

**PSC – Перелік дитячих симптомів**  
**Короткий довідник із користування**

Версія українською мовою для користування у веб інтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ».

Керівництво версія 1.0 (16 вересня 2024 р.)

Всі права застережено.

**Розробники тесту:** Jellinek M., & Murphy M., 1988

**Автори української адаптації:** Луценко О.Л., Штриголь Д.В., Міхановська Н.Г.; Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2019

Захист особистих немайнових і майнових прав суб'єктів авторського права і (або) суміжних прав здійснюється в порядку, встановленому адміністративним, цивільним і кримінальним законодавством України.

## Загальний огляд

Перелік дитячих симптомів (PSC) — це короткий, просто сформульований скринінговий інструмент для виявлення психосоціальної дисфункції дітей. PSC призначений для полегшення розпізнавання когнітивних, емоційних і поведінкових проблем дитини з метою, щоб відповідні інтервенції (професійна допомога) були початі якомога раніше. Конструкт (поняття) «психосоціальне функціонування» відображає здатність людини виконувати повсякденну діяльність і вступати у відносини з іншими людьми таким чином, що задовольняє її та інших, і що відповідає вимогам суспільства, в якому живе індивід (Mehta, Mittal & Swami, 2014). Проблеми, які виникають у психосоціальному функціонуванні, називають «психосоціальною дисфункцією» або «психосоціальною захворюваністю». Поняття «деадаптація» також відповідає даному змісту.

Пункти опитувальника PSC охоплюють особливості психосоціального розвитку дитини з 5-ти основних областей щоденного життя дітей шкільного віку: емоційного настрою, гри, школи, друзів та сімейних стосунків (Pediatric Symptom Checklist, n.d.).

PSC в оригінальній версії можна проводити для дітей віком від 4 до 16ти років. В українській версії рекомендуємо заповнювати для дітей, яким виповнилось 6 років, оскільки українська адаптація та норми були зібрані для дітей віком від 6 до 18ти років. Проте у розділі «Інтерпретація» ми опишемо як можна використовувати даний скринінг для дітей у період 4-5 років з деякими поправками (якщо дослідник вбачає у цьому доцільність).

Враховуючи просту мову, яка використовується в опитувальнику, тест може бути заповнений приблизно за 5-10 хвилин. Кількість питань – 35.

Існує варіант самозвіту для дітей віком 10-18 років PSC-S і паралельна версія для піклувальників (батьки, опікуни) PSC-C для дітей від 6 до 18 років.

Критичні бали за методикою PSC показують, що дитина вже має певні психосоціальні порушення, які потребують більш детального аналізу та уваги фахівців психологічного і медичного профілів. Спочатку автори пропонували її для швидкого скринінгу в приймальні лікаря-педіатра, де допоміжний персонал може попросити батьків, які очікують у черзі, заповнити цю методику, а далі, оброблену медичною сестрою чи секретарем, її прикріплюють до картки пацієнта, щоб лікар міг подивитися на результат на початку прийому. Але пізніше її почали використовувати і в інших контекстах, наприклад, під час лікування в стаціонарі та амбулаторно дітей від різних соматичних хвороб, а також психологами, педагогами, соціальними працівниками під час професійних контактів з батьками або дітьми.

Даний опитувальник не є єдиною підставою для встановлення діагнозу, але дозволяє чітко визначити наявні ознаки психосоціальних порушень. Може застосовуватися лікарями первинної ланки, а також психологом, психотерапевтом, психіатром. При використанні PCS як скринінговий інструмент рекомендується подальша поглиблена діагностика, якщо зафіксовано знижений рівень психосоціального функціонування. Адже клінічний діагноз не повинен ґрунтуватися на завершенні лише одного опитувальника.

