

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/268327890>

## Skúsenosti s použitím sebaodhadzovacej škály Symptom Checklist – 90 (SCL-90) na výberoch slovenských psychiatrických pacientov a bežnej populácie

Article

---

CITATIONS

3

READS

230

*Pôvodná práca***Skúsenosti s použitím sebakposudzovacej škály Symptom Checklist – 90 (SCL-90)  
na výberoch slovenských psychiatrických pacientov a bežnej populácie**

M. Bieščad, P. Szeliga

**Experience with using self-rating scale Symptom Checklist – 90 (SCL-90)  
on the Slovak sample of psychiatric patients and community sample****Súhrn**

Štúdia prezentuje skúsenosti s výskumným použitím celosvetovo rozšírenou sebakposudzovacou škálou Symptom Checklist – 90 (SCL-90). Cieľom štúdie bolo priniesť deskriptívne dáta úrovne a variability distribúcií deviatich dimenzií SCL-90 a súhrnného ukazovateľa GSI v klinickom a bežnom výbere a ich štatistické porovnanie. Ďalším cieľom bol výpočet kritérií štatistiky a klinicky signifikantnej zmeny. Škála SCL-90 bola administrovaná výberu slovenských psychiatrických pacientov (n1=80) a respondentom z bežnej populácie (n2=80). Výbery boli vyrovnané z hľadiska veku a pohlavia. Obidva výbery sa vo všetkých deviatich dimenziách aj v súhrnom indexe GSI vysoko signifikantne líšili. V obidvoch výberoch skórovali ženy vyššie ako muži, tvarom svojich dimenzionálnych profilov sa však nelíšili. Pre klinickú prax odporúčame používanie hodnôt štatistiky a klinicky signifikantnej zmeny pre súhrny ukazovateľ GSI. Index spoľahlivej zmeny (RCI) mal pre GSI hodnotu 0,31. Cut-off skóre pre GSI dosahovalo hodnoty pre mužov 0,759 a pre ženy 1,140. Pre spresnenie týchto hodnôt je potrebný ďalší výskum.

**Kľúčové slová:** Symptom Checklist – 90 (SCL-90), štatistiky a klinicky signifikantná zmena, index spoľahlivej zmeny, cut-off skóre.

**Summary**

This paper presents our experience with research use of the worldwide spread self-rating scale Symptom Checklist – 90 (SCL-90). The goal of this study was to present descriptive statistics of central tendency and dispersion of distributions of nine dimensions of SCL-90 and global index GSI in both clinical and community samples and their statistical comparison. The next goal was to set the criterions of statistical and clinical significant change. SCL-90 scale was administered to the sample of Slovak psychiatric patients (n1=80) and community sample (n2=80). The samples were equivalent in gender and age. Both samples were highly significant different in all nine dimensions of SCL-90, as well as in the global index GSI. In both samples, women's score was higher than men's, but the shapes of dimensional profiles were similar. For clinical practice we recommended using gauges of statistical and clinical significant change for global index GSI. Reliable change index (RCI) for GSI was 0,31. Cut-off score for GSI was 0,759 and 1,140 for men and women respectively. For specifying these gauges next research is necessary.

**Key words:** Symptom Checklist – 90 (SCL-90), statistical a clinical significant change, reliable change index, cut-off score.

---

Katedra psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity,  
Trnava

**Adresa:** Mgr. Matúš Bieščad, Katedra psychológie FF TU,  
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava  
e-mail: biescad@truni.sk, tel: +421-907-530 998

## Úvod

Sebaposudzovacia škála Symptom Checklist – 90 (SCL-90) [11] patrí do skupiny najrozšírenejších meracích nástrojov v oblasti starostlivosti o duševné zdravie. Je to 90-položková multidimenzionálna sebvýpovedová škála merajúca aktuálny psychický stav sledovaním intenzity výskytu subjektívnych psychopatologických symptómov, ktoré sú združené do deviatich dimenzií: I. Somatizácia (SOM, 12 položiek); II. Obsesie-kompulzie (O-C, 10 položiek); III. Interpersonálna senzitivita (INT, 9 položiek); IV. Depresia (DEP, 13 položiek); V. Anxieta (ANX, 10 položiek); VI. Hostilita (HOS, 6 položiek); VII. Fóbie (PHOB, 7 položiek); VIII. Paranoidná ideácia (PAR, 6 položiek); IX. Psychoticizmus (PSY, 10 položiek). SCL-90 obsahuje ešte 7 takzvaných prídavných, nezarađených (nez.) položiek, ktoré sa týkajú prioritne porúch spánku a chuti do jedla. Pri administrácii je úlohou respondenta na 5-bodovej škále Likertovho typu (v rozmedzí od 0 – *vôbec nie* po 4 – *veľmi silno*) uviesť, v akej miere sa u neho daný symptóm vyskytol za určité referenčné časové obdobie. Z SCL-90 získame 9 dimenzionálnych skóre (ktoré vypočítame sčítaním hodnôt položiek patriacich do danej dimenzie delené počtom týchto položiek) a niekoľko globálnych indexov. Najpoužívanejším je súhrnný ukazovateľ GSI (*Global Severity Index – Index celkovej závažnosti*), ktorý vypočítame sčítaním hodnôt všetkých 90 položiek, ktoré potom vydáme číslom 90. GSI vyjadruje celkovú mieru distressu.

