються кластерного аналізу балів IDS. Встановлено, що клітини з високим негативним профілем мають вищі показники алкогольної залежності (Annis & Graham, 1995).

IDTS — це анкета для самостійного заповнення, призначена для оцінювання ситуативних причин використання широкого спектру наркотиків (наприклад, алкоголю, кокаїну, героїну, інших наркотиків, канабіса, галюциногенів, транквілізаторів, седативних / снодійні, розчинників, стимуляторів). Опитувальник призначений як для дослідницьких умов, так і для застосування у клінічній практиці. Результати досліджень порівнянності, наведені тут, свідчать про те, що IDTS можна використовувати замість IDS зі споживачами алкоголю, а також, що адміністративні формати паперу та олівця і комп'ютерних інтерфейсів IDTS дають по суті еквівалентні результати. Оскільки IDTS доцільні для багатьох наркотиків, майбутні дослідження, зосереджені на порівняннях між категоріями лікарських засобів на IDTS, повинні збільшити наше розуміння спільності та відмінностей між вживанням алкоголю та інших речовин. З клінічного погляду, пропонують, щоб IDTS був прийнятий як інструмент планування лікування, що забезпечує теражу з легко введеною допомогою для ідентифікації ситуацій високого ризику клієнта для використання конкретного препарату.

14.4. Соціальні мережі. BASDA – Швидка оцінка вживання алкоголю у соціальному оточенні (Brief Alcohol Social Density Assessment, BASDA; McKillop et al., 2013)

Шкала BASDA є адаптацією елементів широко розповсюджених скринінгових інструментів для азартних ігор, вживання алкоголю та вживання тютюну, з метою дослідження поведінки кожного члена соціальної мережі піддослідного, враховуючи п'ять найближчих небіологічних соціальних партнерів (наприклад, друзів, романтичних партнерів та інших близьких знайомих), окрім живих батьків і живих братів і сестер. Учасники оцінюють азартні ігри та вживання речовин кожної особи й оцінюють їхню впевненість у їхній оцінці. Що стосується поведінки азартних ігор, учасники оцінюють щотижневу частоту азартних ігор кожної особи за 8-бальною шкалою від «0 днів» до «кожного дня», а також щотижневі витрати на діяльність, пов'язану з азартними іграми, у форматі відкритої відповіді. Ці елементи базувалися на скринінгу азартних ігор Південного Оуку (SOGS; Lesieur та Blume 1987). Частина опитувальника BASDA, що стосується алкоголю використовувала індекс AUDIT-Quantity-Frequency, перші три пункти, що стосуються важкості вживання алкоголю, який підтверджено як міру проблемного вживання алкоголю (Bush et al. 1998). Використання тютюну для індивідуумів оцінюється як кількість викурених сигарет на день, що є підтвердженим показником вживання сигарет і елемента скринінга FTND. Учасники оцінюють свій рівень довіри для точності своїх відповідей для кожної особи за допомогою трьох варіантів: відсутність впевненості, часткової впевненості чи впевненості. Кожен розділ міри може бути застосований окремо, щоби виміряти один елемент інтересу (алкоголь, азартні ігри або тютюн); у разі застосування щодо алкоголю, BASDA іноді називають опитувальником «Коротка оцінка соціальної концентрації вживання алкоголю» (MacKillop et al, 2013).

Незважаючи на масштаби цієї проблеми, великі прогалини залишаються в розумінні виникнення зловживання алкоголем серед дорослих, особливо щодо ролі в цьому соціальних факторів. Соціальні стосунки дуже різні між окремими людьми, але їх можна систематично кількісно визначити за допомогою аналізу соціальних мереж (SNA) (Borgatti et al., 2009; McPherson et al., 2001; Rosenquist, 2011). Такий підхід систематично характеризує структуру та характеристику взаємозв'язків між людьми як на рівні людини, так і на рівні мережі (тобто соціальні мережі). Хоча обидва підкреслюють важливість соціальних факторів, СНР відрізняється від підходу до соціальних норм (Перкінс, 2003), який зосереджується на виявленні та виправленні неправильних уявлень про нормативну поведінку щодо вживання алкоголю (Perkins, 2003).

Принципи оцінки соціальної концентрації вживання алкоголю

У BASDA оцінюється вживання алкоголю серед чотирьох найближчих до учасника осіб. Кожна особа оцінюється за допомогою пунктів AUDIT. Спостерігалася кореляція між загальною оцінкою BASDA та AUDIT. Кореляції між BASDA та підшкалами DMQ були позитивними, статистично значущими зі середньою і великою величинами.

Індекс соціальної щільності, пов'язаної з алкоголем, значною мірою пов'язаний із рівнями зловживання алкоголем кожної людини та її відносною підтримкою соціальних мотивів для вживання алкоголю, що свідчить про конвергентну валідність. Значні відмінності в оцінці BASDA були очевидні на підставі оцінки критерію AUDIT 8, що свідчить про обґрунтованість критерію. Нарешті, BASDA значною мірою сприяла прогнозуванню зловживання алкоголем за межами індексів алкогольних мотивів, що свідчить про додаткову валідність. Цікаво, коефіцієнти для соціальних мотивів та мотивів відповідності більше не були статистично значущими в комбінованій моделі, враховуючи індекс BASDA. Це свідчить про те, що в цьому прикладі зв'язок між цими мотивами та рейтингом

AUDIT значною мірою пояснювався оцінкою випивання тисними соціальними філіями, як було виміряно BASDA, а не навпаки. Найефективнішою моделлю були мотиви посилення, мотиви подолання та індекс BASDA соціальної частоти вживання алкоголю. Що стосується розмірів ефектів, то безперервні асоціації мали середню і велику величину. Різниця між групами AUDIT була однаково істотною і приблизно вдвічі більшою в групі, яка набрала 8 або більше. У регресійному аналізі BASDA сприяла додатковим 12 % відхилень за межі алкогольного напою та остаточним у фіналі. Модель становила понад половину відхилень від зловживання алкоголем. Загалом ці висновки підтверджують конструктивну дієвість BASDA як ефективної міри соціальної густини вживання алкоголю серед нових дорослих.

Результати поточного дослідження відповідають декільком попереднім висновкам. Насамперед вони дуже збігаються з попереднім дослідженням BASDA серед гравців, що беруть участь у грі (Fortune et al., 2013). Одна різниця, однак, полягає в тому, що розміри ефекту соціальної щільності, пов'язаної з алкоголем, були майже вдвічі більшими в цьому дослідженні. Це може бути тому, що соціальні фактори є важливішими серед дорослих, що розвиваються, але це також може бути функцією інших методологічних відмінностей. Ці висновки також збігаються з даними дорослих людей середнього віку, що вказує на те, що люди з нездоровою поведінкою в питній формі об'єднуються разом у соціальних кластерах (Rosenquist et al., 2010).

Тестові завдання до Теми 14

14.1. **FACES IV** оцінює ...

- 1) зовнішність за чотирма факторами
- 2) залежність до зловживання ПАР в залежності від типу обличчя
- 3) сімейні цінності
- 4) сімейну згуртованість та гнучкість

14.2. **FACES IV** використовує ... шкал (вказіть кількість шкал)

- 1) 4
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 12

14.3. **FACES IV** розповсюджується ...

- 1) Безкоштовно та відкрито
- 2) Безкоштовно за умовою підписки
- 3) Є плата за ліцензію використання
- 4) Не розповсюджується

14.4. **IDS** використовують для вивчення ...

- 1) Водіння авто у п'яному стані
- 2) Частоти вживання алкоголю в різних ситуаціях за минулий рік
- 3) Депресії пов'язаної з залежністю
- 4) Всі відповіді вірні

14.5. **IDTS** це анкета для оцінювання ...

- 1) ситуативних причин використання широкого спектру наркотиків
- 2) ситуативних причин використання виключно алкоголю
- 3) ситуативних причин використання виключно опіатів
- 4) ситуативних причин використання виключно марихуани

14.6. **BASDA** вивчає ...