### **Інформація про українську версію опитувальника**

Переклад, адаптація та валідизація PCS відбулася на базі Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна у 2019 році командою провідних фахівців у сфері психічного здоров'я:

- **Луценко Олена Львівна** – доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри прикладної психології, керівник лабораторії психодіагностики факультету психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.
- **Штриголь Діана Вячеславівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.
- **Міхановська Наталія Геннадіївна** – доктор медичних наук, професор кафедри гігієни та соціальної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, провідний науковий співробітник відділення психіатрії ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України».

Відповідно було запрошено та отримано дозвіл від авторів (М. Джеллінека та М. Мерфі) на адаптацію PSC обох версій в Україні.

Автори української адаптації виражають велику вдячність компанії Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. за допомогу у проведенні емпіричних досліджень.

#### Українська версія має:

- інші показники критичних балів, ніж оригінальна версія авторів (завдяки зібраним нормам було виявлено найоптимальніші відсікаючі бали)
- охоплює інший віковий період від 6 до 18 років (норми були розроблені саме на цей вік)

- дві субшкали «інтерналізація» та «екстерналізація» на противагу оригінальній версії, що має три субшкали (найкраще в українському дослідженні показала себе саме двохфакторна модель; структура трьохфакторної моделі не була стабільною у двох вибірках (у дітей та їх батьків 3-й фактор «шкільних проблем» був частково різним за складом пунктів).

### **Валідність та надійність**

В оригінальному дослідженні розробників PSC психометричні властивості опитувальника було валідовано на вибірці, що складалася з 300 дітей та їх батьків. Дослідження показали, що PSC є надійним і валідним інструментом: 68% дітей з позитивним результатом на PSC також будуть визначені досвідченим клініцистом як діти з порушеннями, і, навпаки, 95% дітей з негативним результатом на PSC будуть визначені як діти без порушень (Jellinek та ін., 1988 р.). Аналогічно високі показники валідності були зареєстровані для PSC (версії самозвіту дитини) і декількох перекладів PSC. Надійність тесту/повторного тестування PSC коливається в межах  $r = .84 - .91$ . Дослідження (Murphy & Jellinek 1988; Murphy et al. 1996) вказують на сильну внутрішню узгодженість пунктів PSC (Cronbach alpha = .91) і дуже значні ( $p < 0,001$ ) кореляції між окремими пунктами PSC і позитивними результатами скринінгу PSC.

У кількох валідаційних дослідженнях класифікація випадків за PSC узгоджувалася з класифікацією випадків за Контрольним переліком поведінки дитини (CBCL), оцінками порушень за Глобальною шкалою оцінки дітей (CGAS) та наявністю психічних розладів у різних педіатричних та вузькоспеціалізованих установах, що представляють різні соціально-економічні верстви населення (Jellinek та ін., 1988; Jellinek та ін., 1991; Rauch та ін., 1991; Murphy та ін., 1992a; Murphy та ін., 1996). Порівняно з CGAS у вибірках із середнім та низьким рівнем доходу, PSC продемонстрував високі показники: Ззагальної узгодженості (79%; 92%), чутливості (95%; 88%), специфічності (68%; 100%)(Jellinek, 1986; Jellinek та ін., 1988; Murphy та ін., 1992a).

---

Для валідизації методики в Україні були взяті групи звичайних дітей, дітей-жертв домашнього насильства та дітей, що перебувають на стаціонарному лікуванні у відділенні психіатрії. Групи дітей-жертв насильства та дітей з психопатологією були залучені для порівняння результатів тестів умовно нормотипових дітей, та дітей, які апріорі мають знижений (пошкоджений) рівень психосоціального функціонування.

В основному дослідженні взяли участь 110 дітей критеріальної групи (носії критерію – ті, хто фактично мають пошкоджений рівень психосоціального функціонування) та 167 дітей контрольної (нормативної) групи. Для перевірки психометричних властивостей методики PSC версія самозвіту вибірка пілотного дослідження була додана до контрольної групи, таким чином контрольна група стала 197 осіб. Частина дітей (ті, які молодше 10 років) не заповнювали версію самозвіту, оскільки вона призначена для старших дітей, і з цими дітьми автори використовували лише версію PSC для піклувальників, заповнену їх батьками. Тобто всього у дослідженні взяли участь 307 досліджуваних осіб. Для обчислення порогового значення методик як скринінгових була додана вибірка з 14-ти дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні. Для окремих видів аналізу вибірка могла трохи зменшитися через те, що іноді діти або батьки неякісно виконували деякі методики і частина протоколів вибраковувалась.