Škála SCL-90 bola pôvodne zostrojená pre ambulantných pacientov za účelom sledovania zmien ich psychického stavu v klinických psychofarmakologických skúškach [11]. Dnes je používaná pre široký okruh psychiatrických pacientov, tiež aj pre klientov využívajúcich psychologické služby. Za účelom zisťovania možného výskytu psychopatologických symptómov sa používa aj u somaticky chorých pacientov. Oblasť jej využitia boli tiež rozšírené a SCL-90 sa dnes používa na screening a na zisťovanie stupňa psychopatológie. Svoje významné miesto má škála SCL-90 ako nástroj merania efektu terapie [12], kde ju takto poznáme aj u nás [23].

Používanie SCL-90 má svoju dlhšiu tradíciu v Čechách. Už rok po vydaní prvej správy o SCL-90 sa môžeme stretnúť s prácou, ktorá opisuje skúsenosti s SCL-90 v Československu [4]. Autori uvádzajú svoje skúsenosti s novou sebaposudzovacou škálou, ktorú použili v rámci rozsiahlejšieho výskumu pražských vedeckých pracovníkov. SCL-90 sa v Čechách neskôr úspešne používa pri diagnostikovaní hraničných stavov v psychiatrii [5]. Boleloucký a Polách [6] referujú o schopnosti SCL-90 zachycovať rozdiely medzi neurotickými a hraničnými pacientmi. SCL-90 sa ukazuje užitočný aj na zacytávanie hraničných príznakov u zdravej populácii [7]. Baštecký, Skovroňský a Boleloucký [1] použili SCL-90 na zachytenie psychopatologických symptómov vhodných pre psychofarmakologickú intervenciu u pacientov s poruchami sluchu a rovnováhy. Boleloucký [3] odporúča dotazník SCL-90 aj pre psychosomatických pacientov. Uvádza jeho plné znenie aj stručný návod na jeho administráciu a skórovanie. Tiež uvádza tabuľku hraníc normy a medzných hodnôt psychopatológie pre mužov a ženy v jednotlivých dimenziách

a v globálnom ukazovateli GSI. Medzi širšiu odbornú verejnosť sa však plné znenie SCL-90 dostáva už skôr a to vďaka jeho uverejneniu v *Praktickom manuály psychiatrických posudzovacích stupníc* [15].

Napriek tomu, že SCL-90 je v celosvetovom meradle jeden z najpoužívanejších psychopatologických meracích nástrojov, výsledky štúdií zaoberajúcich sa validitou SCL-90 sú kontroverzné (pozri napr. prehľadovú prácu Cyr, McKenna-Foley a Peacock [9]). Výsledky opakovaných štúdií sledujúcich konštruktívnu validitu SCL-90, či u ambulantných (napr. [8]) alebo u hospitalizovaných psychiatrických pacientov (napr. [13]), rovnako aj štúdie zaoberajúce sa faktorovou štruktúrou (napr. [17], [14], [8], [18], [21]) a iné priniesli závery o jednodimenzionalite celej škály SCL-90. K rovnakým záverom sme došli aj pri overovaní konštruktívnej validity SCL-90 na výberoch zo slovenskej populácie (pozri Bieščad a Szeliga [2]). Podľa týchto zistení je vhodnejšie SCL-90 používať ako nástroj merajúci celkový emocionálny distress či všeobecnú psychopatológiu a uprednostniť globálny index GSI pred deviatimi dimenzionálnymi skóre.

Cieľom tejto štúdie je priniesť deskriptívne dáta získané z výskumného použitia SCL-90 na výberoch slovenských psychiatrických pacientov a respondentov z bežnej populácie, ktoré sú bezprostredne využiteľné v klinickej praxi. Zamerali sme sa na určenie štatistických charakteristík úrovne a variability distribúcií skóre jednotlivých subškál a SCL-90 ako celku, tiež na schopnosti SCL-90 diferencovať medzi bežnou a klinickou populáciou. Ťažisko tejto štúdie však kladieme na stanovenie kritérií terapeutickkej zmeny pre použitie SCL-90 ako nástroja merania výsledkov psychoterapie.