- 1) Роль соціальної щільності у вживанні алкоголю
- 2) Дію алкоголю на підлітків
- 3) Використання марихуани серед школярів
- 4) Генетичні аномалії, як фактор сприяння алкоголізму

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Psychiatry : manual for medical students / ed. by V.P. Samokhvalov. - Сімферополь : Б. В., 2005. - 352 р.
2. Дитяча психіатрія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації, лікарів-інтернів та лікарів-курсантів вищ. мед. навч. закл. (ф-тів) післядипломної освіти / Г. М. Кожина [та ін.] ; за ред.: Г. М. Кожина, В. Д. Мішієва. - Київ : Медицина, 2014. - 376 с.
3. Методи дослідження залежностей : матеріали електрон. навч. курсу / авт.-уклад.: О. О. Сердюк, В. В. Бурлака; Харків. нац. ун-т внутр. справ; Ун-т Вейна; Мічиган. ун-т. – Харків : Константа, 2018. – 160 с.
4. Психіатрія : Підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. III-IV рівнів акредитації / За ред. О.К. Напрєєнка. - Київ : Здоров'я, 2001. - 584 с.
5. Психіатрія і наркологія [Текст] : підручник / В. Л. Гавенко [та ін.] ; за ред.: В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського ; рец.: А. М. Скрипніков, С. Є. Козакова. - 2-е вид., переробл. и доп. - Київ : Медицина, 2015. - 512 с.
6. Українське Лонгітюдне Дослідження = Ukrainian Longitudinal Study (ULS) : Метод. рек. з використання психодіагност. інструментів першої хвилі дослідж. / [Максименко С. Д., Кокун О. М., Панок В. Г. та ін.] ; НАПН України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка , УНМЦ практичної психології та соціальної роботи ; НАМН України, ДУ Ін-т охорони здоров'я дітей та підлітків, ДУ Ін-т неврології психіатрії та наркології ; МВС України, Харків. нац. ун-т. внутр. справ ; Ун-т Вейна. – Київ: Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. – 68 с.

Додаткова

1. Рущенко І.П., Кононов І.Ф., Сердюк О.О., Белоусов К.Ю. Дослідження залежностей у студентському середовищі: досвід кроссуніверситетського вимірювання (Харків, Луганськ, Санкт-Петербург. // *Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства: Збірник наукових праць.* – Випуск 20. – Х.: ХНУ імені В.Н.Каразіна, – 2014. С. 344-350.
2. Сердюк О. О. Молодь та наркотики – 2017 : Науковий звіт за результатами соціологічного моніторингу розповсюдження наркотиків та інших форм залежності серед молоді м. Харкова : [науковий звіт / Сердюк О. О., Базима Б.О.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків : ХНУВС, 2017. – 62 с.
3. Сердюк О. О., Белоусов Ю. Л. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю // *Соціальна робота в органах внутрішніх справ України: Навчальний посібник.* — Харків: Національний університет внутрішніх справ, 2006. — С. 303–324.
4. Сердюк О.О. Соціологічні дослідження наркотизму (розділ 2) // *Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: навчально-методичний посібник / кол. авт.; Під ред. В.В. Бурлаки.* – К.: ГЕРБ, 2008. С. 30–90.
5. Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей. Частина 1. посібник / Кол. авт.; За заг. ред. доцента О.О. Сердюка та В.В. Бурлаки. — Харків : Діса плюс, 2015. — 478 с.

Глосарій статистичних термінів

Аналіз документів – це сукупність методичних прийомів, що застосовуються для вилучення з документальних джерел інформації, необхідної для вирішення дослідницьких завдань

Аналітичне (пояснювальне) дослідження – ставить собі за мету поглиблене вивчення явища, коли потрібно не тільки описати структуру, а й пояснити, що визначає його основні кількісні і якісні параметри

Анкетування – це метод опитування, при якому респондент (опитуваний) сам заповнює опитувальник в присутності дослідника (інтерв'юера) або без нього

Анонімність – Обіцянка дотримуватись анонімності, яку ми надаємо учасникам досліджень полягає в тому, що ми не фіксуємо персональну інформацію учасника дослідження взагалі

Асиметрія (skewness) – показує, в який бік щодо середнього зрушено більшість значень розподілу, служить для відображення близькості форми розподілу до нормального вигляду

Відкриті питання – це питання, на які респондент повинен дати відповідь самостійно, до яких немає переліку можливих відповідей

Вільне інтерв'ю – інтерв'ю, яке передбачає попередню розробку основних дослідницьких питань, але їх формулювання і послідовність визначаються в процесі бесіди з респондентом, відповідно до його індивідуальних особливостей, відповіді фіксуються з максимальною повнотою, включаючи особливості лексики, смислові асоціації та відхилення від теми опитування

Вірогіднісна або випадкова вибірка – Вірогіднісна або випадкова вибірка – це тип вибірки, коли кожний елемент генеральної сукупності має однакові шанси бути обраним до вибіркової сукупності.

Валідність – це здатність інструменту вимірювання відображати явище, яке вимірюється (або інформаційний концепт)

Вибірка (Вибіркова сукупність) – множина об'єктів або сукупність вимірів, за допомогою визначеної процедури вибраних з статистичної популяції або генеральної сукупності для участі в дослідженні

Вибірка «Снігова куля» (RDS – respondent driven sample) – метод, коли кожен представник цільової групи запрошує до участі у дослідженні одного чи декількох наступних представників цільової групи, або надає їх контактні дані

Випадкова (статистична) помилка вимірювання – помилка, яка не має ні закономірностей, ні типових прикладів, на яку не впливає дослідник

Вторинна інформація (вторинні дані) – інформація, зібрана іншими дослідниками раніше для цілей, відмінних від цілей нашого конкретного дослідження

Генеральна сукупність – це загальна група індивідів (або інших елементів дослідження), на яких ми розповсюджуємо результати дослідження, з генеральної сукупності відбираються одиниці спостереження у вибірку сукупність

Двовимірний розподіл або крос-табуляція (crosstabs) – це таблиця, що представляє дані, зіставляючи дві окремі характеристики (змінні) – по колонкам і рядкам. Так, в колонках – різні значення (чи групи значень, категорії) однієї змінної, а в рядках – значення іншої змінної. Наприклад – процент жінок та чоловіків різних вікових груп у масиві даних. Зіставляються дві змінні – стать та вік.

Двовимірні таблиці або крос-табуляція, служить для опису зв'язку двох або більше номінальних (категоріальних, інтервальних або порядкових, ординальних) змінних. Прикладами номінальних змінних є стать (жіноча, чоловіча), місцевість проживання (місто, передмістя, село), відповідь (так, ні) та ін. Двовимірні таблиці не застосовуються до безперервних, абсолютних або метричних змінних.

Проте останні можна розбити на інтервали.

Для роботи з двовимірними таблицями в програмі SPSS використовується команда Crosstabs (Таблиці пов'язаності).

Дисперсійний аналіз (ANOVA) – процедура порівняння середніх значень декількох вибірок, на підставі якої можна зробити висновок про співвідношення середніх значень генеральних сукупностей, чим більше розрізняються середні значення порівнюваних вибірок – тим вище статистична значущість їх відмінності

Дисперсія (variance) – величина, що характеризує мінливість, або розкид (діапазон), значень розподілу щодо середнього, дорівнює сумі квадратів відхилень кожного значення в масиві даних від середнього, поділений на $N - 1$, де N – число значень в розподілі даних

Довірча імовірність – це імовірність з якою реальна похибка вибірки не вийде за межі теоретично розрахованої

Довірчий інтервал – інтервал, який показує наскільки результати вибіркового дослідження відхиляються від істинного значення вимірюваного параметру у генеральній сукупності

Доступна вибірка – це різновид вибірки, коли дослідник використовує для аналізу елементи які йому доступні на даний момент

Експериментальний дизайн дослідження – *Експеримент* - це метод збору і аналізу емпіричних даних, спрямований на перевірку гіпотез щодо причинних зв'язків між явищами в контрольованих і керованих умовах дослідження певних об'єктів

Ексцес (kurtosis) – міра згладженості («гострої» або «пласкої» верхівки) розподілу, служить для відображення близькості форми розподілу до нормального вигляду

Закриті питання – це питання, які передбачають вибір респондентом відповіді тільки серед запропонованих варіантів

Змістовна валідність – це ступінь відповідності змісту завдань методики реальній діяльності, в якій проявляється якість, що вимірюється

Зрізовий (точковий) дизайн дослідження – Зрізове дослідження - це дослідження, що описує ситуацію на конкретний момент часу

Кількісні дослідження (методи) – методи, що відповідають на питання скільки і де

Квартилі (quarter) – це значення, які ділять розподіл даних на чотири рівні частини. Значення, які ділять ряд розподілу, називаються першим (Q1), другим (Q2) і третім кuartилям (Q3). Значення другого кuartиля відповідає значенню медіани – оскільки рівно 50% значень знаходяться до другого кuartиля і 50% значень – після другого кuartиля. Перший кuartиль – це значення, що знаходиться посередині між найменшим значенням і другим кuartилем

Квотна вибірка – метод, коли вибірка представляє модель генеральної сукупності за визначеними ознаками

Кластерна вибірка – вибірка, коли випадковим чином відбираються групи елементів – кластери (або гнізда), а елементи всередині груп обстежуються суцільно

Коефіцієнт V Крамера – Коефіцієнт сили зв'язку між змінними, який завжди приймає значення від 0 до 1 характеризує силу зв'язку між змінними, але не визначає її напрям

Коефіцієнт «Альфа Кронбаха» – Статистичний коефіцієнт, що використовується для перевірки внутрішньої узгодженості дослідницького інструментарію, він показує взаємозв'язок елементів інструментрію поміж собою

Коефіцієнт детермінації R^2 – величина, яка обчислюється при проведенні регресійного аналізу, характеризує частку дисперсії однієї змінної, зумовленої впливом іншої змінної, значення R^2 є квадратом величини R , цей коефіцієнт показує на який процент випадків залежної змінної розповсюджується вплив незалежної змінної

Коефіцієнт χ^2 -квадрат Пірсона – критерій незалежності, вимірює ступень відповідності між значеннями, що спостерігаються і очікуваними значеннями клітинок таблиці даних, чим більше зв'язок між перемінними – тим більше його значення

Разом з χ^2 -квадрат обчислюється **p-рівень значимості (p-value)**, який є одним з центральних показників в статистичному аналізі даних

при рівні значимості (p-value) $p < 0,05$ (менше 0,05) зв'язок між змінними вважається значимим, і подальший аналіз зв'язків між ними є доцільним

Конструктна валідність – це здатність інструменту вимірювати саме ту якість, яку було обґрунтовано як теоретичний конструкт

Контент-аналіз – це кількісний аналіз документів, методика формалізованого аналізу документу, яка заснована на статистичному розрахунку різних об'єктивних характеристик тексту

Конфіденційність – Обіцянка дотримуватись конфіденційності, яку ми надаємо учасникам досліджень полягає в тому, що мифіксуємо але не розголошуємо персональну інформацію учасника дослідження

Кореляція, або коефіцієнт кореляції – це статистичний показник ймовірного зв'язку між двома змінними, вимірюваними в одиницях метричної (кількісної) шкали, укладений в межах від -1 до +1, позначається буквою «r», має дві властивості – сила і напрям, сила визначається числовим значенням, а напрям – тим, чи вона позитивна чи негативна

Лонгітюдний (когортний) дизайн дослідження – Лонгітюдне (когортне) дослідження це дослідження, під час якого дані отримують багаторазово, в різні моменти часу, що дозволяє аналізувати дані у часовій перспективі.

Виділяють 4 види дизайну когортних досліджень:

1. Повний популяційний дизайн
2. Повторний зрізовий або крос-секційний дизайн
3. Оновлюваний панельний лонгітюд
4. «істинний» лонгітюдний дизайн або панельний лонгітюд

Міри центральної тенденції – середнє значення, медіана і мода

Масив даних – файл даних дослідження, організований у формі електронної таблиці, кожна клітинка якої містить числові значення змінних або номери відповідей (числові коди обраних відповідей для порядкових або номінальних шкал), в строках таблиці представлені одиниці спостереження (пацієнти, респонденти, учасники дослідження), а у стовпчиках представлені змінні (показники, запитання, результати виміру)

Медіана (median) – це значення, що знаходиться в середині розподілу даних, отриманого шляхом упорядкування його за зростанням

Метричні шкали – шкали, що вимірюють досліджувані явища за інтервальним або абсолютним рівнем. Абсолютне вимірювання є найвищим щаблем в дослідженні. При такому підході кожна цифра виступає фактичною величиною вимірюваного явища.

Приклад: скільки вам повних років?

Множинний коефіцієнт кореляції R – величина, яка обчислюється при проведенні регресійного аналізу, характеризує зв'язок між значеннями залежної і незалежної змінних, позначається буквою R, розраховується як звичайний коефіцієнт кореляції r, оцінюється разом з рівнем значимості (p-value)

Мода (mode) – це значення, яке найбільш часто зустрічається у розподілі даних

Надійність вимірювання – це здатність отримувати незмінний результат кожного разу, коли проводиться вимірювання

Напівзакриті питання – це питання, що дають можливість респонденту або вибрати відповідь серед запропонованого набору відповідей, або доповнити його своїм варіантом відповіді

Напівструктуроване, направлене або сфокусоване інтерв'ю – інтерв'ю, план якого (Гайд інтерв'ю) містить перелік як обов'язкових, так і можливих запитань, послідовність і формулювання яких можуть змінюватися в залежності від ситуації та індивідуальних особливостей опитуваного

Не вірогіднісна або не випадкова (детермінована) вибірка – це тип вибірки, коли відбір елементів здійснюється за суб'єктивними критеріями – доступності, типовості, рівного або пропорційного представництва та ін.

Невипадкова (систематична) помилка вимірювання – помилка, що має закономірність, яка з'являється з вини дослідника

Негативна кореляція – відповідає значенням $-1 < r < 0$, якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зменшення

Нестандартизоване спостереження – різновид спостереження, у ході якого дослідник визначає лише загальні напрямки спостереження, згідно з якими результати фіксуються у вільній формі безпосередньо в процесі спостереження або пізніше по пам'яті

Номинальні шкали – шкали, показники яких не є числовими категоріями, емпірична (числова) вимірювальна здатність у номінальних шкал відсутня. *Приклад:* стать, етнічна приналежність.

Нормальний розподіл – розподіл даних, у якому всі три міри центральної тенденції (середнє, мода і медіана) збігаються

Одновимірний розподіл – найпростіша форма кількісного (статистичного) аналізу, опис розподілу однієї змінної в масиві даних у відповідних одиницях аналізу – як правило у абсолютних показниках (кількості випадків) та процентах

Описові статистики – різні обчислювані показники, що характеризують розподіл значень змінної в масиві даних. До описових статистик відносяться міри центральної тенденції, стандартне відхилення, дисперсія, стандартна помилка.

Описове дослідження – ставить собі за мету скласти цілісне уявлення про досліджуване явище та його структурні елементи

Опитування – це метод отримання первинної інформації, заснований на усному або письмовому зверненні до досліджуваної особи або сукупності людей з питаннями, зміст яких становить проблему дослідження

Основа, рамка або контур вибірки (Sampling frame) – перелік усіх елементів генеральної сукупності, з яких обираються елементи вибіркової сукупності

Очевидна (зовнішня) валідність – це ступінь відповідності обраної методики очікуванням учасників дослідження, її зрозумілість

Первинна інформація (первинні дані) – інформація про об'єкт дослідження, отримана безпосередньо від її джерела в результаті спеціально проведених польових досліджень

Позитивна кореляція – відповідає значенням $0 < r < 1$, якщо значення однієї змінної зростають, то значення іншої мають тенденцію до зростання

Помилка вибірки – величина відхилень показників генеральної сукупності від показників вибіркової сукупності

Помилка основи вибірки – величина відхилення основи вибірки від реальних розмірів генеральної сукупності

Порядкові (ординальні) шкали – шкали, альтернативи яких впорядковані за зростанням, характеризують величину, або ступінь вираженості речей або явищ.