## Metóda

### Výskumné výbery a procedúra

Klinický výskumný výber tvorilo 80 psychiatrických pacientov, z toho 66 hospitalizovaných a 14 ambulantných. Výber pozostával z 39 mužov a 41 žien s priemerným vekom 38,15 rokov (štandardná odchýlka 11,74). Súbor sme získali príležitostným výberom, na základe ochoty pacientov zúčastniť sa výskumu. Hospitalizovaní pacienti vyplnili batériu výskumných nástrojov vo svojom voľnom čase, v skupinách 5 až 10 pacientov za prítomnosti examinátora. Ambulantní pacienti dostali výskumnú batériu od svojich lekárov s možnosťou vyplniť ju doma. Pacienti v klinickom výbere tvorili heterogénnu diagnostickú skupinu. Diagnostické zloženie klinického výberu uvádzame v tabuľke 1.

Výskumný výber respondentov z bežnej populácie (budeme ho označovať ako bežný výber) bol tvorený zo študentov, pracujúcich, dôchodcov aj nezamestnaných. Bol takisto zložený z 39 mužov a 41 žien. Priemerný vek respondentov bol 38,08 rokov (štandardná odchýlka 13,49). Z hľadiska pohlavia a veku bol teda vyrovnaný s klinickým výberom. Tento výber bol získaný takisto príležitostne. Respondenti vyplňovali výskumnú batériu samostatne, bez prítomnosti examinátora. Nie je vylúčené, že sa v tomto výbere mohli vyskytnúť aj respondenti s psychickými ťažkosťami, či po-

ruchou, žiaden z nich však nebol aktuálne v psychiatrickej liečbe. V oboch výskumných výberoch prevažovalo stredoškolské vzdelanie. Čo sa týka rodinného stavu, najčastejšie sa vyskytovalo manželstvo a slobodný stav. Všetci respondenti sa zúčastnili nášho výskumu dobrovoľne, z účasti alebo neúčasti na výskume pre nich nevyplývali žiadne konzekvencie. Všetci respondenti boli pred začiatkom výskumu oboznámení s jeho cieľom a priebehom prostredníctvom informovaného súhlasu.

**Tabuľka 1: Diagnostické zloženie klinického výskumného výberu**

psychická porucha (kód podľa MKCH-10)	početnosť	percentá
alkoholové závislosti (F10)	23	28,75 %
schizofrénia (F20)	6	7,50 %
iné psychotické poruchy (F23, F25)	13	16,25 %
depresívne poruchy (F32, F33)	11	13,75 %
neurotické poruchy (F40, F41, F42, F43, F45, F48)	20	25,50 %
poruchy osobnosti (F60, F61)	4	5,00 %
ostatné poruchy (F07, F16, F50 - každá diagnóza jeden krát)	3	3,75 %
spolu	80	100,00 %

### Nástroj merania

SCL-90. Škálu SCL-90 sme dostatočne predstavili v úvode. V našom výskume sme použili slovenský preklad českej verzie uverejnenej Bolelouckým [3], ktorá patrí v slovenských podmienkach k relatívne najrozšírenejším. Upravili sme však inštrukciu, v ktorej sme vágne časové obdobie „v týchto dňoch“ nahradili spojením „v posledných 14 dňoch vrátane dneška“. Žiadnym iným spôsobom sme do Bolelouckého [3] verzie nezasahovali.

### Analýza dát

Dáta sme analyzovali štatistickým softvérom SPSS 11.0. Kritériá terapeutickú zmenu sme vypočítali podľa postupu Jacobson a Truax [20]. Ich koncept štatistiky a klinicky významnej zmeny stručne opíšeme na tomto mieste. Pre konkrétne vzorce na ich výpočet odporúčame Jacobson a Truax [20].

*Štatisticky významná zmena:* Za štatisticky významnú zmenu sa považuje taká zmena, ktorá je dostatočne veľká v tom zmysle, že ju môžeme považovať za skutočnú zmenu, nie za zmenu náhodnú, spôsobenú chybou meracieho nástroja. Za ukazovateľ štatisticky významnej zmeny sa považuje index spoľahlivej zmeny (RCI – reliable change index). Ak rozdiel dvoch nameraných hodnôt prekročí hodnotu tohto indexu, môžeme zmenu považovať za štatisticky významnú. Ak pacient splnil toto kritérium, hovoríme, že sa zlepšil.