Приклад:

Як часто Ви вживаєте алкоголь?

1. ніколи
2. рідко
3. часто
4. регулярно

Проста випадкова вибірка – вибірка на основі таблиці або генератору випадкових чисел з повного списку всіх елементів генеральної сукупності

Процентіль (percentile) – це таке число X_p (точка на розподілі даних), що вказана частина значень (p) дослідницьких змінних менше або дорівнює X_p . Наприклад 75-й процентиль у розподілі даних означає, що 75% значень дослідницької змінної менше або дорівнюють значенню змінної на цій точці розподілу. 75-й процентиль дорівнює третьому квартилю (Q3)

Рівень значимості (p-value) – один з центральних показників в статистичному аналізі даних, при рівні значимості (p-value) $p < 0,05$ (менше 0,05) зв'язок між змінними вважається значимим, і подальший аналіз зв'язків між ними є доцільним, а якщо значення p-value більше 0,05 подальший аналіз зв'язків між такими змінними не проводиться

Регресійний аналіз – вид статистичного аналізу, який вимірює як значення залежної змінної змінюється, коли змінюється незалежна змінна (у той час як інші незалежні змінні зафіксовано)

Розвідувальне дослідження – ставить собі за мету попереднє обстеження певного процесу чи явища

Середнє значення (mean) – це середнє арифметичне, яке дорівнює сумі всіх значень розподілу даних, поділеній на їх кількість

Систематична випадкова вибірка – вибірка, впорядкована за будь-якою ознакою, перший елемент якої відбирається випадково, а потім, з кроком « k » відбирається кожен « n »-й елемент

Спостереження – це метод збирання даних, коли дослідник веде безпосереднє спостереження за людьми та іншими явищами

Стандартизоване або структуроване інтерв'ю – інтерв'ю з закритими або відкритими питаннями, відповіді на які суворо фіксуються у бланку опитування, що зводить до мінімуму відхилення від розробленого стандартного плану бесіди як з боку респондента, так і інтерв'юера

Стандартизоване спостереження – різновид спостереження, який передбачає наявність детально розробленого списку подій та ознак, які доведеться спостерігати, визначення умов і ситуацій спостереження, наявність інструкції для спостерігачів та кодифікатори для реєстрації спостережуваних явищ

Стандартна помилка (standard error) – характеристика точності, або стабільності, величини, для якої вона обчислюється

Стандартне відхилення (standard deviation) – величина, що характеризує мінливість, або розкид (діапазон), значень розподілу щодо середнього, індикатор того, наскільки «розкиданими» відносно середнього є значення певної змінної в наборі даних, дорівнює квадратному кореню з дисперсії

Стандартний коефіцієнт регресії β – величина, яка обчислюється при проведенні регресійного аналізу, приймає значення від -1 до 1, характеризує приватну кореляцію незалежної і залежної змінних, визначає вплив, який чинить на залежну змінну одна з незалежних змінних при фіксованих значеннях інших незалежних змінних (з урахуванням впливу останніх), є універсальною мірою впливу незалежної змінної

Стратифікована випадкова вибірка – вибірка з неоднорідної генеральної сукупності, яка з початку розбивається на групи (страти), а потім у кожній страті відбір здійснюється випадковим або механічним чином

Фокус-група – це якісний метод дослідження, який полягає в проведенні групового глибинного інтерв'ю, фокусованого на певній проблемі

Цільова (спрямована) вибірка – це різновид вибірки, коли відбір елементів здійснюється за якимось заздалегідь визначеним принципом або критерієм відповідності цілям дослідження

Шкала Лайкерта – одна з найбільш популярних в масових опитуваннях шкала. Займає проміжну позицію між порядковим та інтервальним вимірюванням. Формально шкала Лайкерта - порядкова, але в дослідницькій практиці вона частіше розцінюється як інтервальна. Допускає застосування статистичних методів, властивих метричним шкалам.

Приклад:

Дуже позитивно	Скоріше позитивно, ніж негативно	Нейтрально	Скоріше негативно, ніж позитивно	Дуже негативно
1	2	3	4	5

Якісні дослідження (методи) – методи дослідження, що відповідають на питання як і чому

Використана література

1. Achenbach T. M., Edelbrock C. The child behavior profile: II. Boys aged 12–16 and girls aged 6–11 and 12–16. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 223–33.
2. Achenbach T. M., Krukowski R. A., Dumenci L., Ivanova M. Y. Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychol Bull* 2005; 131:361–82.
3. Achenbach T. M., McConaughy S. H., Howell C. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987; 101: 213–32.
4. Achenbach T. M., Rescorla L. A. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington: Research Centre for Children, Youth and Families, University of Vermont; 2001.
5. Achenbach T. M. Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR and TRF profiles. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
6. Achenbach T. M. Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
7. Achenbach T. M. Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
8. Achenbach T. M. Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
9. Achenbach T. M. The child behavior profile: I. Boys aged 6–11. *Journal Consult Clin Psychol* 1978; 46: 478–88.
10. Achenbach T. M. The child behavior profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978;46:478–488. [PubMed: 670491]
11. Achenbach T. M. The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychol. Monogr.* 1966; 80:1–37.
12. Achenbach T. M. Burlington V. T.: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991. Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile.
13. Achenbach T. M.; Edelbrock C. S. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry; 1983. Manual for the Child Behavior Checklist and revised Child Behavior Profile.
14. Ahmad K. Violence prevention receives international attention. *Lancet* 2004; 363: 220. [PubMed:14746321]
15. American Psychiatric Association. 4th ed. Washington, DC: Author; 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
17. Arbuckle J. L., Wothke W. (1999). AMOS 4.0 user's guide. Chicago, IL: Small Waters Corp. and SPSS Inc.
18. ARNETT J. Drunk driving, sensation seeking, and egocentrism among adolescents. *Pers. Individ. Diff.* 11: 541–546, 1990.
19. Arsenault L., Tremblay R. E., Boulerice B., Saucier J. F. Obstetrical complications and violent delinquency: Testing two developmental pathways. *Child Development* 2002; 73: 496–508. [PubMed: 11949905]
20. Atkins M. S., Stoff D. M. Instrumental and hostile aggression in childhood disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993; 21: 165–178. [PubMed: 8491930]
21. Avery-Leaf S., Cascardi M., O'Leary K. D., Cano A. (1997). Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression. *Journal of Adolescent Health*, 21, 11–17.
22. Babcock J. C., Waltz J., Jacobson N. S., Gottman J. M. (1993). Power and violence: The relation between communication patterns, power discrepancies, and domestic violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 40–50.
23. Baca-Garcia E., Vaquero C., Diaz-Sastre C., García-Resa E. et al. (April 2004). «Lack of association between the serotonin transporter promoter gene polymorphism and impulsivity or

- aggressive behavior among suicide attempters and healthy volunteers». *Psychiatry Research*. 126 (2): 99–106. doi:10.1016/j.psychres.2003.10.007. PMID 15123389.
24. Barkley R. A., Fischer M., Edelbrock C.S., Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 546–557. [PubMed: 2387789]
 25. Barnes G. M., Welte J. W. Predictors of driving while intoxicated among teenagers. *J. Drug Issues* 18: 367–384, 1988.
 26. Barnett W. S. Long-term cognitive and academic effects of early childhood education on children in poverty. *Preventive Medicine* 1998; 27: 204–207. [PubMed: 9578996]
 27. Baron R. M., Kenny D. A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 51: 1173–1182. [PubMed: 3806354]
 28. Bekker M. H. J., van de Meerendonk C., Mollerus J. (December 2004). «Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating». *International Journal of Eating Disorders*. 36 (4): 461–9. doi:10.1002/eat.20041. PMID 15558635.
 29. Bentler P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 98, 588–606.
 30. Bentler P. M. (1995). EQS structural equations program manual. Encino.
 31. Bentler P. M., Bonnett D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588–606.
 32. Betz C. L. Childhood violence: A nursing concern. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 1995; 18: 149–161. [PubMed: 8707649]
 33. Billieux J., Rochat L., Rebetez M. M. L., Van der Linden M. (April 2008). «Are all facets of impulsivity related to self-reported compulsive buying behavior?». *Personality and Individual Differences*. 44 (6): 1432–42. doi:10.1016/j.paid.2007.12.011.
 34. Bordin I. A. S., Mari J. J, Caeiro MF. Validação da versão Brasileira do «Child Behavior Checklist» (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL* 1995; 17: 55–66.
 35. Breckler S. J. Applications of covariance structure modeling in psychology: Cause for concern? *Psychol. Bull.* 107: 260–273, 1990.
 36. Brennan P. A., Grekin E. R., Mednick S. A. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 215–219. [PubMed: 10078497]
 37. Browne M. W., Cudeck R. (1993). Alternative ways of assessing model.
 38. Buss A. H., Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J. Cons. Psychol.* 21: 343–349, 1957.
 39. Cairns J., van der Pol M. (June 2004). «Repeated follow-up as a method for reducing non-trading behaviour in discrete choice experiments». *Social Science & Medicine*. 58 (11): 2211–18. doi:10.1016/j.socscimed.2003.08.021. PMID 15047078.
 40. Calabro K., Mackey T. A., Williams S. Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues in Mental Health Nursing* 2002; 23: 3–15. [PubMed: 11887608]
 41. Campbell J. C., Harris M. J., Lee R. K. Violence research: An overview. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1995; 9: 105–126. [PubMed: 7667565]
 42. Campbell J. C., Woods A. B., Chouaf K. L., Parker B. Reproductive health consequences of intimate partner violence: A nursing research review. *Clinical Nursing Research* 2000; 9: 217–237. [PubMed: 11276617]
 43. Campbell S. B., Shaw D. S., Gilliom M. Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology* 2000; 12: 467–488. [PubMed: 11014748]
 44. Capaldi D. M., & Crosby L. (1997). Observed and reported psychological and physical aggression in young, at-risk couples. *Social Development*, 6, 184–206.

45. Carmines E. G., McIver J. P. Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. In: Bohrnstedt G. W., Borgatta E. F. (Eds.) *Social Measurement: Current Issues*, Newbury Park, Calif.: Sage Pubns., Inc., 1981, pp. 65–115.
46. Cascardi M., Avery-Leaf S., O'Leary K. D., Smith Slep A. (1999). Factor structure and convergent validity of the Conflict Tactics scale in high school students. *Psychological Assessment*, II, 546–555.
47. Cicchetti D., Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 1993; 56: 96–118.
48. Cima, M., Merckelbach H., Hollnack S., Knauer, E. (2003). «Characteristics of psychiatric prison inmates who claim amnesia». *Personality and Individual Differences*. 35 (2): 373–80. doi:10.1016/S0191-8869(02)00199-X.
49. Cleare A.J., Bond A. J. (March 2000). «Ipsapirone challenge in aggressive men shows an inverse correlation between 5-HT1A receptor function and aggression». *Psychopharmacology*. 148 (4): 344–9. doi:10.1007/s002130050061. PMID 10928305.
50. Cole D. A. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *J. Cons. Clio. Psycho*. 55: 584–594, 1987.
51. Crick N., Bigbee M., Howes, C. (1996). Gender differences in children's normative beliefs about aggression: How do I hurt thee? Let me count the ways. *Child Development*, 67(3): 1003–1014.
52. Cronbach L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16: 297–334, 1951.
53. Curran G. M., White H. R., Hansell S. Personality, environment, and problem drug use. *Journal of Drug Issues* 2000; 30: 375–405.
54. Deitz K. R., Lavigne J. V., Atrend R., Rosenbaum D. Relation between intelligence and psychopathology among preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology* 1997; 26: 99–107. [PubMed: 9118180]
55. Dodge K. A. The structure and function of reactive and proactive aggression. In: Pepler D.; Rubin K. ed. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1991. p. 201–218.
56. Dodge K. A., Schwartz D. 1997 Social information processing mechanisms in aggressive behavior Stoff D. M. Breiling J. Maser J. *Handbook of Antisocial Behavior* 171180 New York Wiley Eisenberg N., Cumberland A., Spinrad T. L., Fabes R. A., Shepard S. A., Reiser M. et al. The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development* 2001; 72: 1112–1134. [PubMed: 11480937]
57. Dom G., Hulstijn W., Sabbe B. (February 2006). «Differences in impulsivity and sensation seeking between early-and late-onset alcoholics». *Addictive Behaviors*. 31 (2): 298–308. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.009. PMID 15949898.
58. Donovan D. M., Queisser H. R., Salzberg P. M., Umlauf R. L. Intoxicated and bad drivers: Subgroups within the same population of high-risk men drivers. *J. Stud. Alcohol* 46: 375–382, 1985. Elliott D. Self-reported driving while under the influence of alcohol/drugs and the risk of alcohol/drug-related accidents. *Alcohol Drugs Driv*. 3 (Nos. 3–4): 31–43, 1987.
59. Eccles J. S., Midgley C., Wigfield A., Buchanan C. M., Reuman D., Flanagan C., Maciver, D. (1993). Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in the schools and in families. *American Psychologist*, 48, 90–101.
60. Eley T. C., Lichtenstein P., Stevenson J. Sex differences in the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior: Results from two twin studies. *Child Development* 1999; 70: 155–168. [PubMed: 10191520]
61. *Empowering youth to develop healthy relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage.
62. Evans L., Wasielewski P. Risky driving related to driver and vehicle characteristics. *Accid. Anal. Prev.* 15: 121–136, 1983.

63. Farrington D. P., Hawkins J. D. Predicting participation, early onset and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1991; 1: 1–33.
64. Farrington D. P. Early predictors of adolescent aggression and adult violence. *Violence and Victims* 1989; 4: 79–100. [PubMed: 2487131]
65. Farrington D. P. Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later-life outcomes. In: Pepler D. J., Rubin K. H., ed. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale N. J.: Lawrence Erlbaum; 1991. p. 5–29.
66. Farrington D. P. Predicting adult official and self-reported violence. In: Pinard G. F., Pagani L., ed. *Clinical assessment of dangerousness: Empirical contributions*. New York: Cambridge University Press; 2001. p. 66–88.
67. Farrington D. P. The relationship between low resting heart rate and violence. In: Raine A.; Brennan P. A.; Farrington D. P.; Mednick S. A., ed. *Biosocial bases of violence*. New York: Plenum; 1997. p. 89–106.
68. Farrington D. P. 1987 Implications of biological findings for criminological research Mednick S. A., Moffitt T. E., Stack S. A. *The causes of crime: New biological approaches* 4264 New York Cambridge University Press.
69. Farrow J. A. Drinking and driving behaviors of 16 to 19 year-olds. *J. Stud. Alcohol* 46: 369–374, 1985.
70. Fattal-Valevski A., Leitner Y., Kutai M., Tal-Posener E., Tomer A., Lieberman D. et al. Neurodevelopmental outcome in children with intrauterine growth retardation: A 3-year follow-up. *Journal of Child Neurology* 1999;14:724–727. [PubMed: 10593549]
71. Ferris C. F. E., Grisso T. New York: New York Academy of Sciences; 1996. *Understanding aggressive behavior in children*.
72. Feshbach N. D., Feshbach S. Empathy training and the regulation of aggression: Potentialities and limitations. *Academic Psychology Bulletin* 1982;4:399–413.
73. Feshbach S. Dynamics and morality of violence and aggression: Some psychological considerations. *American Psychologist* 1971;26:281–292. [PubMed: 5547169]
74. Feshbach N. D., Feshbach S. Aggression in the schools: Toward reducing ethnic conflict and enhancing ethnic understanding. In: Trickett P., Schellenbach C., ed. *Violence against children in the family and the community*. Washington, D. C.: American Psychological Association; 1998. p. 269–286.
75. Feshbach S. Aggression. In: Mussen P., ed. *Carmichael's manual of child psychology*. New York: Wiley; 1970. p. 159–259.
76. Fishbein D. H. E., Belmont C. A.: Wadsworth / Thomson Learning; 2001. *Biobehavioral perspectives in criminology*. The Wadsworth series in criminological theory.
77. Floyd F. J., Widaman K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286–299.
78. Fogel C. I., Belyea M. Psychological risk factors in pregnant inmates: A challenge for nursing. *American Journal of Maternal / Child Nursing* 2001; 26: 10–16.
79. Foo L., Margolin G. (1995). A multivariate investigation of dating aggression. *Journal of Family Violence, JO*, 351–377.
80. Fossati A., Di Ceglie A., Acquarini E., Barratt E. S. (June 2001). «Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects». *Journal of Clinical Psychology*. 57 (6): 815–28. doi:10.1002/jclp.1051. PMID 11344467.
81. Furman W., Wehner, E. (1997). Adolescent romantic relationships: A developmental perspective. In S. Shulman & W. A. Collins (Eds.) *Romantic relationships in adolescence: Developmental perspectives*. New directions for child development, No. 78. (pp. 21–36). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
82. Gardner J. Living with a child with fetal alcohol syndrome. *American Journal of Maternal/Child Nursing* 2000; 25: 252–257.
83. Giotakos O., Markianos M., Vaidakis N., Christodoulou G. N. (2003). «Aggression, impulsivity, plasma sex hormones, and biogenic amine turnover in a forensic population of rapists».