*Klinicky významná zmena:* Za klinicky významnú zmenu považujeme takú zmenu, ktorá okrem toho, že je štatisticky významná nám hovorí aj o tom, že pacient prekročil cut-off skóre – skóre, ktoré rozdeľuje populáciu na dysfunkčnú (patologickú) a funkčnú (normálnu). Pri klinicky významnej zmene sa teda pacient musí dostať zo skupiny dysfunkčnej do skupiny funkčnej. Pri splnení tohto kritéria hovoríme, že pacient sa vyliečil.

### Výsledky

Prvým krokom v analýze dát bola deskripcia distribúcií skóre všetkých dimenzií SCL-90 a súhrnného ukazovateľa GSI v bežnom a klinickom výskumnom výbere. Ďalej nás zaujímala schopnosť jednotlivých dimenzií a SCL-90 ako celku diferencovať medzi bežným a klinickým výberom. V tabuľke 2 uvádzame priemerné hodnoty a štandardné odchyľky pre skóre jednotlivých dimenzií SCL-90 a pre GSI. Uvádzame ich zvlášť pre bežný a klinický výber, v rámci jednotlivých výberov zvlášť pre mužov a ženy. V tabuľke ďalej uvádzame hodnoty Cohenovho  $d$  (známe aj ako ES – effect size, miera efektu), rovnako aj hodnoty  $t$ -testu, ktoré sme vypočítali zo spoločných hodnôt bežného a klinického výberu.

Pre lepšiu názornosť prezentujeme na obrázku 1 profily priemerných skóre v jednotlivých dimenziách pre mužov a ženy v oboch súboroch. Vo všetkých dimenziách skórovali ženy vyššie ako muži, a to v bežnom aj v klinickom výbere. Napokon na obrázku 2 prezentujeme tieto profily pre celý bežný a klinický výber. Zároveň ich graficky porovnáme s výsledkami štandardizačného výskumu vo Fínsku [19]. V tejto štúdií bol bežný výber tvorený z 337 pracujúcich (priemerný vek 37 rokov) a klinický bol tvorený z 247 pacientov Psychiatrickej ambulancie kliniky Helsinskej univerzity (priemerný vek 36 rokov). Ako možno vidieť, profily pre bežné výbery v našom aj finskom výskume sú si veľmi podobné. Čo sa týka klinických výberov, fínski pacienti skórovali výrazne vyššie v dimenziách O-C a DEP, v ostatných dimenziách skórovali veľmi podobne.

Na doplnenie deskripcie distribúcií jednotlivých skóre uvádzame krabičkové grafy pre GSI v bežnom a v klinickom výbere (obr. 3). Na grafoch možno vidieť úroveň (v podobe mediánu), variabilitu (vo forme medzikvartilového rozpätia) a tvar (symetričnosť v podobe dĺžky jednotlivých „bokombrád“) týchto distribúcií a ich vzájomné porovnanie.

Na obrázku 3 vidíme, že distribúcia GSI je v bežnom výbere výrazne asymetrická, s vybočujúcimi a extrémnymi hodnotami. Distribúcia GSI v klinickom výbere je takmer symetrická. Pri porovnaní úrovne týchto distribúcií vidieť, že hodnota hornej hranice medzikvartilového rozpätia distribúcie GSI v bežnom výbere je na úrovni dolnej hranice medzikvartilového rozpätia distribúcie GSI v klinickom výbere.

**Tabuľka 2: Priemery a štandardné odchýlky jednotlivých skóre SCL-90 v bežnom a klinickom výskumnom výbere a diferenciacná schopnosť jednotlivých dimenzií SCL-90 a GSI**

	bežný výber			klinický výber			Cohenovo d (ES)	t-test	
	AM (SD)			AM (SD)				t(df)	sig. (2 stranná)
	muži (n=39)	ženy (n=41)	spolu (n=80)	muži (n=39)	ženy (n=41)	spolu (n=80)			
SOM	0,47 (0,60)	0,72 (0,55)	0,594 (0,59)	0,96 (0,79)	1,25 (0,74)	1,107 (0,78)	0,75	4,724 (147,0)	,000
O-C	0,78 (0,55)	1,06 (0,73)	0,924 (0,66)	1,29 (0,72)	1,67 (0,74)	1,485 (0,75)	0,80	5,031 (158,0)	,000
INT	0,59 (0,52)	0,96 (0,85)	0,782 (0,73)	1,39 (0,87)	1,78 (0,67)	1,589 (0,79)	1,07	6,687 (158,0)	,000
DEP	0,57 (0,53)	0,84 (0,75)	0,710 (0,66)	1,57 (0,88)	1,85 (0,71)	1,715 (0,81)	1,37	8,609 (152,4)	,000
ANX	0,43 (0,38)	0,70 (0,69)	0,566 (0,57)	1,37 (0,92)	1,67 (0,76)	1,524 (0,85)	1,33	8,362 (138,3)	,000
HOS	0,44 (0,51)	0,63 (0,53)	0,538 (0,53)	0,95 (0,70)	1,07 (0,71)	1,010 (0,70)	0,77	4,815 (146,2)	,000
PHOB	0,25 (0,30)	0,43 (0,51)	0,339 (0,43)	0,96 (0,84)	1,38 (1,02)	1,175 (0,96)	1,13	7,140 (109,6)	,000
PAR	0,56 (0,42)	0,78 (0,76)	0,675 (0,63)	1,26 (0,69)	1,42 (0,82)	1,342 (0,76)	0,96	6,071 (152,5)	,000
PSY	0,34 (0,41)	0,39 (0,56)	0,368 (0,49)	0,95 (0,64)	1,04 (0,63)	1,000 (0,63)	1,13	7,051 (148,9)	,000
GSI	0,50 (0,37)	0,75 (0,59)	0,627 (0,51)	1,22 (0,66)	1,49 (0,53)	1,359 (0,61)	1,32	8,265 (152,8)	,000