- Journal of Sex & Marital Therapy. 29 (3): 215–25. doi:10.1080/00926230390155113. PMID 12851126.
84. Glicksohn J., Leshem R., Aharoni R. (January 2006). «Impulsivity and time estimation: Casting a net to catch a fish». *Personality and Individual Differences*. 40 (2): 261–71. doi:10.1016/j.paid.2005.07.003.
85. Gomez R., Cooper A., Gomez A. (August 2000). «Susceptibility to positive and negative mood states: Test of Eysenck's, Gray's and Newman's theories». *Personality and Individual Differences*. 29 (2): 351–65. doi:10.1016/S0191-8869(99)00198-1.
86. Gournay K. Mental health nursing in 2001: What happens next? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001;8:473–476. [PubMed: 11842474]
87. Gray H. M., Foshee V. (1997). Adolescent dating violence: Differences between one-sided and mutually violent profiles. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 126–141.
88. Güleç H., Tamam L., Güleç M. Y., Turhan M. et al. (2008). «Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11». *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni (Bulletin of Clinical Psychopharmacology)*. 18 (4): 251–8.
89. Hadley M. Relational, indirect, adaptive, or just mean: Recent work on aggression in adolescent girls — Part I. *Studies in Gender and Sexuality* 2003; 4: 367–394.
90. Hamby S. L., Poindexter V. C., Gray-Little, B. (1996). Four measures of partner violence: Construct similarity and classification differences. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 127–139.
91. Hann D. M. Bethesda M. D: National Institute of Mental Health; 2002. Taking stock of risk factors for child/youth externalizing behavior problems.
92. Hilakiyi I., Veilahti J., Asplund P., Siniyuo J., Laitinen L., Koskenvuo K. A sixteen-factor personality test for predicting automobile driving accidents of young drivers. *Accid. Anal. Prev.* 21: 413–418, 1989.
93. Hingson' R. W., Howland J., Levenson' S. Effects of legislative reform to reduce drunken driving and alcohol-related traffic fatalities. *Publ. Hlth Rep.* 103: 659–667, 1988.
94. Hingson R., Heeren T., Mangione T., Morelock S., Mucatel M. Teenage driving after using marijuana or drinking and traffic accident involvement. *J. Saf. Res.* 13: 33–37, 1982.
95. Hingson R. W., Howland J., Schiavone T., Damiata M. The Massachusetts saving lives program: Six cities. Widening the focus from drunk driving to speeding, reckless driving, and failure to wear safety belts. *J. Traf. Med.* 18: 123–132, 1990.
96. Hinshaw S. P. On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin* 1987; 101: 443–463. [PubMed: 3602250]
97. Hodgins S., Kratzer L., McNeil T. F. Obstetric complications, parenting, and risk of criminal behavior. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 746–752. [PubMed: 11483140]
98. Holmbeck G. N., Thill A. W., Bachanas P., Garber J., Miller K. B., Abad M. et al. Evidence-based assessment in pediatric psychology: measures of psychosocial adjustment and psychopathology. *J. Pediatr Psychol* 2008; 33: 958–80.
99. Hong S., Jang, H. (December 2004). «Segmentation of early casino markets: An exploratory study». *Tourism Management*. 25(6): 801–5. doi:10.1016/j.tourman.2003.09.002.
100. Hoyle R. H., Panter A. T. (1995). Writing about structural equation models. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 158–176). Thousand Oaks, CA: Sage.
101. Hu L., Bentler P. M. (1995). Evaluating model fit. In R.H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76–99). Thousand Oaks, CA: Sage.
102. Huesmann L. R., Eron L. D., Yarmel P. W. Intellectual functioning and aggression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52: 232–240. [PubMed: 3820075]
103. Huesmann L. R. Observational learning of violent behavior: Social and biosocial processes. In: Raine A. Brennan P. A. Farrington D. P. Mednick S. A., ed. *Biosocial Bases of violence*. New York: Plenum; 1997. p. 69–88.

104. Hutchings B.; Mednick S. A. Registered criminality in the adoptive and biological parents of registered male criminal adoptees. In: Mednick S. A.; Schulsinger F.; Higgins J.; Bell B., ed. *Genetics, environment, and psychopathology*. Amsterdam: New Holland; 1975. p. 215–227.
105. Jackson S. M. (1998). Issues in the dating violence research: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 233–247.
106. Jackson S. M., Cram F., Seymour F. W. (2000). Violence and sexual coercion in high school student's dating relationships. *Journal of Family Violence*, 15, 23–36.
107. Jessor R., Jessor S. L. *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*, San Diego, Calif.: Academic Press, Inc., 1977.
108. Jessor R. Risky driving and adolescent problem behavior: An extension of problem-behavior theory. *Alcohol Drugs Driv.* 3 (Nos. 3–4): 1–11, 1987.
109. Jessor R., Donovan J. E., Costa F. M. *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development*, New York: Cambridge Univ. Press, 1991.
110. Johnson V., White H. R. An investigation of factors related to intoxicated driving behaviors among youth. *J. Stud. Alcohol* 50: 320-330, 1989.
111. Jonah B. A. Accident risk and risk-taking behavior among young drivers. *Accid. Anal. Prev.* 18: 255–271, 1986.
112. Jonah B. A., Dawson N. E. Youth and risk: Age differences in risky driving, risk perception, and risk utility. *Alcohol Drugs Driv.* 3 (Nos. 3–4): 13–29, 1987.
113. Joreskog K. G., Sorbom, D. (1986). LISREL VJ. Mooresville, IN:
114. Jump up to: a b «BIS 11». International Society for Research on Impulsivity website. Retrieved 2013–09–17.
115. Karpf R. S., Williams A. F. Teenage drivers in motor vehicle deaths. *Accid. Anal. Prev.* 15: 55–64, 1983.
116. Kasian M., Painter S. L. (1992). Frequency and severity of psychological abuse in a dating population. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 350–364.
117. Kline R. B. *Latent variable path analysis in clinical research: A beginner's tour guide*. *J. Clin. Psychol.* 47: 471–484, 1991
118. Laursen B., Collins W. A. (1994). Interpersonal conflict during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 197–209.
119. Lejoyeux M., Feuché N., Loi S., Solomon J. et al. (November 1998). «Impulse-control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity». *Psychiatry Research*. 81(2): 149–55. doi:10.1016/S0165–1781(98)00103–6. PMID 9858032.
120. Lilienfeld S. O., Waldman I. D. The relation between childhood attention-deficit hyperactivity disorder and adult antisocial behavior reexamined: The problem of heterogeneity. *Clinical Psychology Review* 1990; 10: 699–725.
121. Little L., Kantor G. K. Using ecological theory to understand intimate partner violence and child maltreatment. *Journal of Community Health Nursing* 2002;19:133–145. [PubMed: 12378891]
122. Liu J., Raine A., Venables P., Mednick S. A. Malnutrition at age 3 years predisposes to externalizing behavior problems at ages 8, 11 and 17 years. *American Journal of Psychiatry*. In press Lutenbacher M. Perceptions of health status and the relationship with abuse history and mental health in low-income single mothers. *Journal of Family Nursing* 2000; 6: 320–340.
123. Liu J., Raine A., Venables P. H., Dalais C., Mednick S. A. Malnutrition at age 3 years and lower cognitive ability at age 11 years: Independence from psychosocial adversity. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2003; 157: 593–600.
124. Liu J. Prenatal and perinatal complications as predispositions to externalizing behavior. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 2004; 18: 301–311.
125. Lynam D. R. Early identification of the fledgling psychopath: Locating the psychopathic child in the current nomenclature. *Journal of Abnormal Psychology* 1998; 107: 566–575. [PubMed: 9830244]
127. MacCallum R. C., Austin J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201–226.