Pozn.: SOM – somatizácia; O-C – obsesie-kompulzie; INT – interpersonálna senzitivita; DEP – depresia; ANX – anxieta; HOS – hostilita; PHOB – fóbie; PAR – paranoická ideácia; PSY – psychotizmus; GSI – Index celkovej závažnosti (SCL-90 ako celok)

**Tabuľka 3: Hodnoty indexu spoľahlivej zmeny (RCI) a cut-off skóre pre mužov, ženy a pre spoločný výber**

	RCI (spoločné)	cut-off skóre		
		muži	ženy	spolu
SOM	0,72	0,682	0,946	0,815
O-C	0,83	1,001	1,363	1,187
INT	0,91	0,889	1,419	1,170
DEP	0,80	0,946	1,359	1,161
ANX	0,83	0,705	1,162	0,951
HOS	0,96	0,655	0,818	0,741
PHOB	1,04	0,437	0,747	0,598
PAR	1,18	0,825	1,088	0,977
PSY	0,87	0,578	0,696	0,645
<b>GSI</b>	<b>0,31</b>	<b>0,759</b>	<b>1,140</b>	<b>0,960</b>

Pozn.: SOM – somatizácia; O-C – obsesie-kompulzie; INT – interpersonálna senzitivita; DEP – depresia; ANX – anxieta; HOS – hostilita; PHOB – fóbie; PAR – paranoická ideácia; PSY – psychotizmus; GSI – Index celkovej závažnosti (SCL-90 ako celok)

Napokon v tabuľke 3 prezentujeme hodnoty ukazovateľov štatistiky a klinicky signifikantnej zmeny. Hodnotu indexu spoľahlivej zmeny (RCI) sme vypočítali na základe hodnôt

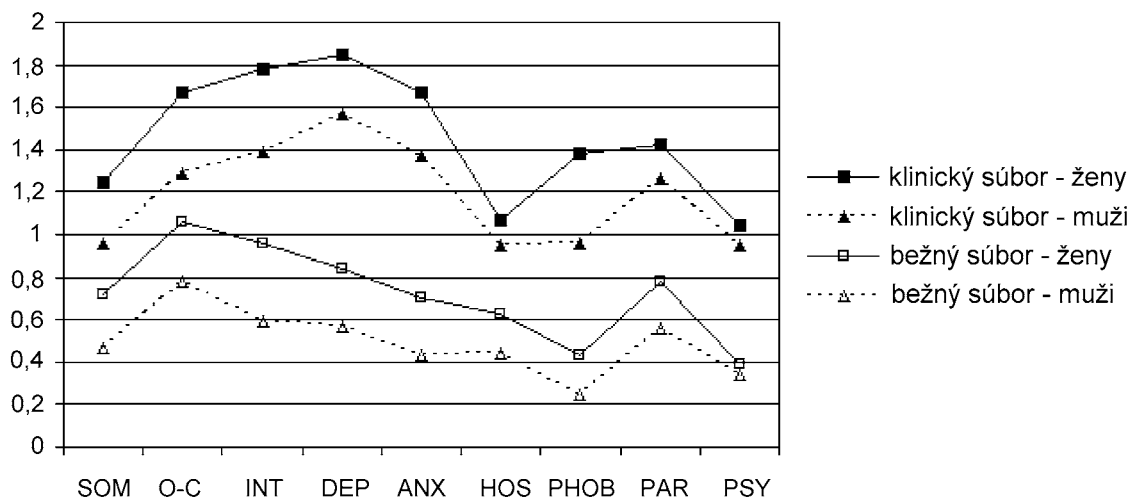
vnútornej konzistencie (Cronbachovho alfa) jednotlivých dimenzií a SCL-90 ako celku, s použitím štandardnej odchýlky klinického výberu. Cut-off skóre sme vypočítali zvlášť pre mužov a ženy, aj všeobecne bez rozlišovania pohlavia.