128. Malik S., Sorenson S., Aneshensel C. (1997). Community and dating violence among adolescents: Perpetration and victimization. *Journal of Adolescent Health*, 21, 291–302.
130. Mannuzza S., Klein R. G., Addalli K. A. Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1991; 30: 743–751. [PubMed: 1938789]
131. Mannuzza S., Klein R. G., Konig P. H., Giampino T. L. Hyperactive boys almost grown up: IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1989; 46: 1073–1079. [PubMed: 2589922]
132. Martins S. S., Tavares H., da Silva Lobo D. S., Galetti A. M. et al. (August 2004). «Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors». *Addictive Behaviors*. 29 (6): 1231–5. doi:10.1016/j.addbeh.2004.03.023. PMID 15236828.
133. McDonald D. L., McKinney J. P. (1994). Steady dating and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescence*, 17, 557–564.
134. Mednick S. A., Gabrielli W. F., Hutchings B. Genetic influences in criminal convictions: Evidence from an adoption cohort. *Science* 1984; 224: 891–894. [PubMed: 6719119]
135. Meloy J. R. Northvale NJ: Jason Aronson; 1988. *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment*.
136. Moffitt T. E. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior — A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100:674–701. [PubMed: 8255953]
137. Moise J. F., Huesmann L. R. Television violence viewing and aggression in females. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1996; 794: 380–383. [PubMed: 8853622]
138. Molidor C., Tolman R. (1998). Gender and contextual factors in adolescent dating violence. *Violence Against Women*, 4(2): 180–194.
139. Morrison E., Morman G., Bonner G., Taylor C., Abraham I., Lathan L. Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing* 2002; 16: 108–117. [PubMed: 12037796]
140. National Center for Injury Prevention and Control. Atlanta, G. A.: Centers for Disease Control and Prevention; 1996. 1992—10 leading causes of death.
141. National commission against drunk driving. *Youth Driving Without Impairment: A Community Challenge*, Appendix III, Washington, D. C., 1988.
142. Neeman J., Hubbard J., Masten A. S. (1995). The changing importance of romantic relationship involvement to competence from late childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 7, 727–750.
143. O’Keefe M. (1997). Predictors of dating violence among high school students. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 546–568.
144. O’Keefe M., Treister L. (1998). Victims of dating violence among high school students: Are the predictors different for males and females? *Violence Against Women*, 4(2): 195–223.
145. Olds D., Henderson C. J., Cole R., Eckenrode J., Kitzman H., Luckey D. et al. Long-term effects of nurse home visitation on children’s criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280: 1238–1244. [PubMed: 9786373]
146. O’Leary K. D., Barling J., Arias I., Rosenbaum A., Malone J., Tyree,
147. Orlebeke J. F., Knol D. L., Verhulst F. C. Increase in child behavior problems resulting from maternal smoking during pregnancy. *Archives of Environmental Health* 1997; 52: 317–321. [PubMed: 9210734]
148. Paaver M., Nordquist N., Parik J., Harro M. et al. (November 2007). «Platelet MAO activity and the 5-HTT gene promoter polymorphism are associated with impulsivity and cognitive style in visual information processing». *Psychopharmacology*. 194 (4): 545–54. doi:10.1007/s00213-007-0867-z. PMID 17628790.
149. Pan H. S., Neidig P. H., O’Leary K. D. (1994). Male-female and aggressor-victim differences in the factor structure of the modified conflict tactics. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 366–382.

150. Parker B., McFarlane J., Soeken K., Silva C., Reel S. Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women. *Research in Nursing and Health* 1999;22:59–66. [PubMed: 9928964]
151. Patton J. H., Stanford M. S., Barratt E. S. (November 1995). «Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale». *Journal of Clinical Psychology*. 51 (6): 768–74. doi:10.1002/1097-4679(199511)51:6<768:AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1. PMID 8778124.
152. Peck R. C. The role of youth in traffic accidents: A review of past and current California data. *Alcohol Drugs Driv.* 1 (Nos. 1–2): 45–61, 1985.
153. Pelz D. C., Mcdole T. L., Schuman S. H. Drinking-driving behavior of young men in relation to accidents. *J. Stud. Alcohol* 36: 956–972, 1975.
154. Perrine M. W., Peck R. C., Fell J. C. Epidemiologic perspectives on drunk driving. In: *Surgeon General's Workshop on Drunk Driving: Background Papers*, Rockville, Md.: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 1989, pp. 35–76.
155. Poitras M., Lavoie F. (1995). A study of the prevalence of sexual coercion in adolescent heterosexual dating relationships in a Quebec sample. *Violence and Victims*, IO, 299–313.
156. Preski S., Shelton D. The role of contextual, child and parent factors in predicting criminal outcomes in adolescence. *Issues in Mental Health Nursing* 2001; 22: 197–205. [PubMed: 11885223]
157. Quay H. C. A dimensional approach to behavior disorder: The Revised Behavior Problem Checklist. *School Psychology Review* 1983; 12: 244–249.
158. Quay H. C. The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: A theoretical perspective. *Development and Psychopathology* 1993; 5: 165–180.
159. Quimby A. R., Watts G. R. *Human Factors and Driving Performance: TRRL Laboratory Report 1004*, Berkshire, England: Road Research Lab, 1981
160. Raine A., Brennan P., Mednick S. A. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 983–988.
161. Raine A., Mellinger K., Liu J., Venables P., Mednick S. A. Effects of environmental enrichment at ages 3–5 years on schizotypal personality and antisocial behavior at ages 17 and 23 years. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 1627–1635. [PubMed: 12944338]
162. Raine A. The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002; 43: 311–326.
163. Raine A., Brennan P., Farrington D., Mednick S. A. New York: Plenum Press; 1997. *Biosocial basis of violence*.
164. Ray Li C. S., Chen S. H., Lin W. H., Yang Y. Y. (2005). «Attentional blink in adolescents with varying levels of impulsivity». *Journal of Psychiatric Research*. 39 (2): 197–205. doi:10.1016/j.jpsychires.2004.06.003. PMID 15589569.
165. Related issues. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 16–36). Thousand Oaks, C. A.: Sage.
166. Rescorla L. A., Achenbach T. M. (2004). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for Ages 18 to 90 Years. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 115–152). Mahwah, N. J., U. S.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
167. Rowe D. C. Biometrical genetic models of self-reported delinquent behavior: A twin study. *Behavior Genetics* 1983; 13: 473–489. [PubMed: 6686763]
168. Sarvela P. O., Pape D. J., Odulana J., Bajracharya S. M. Drinking, drug use, and driving among rural midwestern youth. *J. Sch. Hlth* 60: 215–219, 1990.
169. Satorra A. (1990). Robustness issues in structured equation modeling: A review of recent developments. *Quality and Quantity*, 24, 367–386.