## Diskusia

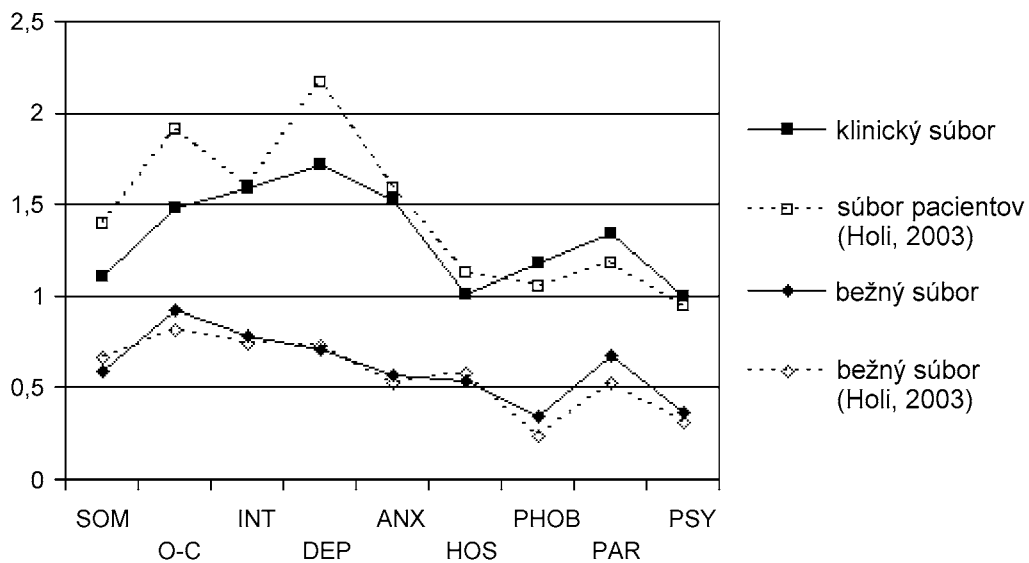
Škála SCL-90 sa ukázala ako dostatočne schopná diferencovať medzi bežným a klinickým výberom. Priemerné hodnoty všetkých deväť dimenzií SCL-90 aj súhrnného ukazovateľa GSI sa v oboch súboroch líšili s vysokou štatistickou signifikanciou. Rovnako aj veľkosť Cohenovho d, ktoré nado- búdalo hodnoty od 0,75 až 1,37 hovorí o vynikajúcej schopnosti diferencie. Pripomeňme, že Cohenom stanovené intervaly pre hodnotu d od 0,5 do 0,8 hovoria o strednej miere efektu a nad 0,8 o vysokej miere efektu [16].

Dimenzie, ktoré najviac diferencovali medzi bežným a klinickým výberom boli DEP a ANX. Myslíme si, že to bolo spôsobené skutočnosťou, že depresívne a anxiózne symptómy patria medzi najčastejšie psychopatologické symptómy vyskytujúce sa nie len pri depresívnych a anxiózných poruchách, ale takmer pri všetkých duševných poruchách a ochoreniach (závislosti, poruchy osobnosti, aj psychotické poruchy).

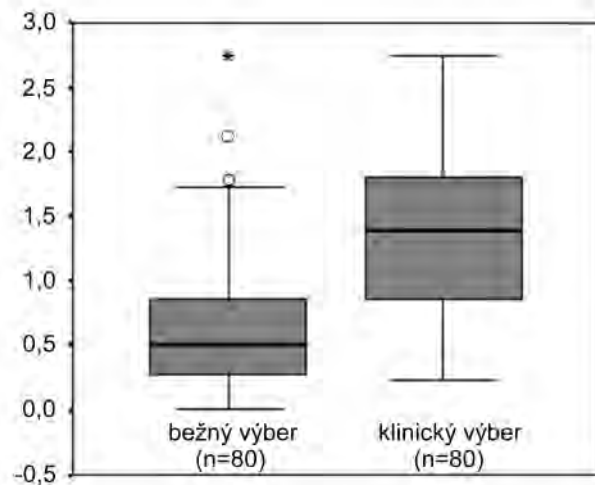
Deskripcia jednotlivých dimenzionálnych skóre ukázala, že v oboch súboroch sa v priemerných hodnotách líšili muži od žien. Ženy vždy skórovali vyššie, čo pripisujeme ich sebaopisovaciemu štýlu – vyššej zameranosti na vlastné príznaky a súčasne väčšej úprimnosti pri ich zdení. Táto



Obrázok 1. Priemerné hodnoty skóre jednotlivých dimenzií SCL-90 pre mužov a ženy v bežnom a klinickom výskumnom výbere



Obrázok 2. Priemerné skóre jednotlivých dimenzií SCL-90 pre bežný a klinický výskumný výber a korešpondujúce priemerné skóre fínskeho výskumu (Holi, 2003)



**Obrázok 3.** Krabicové grafy (boxplots) pre distribúciu súhrnného ukazovateľa GSI v bežnom a v klinickom výskumnom výbere

skutočnosť je však všeobecne známa a zohľadňuje sa pri vytváraní osobitných noriem pre mužov aj pre ženy (týka sa to aj originálnych noriem k SCL-90 [10]).

Tvary dimenzionálnych profilov mužov a žien sa však v obidvoch súborov výrazne nelíšili. Nemôžeme teda tvrdiť, že by sa u mužov alebo u žien vyskytovala nejaká špecifická psychopatológia. Pozitívne prijímame zistenia o podobnosti tvarov dimenzionálnych profilov našich a fínskych ekvivalentných súborov [19]. Vidíme v tom určité zvýšenie validity našich výskumných výberov.

Pre klinickú prax sa javí ako najužitočnejší výstup tabuľka 3, ktorá prezentuje hodnoty štatistiky a klinicky významnej zmeny. Chceme upozorniť, že naše výsledky boli získané na relatívne malých výberoch, pri nie celoplošnej reprezentativnosti Slovenska. Preto nabádame k opatrnosti pri ich používaní. Avšak vzhľadom na chýbanie akýchkoľvek slovenských noriem, považujeme naše výsledky za veľmi prínosné a vhodné na orientačné používanie v psychologickú, psychiatrickú či psychoterapeutickú praxi.

V Čechách získané hodnoty cut-off skóre pre SCL-90 sú u nás k dispozícii od Bolelouckého [3], ktorý ich označuje ako „horné hranice normy“. Naše hodnoty sa však od týchto dosť výrazne líšia. Boleloucký [3] udáva, že ich vypočítal na základe hodnôt získaných z výberov zdravých osôb a neurotických pacientov denného sanatória. Tieto výbery však autor vôbec nešpecifikuje (veľkosť, pohlavie, vek, diagnostické zloženie klinického výberu atď.). Z dôvodu absencie týchto informácií nevieme ani odhadnúť, čo mohlo rozdiely medzi týmito a našimi hodnotami spôsobiť.

Vzhľadom na dostatok dôkazov o jednodimenzionalite celej škály SCL-90 (na výberoch zo slovenskej populácie pozri Bieščad a Szeliga [2]) odporúčame uprednostniť cut-off skóre

pre GSI (SCL-90 ako celok) pred jednotlivými dimenzionálnymi cut-off skóre. Taktiež odporúčame použiť cut-off skóre zvlášť pre mužov a pre ženy, vzhľadom na spomínaný vplyv pohlavia na skórovanie.

Záverom chceme ešte raz zopakovať, ako s týmito hodnotami narábať v praxi. Ak sa pacientovo skóre v GSI po terapii zníži oproti jeho hodnote pred terapiou o 0,31 (čiže o hodnotu RCI), u pacienta nastala štatisticky významná zmena, pacient sa zlepšil. Ak sa súčasne jeho hodnota dostala pod hranicu 0,759, ak je muž, resp. 1,140, ak je žena (čiže pod hodnotu cut-off skóre), potom sa pacient zmenil klinicky významne – vyliečil sa. Pre úplnosť ešte doplníme ostatné dve možnosti. Pacientovo skóre sa počas terapie môže zmeniť o menej ako 0,31. Vtedy hovoríme, že pacient je bez zmeny. Môže sa však aj stať, že skóre počas terapie o hodnotu 0,31 narastie. V tom prípade môžeme povedať, že pacientov stav sa počas terapie zhoršil.

## Záver

V našej práci sme prezentovali skúsenosti s výskumným použitím SCL-90 na výberoch psychiatrických pacientov a respondentov z bežnej populácie. Uviedli sme zistené hodnoty úrovne (v podobe aritmetického priemeru) a variability (v podobe štandardnej odchýlky) distribúcií dimenzionálnych skóre a GSI v obidvoch výberoch. Naše výsledky potvrdili schopnosť SCL-90 diferencovať medzi bežnou a klinickou populáciou. Svoboda [22] takýto výsledok považuje za jeden z dôkazov empirickej validity meracieho nástroja.