170. Satorra A., Bentler P. M. (1990). Model conditions for asymptotic robustness in the analysis of linear relationships. *Computational Statistics and Data Analysis*, JO, 235–249.
171. Satterfield J. H., Hoppe C. M., Schell A. M. A prespective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139: 795–799. [PubMed: 7081495]
172. Scale: Notes on reliability and validity issues. *Journal of Interpersonal Violence*, I 1, 572–585.
173. Schafer J. (1996). Measuring spousal violence with the Conflict Tactics
174. Scientific Software.
175. Shahinfar A., Kupersmidt J. B., Matza L. S. The relation between exposure to violence and social information processing among incarcerated adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 2001; 110: 136–141. [PubMed: 11261387]
176. Shapiro J. P., Baumeister R. F., Kessler J. W. (1991). A three component model of children's teasing: Aggression, humor, and ambiguity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 459–472.
177. Shaw D. S., Winslow E. B. Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. In: Stoff D. M., Breiling J., Maser J., ed. *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley; 1997. p. 148–158.
178. Smith J. P., Williams J. G. (1992). From abusive household to dating violence. *Journal of Family Violence*, 2, 153–165.
179. Someya T., Sakado K., Seki T., Kojima M. et al. (April 2001). «The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): Its reliability and validity». *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 55 (2): 111–4. doi:10.1046/j.1440–1819.2001.00796.x. PMID 11285088.
180. Stacy A. L., Newcomb M. D., Bentler P. M. Personality, problem drinking, and drunk driving: Mediating, moderating, and direct effect models. *J. Pers. Soc. PsychoI.* 60: 795–811, 1991.
181. Stanford M., Mathias C., Dougherty D., Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review, October 2009, *Personality and Individual Differences* 47(5):385–395 DOI: 10.1016/j.paid.2009.04.008
182. Steiger H., Koerner N., Engelberg M. J., Israël M., Ng Ying Kin N. M., Young S. N. (August 2001). «Self-destructiveness and serotonin function in bulimia nervosa». *Psychiatry Research*. 103 (1): 15–26. doi:10.1016/S0165–1781(01)00264–5. PMID 11472787.
183. Steiger J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173–180.
184. Stoff D., Breiling J., Maser J. New York: Wiley; 1997. *Handbook of antisocial behavior*.
185. Straus M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75–88.
186. Sudermann M., Jaffe P. (1993, August). Dating violence among a sample of 1567 high school students. In D. Wolfe (Chair), *Violence in adolescent relationships: Identifying risk factors and prevention methods*. Symposium conducted at the annual convention of the American Psychological Association, Toronto.
187. Sugarman D. B., Hotaling G. T. (1997). Intimate violence and social desirability: A meta-analytic review. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 275–290.
188. Susman E. J. Psychological, contextual, and psychobiological interactions: A developmental perspective on conduct disorder. *Development and Psychopathology* 1993;5:181–189.
189. SWISHER J. D. Problem-Behavior Theory and driving risk. *Alcohol Drugs Driv.* 4 (Nos. 3–4): 205–219, 1988.
190. Taylor H. G., Klein N., Schatschneider C. M., Hack M. Predictors of early school-age outcomes in very low birthweight children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1998; 19: 235–243. [PubMed: 9717132]
191. TenVergert E., Kingma J., Gillespie M. W. (1990). Dichotomous items and extreme item difficulties: Factor analysis of the Conflict Tactics Scale. *Methodika*, IV, 47–57.
192. Tolman R. M. (I 989). The development of a measure of psychological.

193. Vingilis E., Adlaf E. The structure of problem behaviour among Ontario high school students: A confirmatory-factor analysis. *Hlth Educ. Res.* 5: 151–160. 1990.
194. Wasielewski P. Speed as a measure of driver risk: Observed speed versus driver and vehicle characteristics. *Accid. Anal. Prev.* 16: 89–104, 1984.
195. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 93–109. [PubMed: 9103739]
196. Wechsler H., Rohman M., Kotch J. B., Idelson R. K. Alcohol and other drug use and automobile safety: A survey of Boston-area teen-agers. *J. Sch. Hlth* 54: 201–203, 1984.
197. Wekerle C., Wolfe D. A. (1999). Dating violence in mid-adolescence: Theory, significance, and emerging prevention initiatives. *Clinical Psychology Review*, 19, 435–456.
198. Widom C. S. Child abuse, neglect, and witnessing violence. In: Stoff D. M., Breiling J., Maser J., ed. *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley; 1997. p. 159–170.
199. Williams A. F., Lund A. K., Preusser D. F. Drinking and driving among high school students. *Int. J. Addict.* 21: 643–655, 1986.
200. Wilson R. J., Jonah B. A. Identifying impaired drivers among the general driving population. *J. Stud. Alcohol* 46: 531–537, 1985.
201. Wolfe D. A., Wekerle C., Scott, K. (1997). Alternatives to violence:
202. Wolfe D. A., Wekerle C., Reitzel-Jaffe D., Lefebvre L. (1998). Factors associated with abusive relationships among maltreated and non-maltreated youth. *Development and Psychopathology*, JO, 61–85.
203. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and Behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
204. Yao S., Yang H., Zhu X., Auerbach R. P. et al. (June 2007). «An examination of the psychometric properties of the Chinese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version in a sample of Chinese adolescents». *Perceptual and Motor Skills*. 104 (3c): 1169–82. doi:10.2466/pms.104.4.1169–1182. PMID 17879649.

Відповіді на тестові завдання

Тема 1		Тема 2		Тема 3		Тема 4		Тема 5	
Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді
1	1	1	4	1	2	1	1	1	1
2	2	2	2	2	1	2	5	2	1
3	1	3	2	3	3	3	1	3	6
4	3	4	3	4	1	4	3	4	3
5	3	5	1	5	2	5	4	5	1
6	2	6	3	6	3	6	2	6	1
7	1	7	1			7	3	7	2
8	2	8	2			8	3	8	1
9	4	9	4			9	1	9	4
10	1	10	2			10	1	10	2
11	1							11	1
12	1							12	2
13	3							13	1
14	1							14	6
15	4							15	3
16	3							16	1
17	2								
18	4								
19	1								
20	1								
Тема 6		Тема 7		Тема 8		Тема 9		Тема 10	
Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді
1	2	1	1	1	3	1	4	1	4
2	1	2	3	2	4	2	3	2	1
3	1	3	1	3	2	3	2	3	2
4	3	4	2	4	4	4	1	4	3
5	2	5	1	5	4	5	1	5	2
6	2	6	1	6		6	2	6	2
7	3	7	3	7		7	3	7	1
8	1	8	1	8		8	2	8	3
9	1	9	1	9		9	1	9	4
10	2	10	2	10		10	2	10	1
Тема 11		Тема 12		Тема 13		Тема 14			
Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді	Номер питання	Номер відповіді		
1	2	1	3	1	1	1	4		
2	1	2	1	2	2	2	3		
3	3	3	4	3	1	3	3		
4	1	4	3	4	3	4	2		
5	3	5	1	5	1	5	1		
6	2	6	1	6	3	6	1		
7	3	7	3	7	3	7			
8	1	8	2	8	3	8			
9	3	9	1	9	2	9			
10	4	10	4	10	1	10			

Навчальне видання

**Психіатрія та наркологія.
Інструменти вимірювання залежностей**

Навчальний посібник

За редакцією доцента О. О. Сердюка, професора В. В. Чугунова

Підпис. до друку 29.06.2022. Формат 60x84/8. Умов. друк. арк. 12,67.
Обл.-вид. арк. 10,04. Наклад 300 прим. Зам. № 2022/15.

Видавець і виготовлювач –
Харківський національний університет внутрішніх справ,
просп. Льва Ландау, 27, м. Харків, 61080.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3087 від 22.01.2008