Prezentované hodnoty štatistiky a klinicky významnej zmeny považujeme za významný príspevok pre klinickú prax, v ktorej sa SCL-90 stáva stále populárnejším. Na spresnenie týchto hodnôt je však potrebný ďalší výskum. Bolo by žiaduce získať normatívne dáta osobitne pre hospitalizovaných a ambulantných pacientov, pre pacientov jednotlivých diagnostických skupín atď.

Používanie indexu spoľahlivej zmeny (RCI) a cut-off skóre predstavuje pre klinika relatívne jednoduchý nástroj na sledovanie výsledkov terapie u svojich pacientov/klientov. Týmto môže získať dôležitú spätnú väzbu, ktorá môže predstavovať jeden zo zdrojov zvyšovania vlastnej efektivity\*.

\*Štúdia bola podporená grantom VEGA č. 1/1387/04.

## Literatúra

1. Baštecký, J., Skovroňský, O., Boleloucký, Z.: Psychická symptomatika u nemocných poruchami sluchu a rovnováhy a možnosti jej psychofarmakologického ovplyvnenia. Československá psychiatrie, 85, 1989, s. 82-86.
2. Bieščad, M., Szeliga, P.: Overenie konštruktívnej validity sebaopisovacej škály Symptom Checklist - 90 (SCL-90). Československá psychologie, 49, 2005, s. 342-356.

3. **Boleloucký, Z.:** Psychiatrické posuzovací stupnice a dotazníkové metody. In Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. Psychosomatická medicína. Praha: Grada Avicenum, 1993, s. 118-127.
4. **Boleloucký, Z., Horváth, M.:** SCL-90 rating scale: First experience with the Czech version in healthy male scientific workers. *Activitas Nervosa Superior*, 16, 1974, s. 115-117.
5. **Boleloucký, Z., Plevová, J., Smulevič, A. B.:** Hraniční stavy v psychiatrii. Praha: Grada Avicenum, 1993.
6. **Boleloucký, Z., Polách, J.:** Discriminant analysis of items in the SCL-90 questionnaire in borderline patients and controls - a methodological study. *Activitas Nervosa Superior*, 31, 1989, s. 122-124.
7. **Boleloucký, Z., Polách, J., Strašík, J.:** Discrimination analysis of the SCL-90 questionnaire items in borderline patients and controls - a methodical study. *Activitas Nervosa Superior*, 32, 1990, s. 62-63.
8. **Brophy, C.J., Norvell, N.K., Kiluk, D.J.:** An examination of the factor structure and discriminant validity of the SCL-90R in an outpatient clinic population. *Journal of Personality Assessment*, 52, 1988, s. 334-340.
9. **Cyr, J.J., McKenna-Folley, J.M., Peacock, E.:** Factor structure of the SCL-90-R: Is there one? *Journal of Personality Assessment*, 49, 1985, s. 571-578.
10. **Derogatis, L.R.:** Symptom Checklist - 90 - Revised (SCL-90-R). In American Psychiatric Association. Handbook of psychiatric measures. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000, s. 81-84.
11. **Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L.:** SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale- preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 1973, s. 13-28.
12. **Derogatis, L.R., Savitz, K.L.:** The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. In Maruish, M. E. (Ed.) The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1999, s. 679-724.
13. **Dinning, W.D., Evans, R.G.:** Discriminant and convergent validity of the SCL-90 in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 41, 1977, s. 304-310.
14. **Evenson, R.C., Holland, R., Mehta, S., Yasin, F.:** Factor analysis of the Symptom Checklist - 90. *Psychological Reports*, 46, 1980, s. 695-699.
15. **Filip, J., David, I., Jiráček, R., Pošmurová, V.:** Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic. Zprávy 68. Praha VÚPS, 1985 (2. vydanie 1997).
16. **Hendl, J.:** Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat. Praha Portál, 2004.
17. **Hoffman, N.G., Overall, P.B.:** Factor Structure of the SCL-90 in psychiatric population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1978, s. 1187-1191.
18. **Holcomb, W.R., Adams, N.A., Ponder, H.M.:** Factor structure of the Symptom Checklist - 90 with acute psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 1983, s. 535-538.
19. **Holí, M.:** Assessment of psychiatric symptoms using the SCL - 90. Helsinki, Helsinki University Printing House, 2003.
20. **Jacobson, N.S., Truax, P.:** Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1991, s. 12-19.
21. **Rauter, U.K., Leonard, C.E., Swett, C. P.:** SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 1996, s. 625-629.
22. **Svoboda, M.:** Psychologická diagnostika dospělých. Praha, Portál 1999.
23. **Timulák L.:** Současný výzkum psychoterapie. Praha, Triton 2005.

*Do redakcie došlo 20.6.2006.*