Вибірка дітей охопила віковий діапазон від 6 до 18 років (6 років – 13 осіб, 7 років – 17 осіб, 8 років – 49 осіб, 9 років – 40 осіб, 10 років – 79 осіб, 11 років – 78 осіб, 12 років – 38 осіб, 13 років – 1 особа, 14 років – 1 особа, 15 років – 2 особи, 16 років – 2 особи, 18 років – 1 особа), серед дітей були 149 дівчат та 172 хлопчики.

Були залучені учасники із Запорізької області (58 особи), Донецької області (27 осіб), Дніпропетровської області (90 осіб) та Харківської області (146 осіб).

Надійність альфа Кронбаха української адаптації методики PSC батьківська версія виявилася дуже високою:  $\alpha = 0,92$  (271 особа). Для версії самозвіту коефіцієнт альфа Кронбаха виявився також дуже високим, хоча і трохи нижчим, ніж для батьківської:  $\alpha = 0,89$  (262 особи). Таким чином обидві версії методики є дуже надійними і точними за внутрішньою погодженістю, тобто мають майже мінімальну похибку вимірювання.

Оскільки є закордонні дослідження, які виділили у даній методиці три субшкали (уваги, інтерналізації та екстерналізації), було пораховано надійність даних субшкал. Проте за дослідженнями на нашій українській вибірці у результаті факторизації не виділяються саме ці три фактори, які були виділені у зарубіжних дослідженнях, що відбиває кроскультурні розбіжності. Для нашої вибірки найбільш обгрунтовано виділяються 2 фактора – екстерналізація та інтерналізація.

Субшкала інтерналізації (укр.):  $\alpha$  (PSC-C) = 0,85.  $\alpha$  (PSC-S) = 0,82.

Субшкала екстерналізації (укр.):  $\alpha$  (PSC-C) = 0,90.  $\alpha$  (PSC-S) = 0,82.

ROC-аналіз (статистичний графічний аналіз якості класифікатора) для тесту PSC-C (версія для піклувальників) показав достатньо високу якість даної методики як скринінгової:

| *Площа | Станд. похибка | Стат. значущість | 95% CI (довірчий інтервал) |                |
|--------|----------------|------------------|----------------------------|----------------|
|        |                |                  | Нижня границя              | Верхня границя |
| 0,886  | 0,021          | 0,000            | 0,844                      | 0,928          |

ROC-аналіз для тесту PSC-S (версія самозвіту для дитини) також показав високу якість даної методики як скринінгової, хоча і трохи нижчу, ніж у батьківської версії:

| *Площа | Станд. похибка | Стат. значущість | 95% CI (довірчий інтервал) |                |
|--------|----------------|------------------|----------------------------|----------------|
|        |                |                  | Нижня границя              | Верхня границя |
| 0,837  | 0,031          | 0,000            | 0,777                      | 0,897          |

*\*Тест вважається неефективним класифікатором (випадковим), якщо площа під ROC-кривою наближується до 0,5 (50% імовірність правильної класифікації). Чим ближче величина до 1,0 – тим краще. Для методики PSC-S (версія самозвіту для дитини) маємо площу 0,837, що є добрим результатом.*

Розрахунок чутливості та специфічності в українській версії. Спочатку було підраховано параметри чутливості та специфічності для порогового значення авторської версії тесту. При авторському порозі 28 балів чутливість авторського тесту була 95%, специфічність – 68% (Jellinek, Murphy, Robinson, Feins, Lamb, & Fenton, 1988). В українській версії не було отримано таких даних на нашій вибірці. При такому порозі чутливість тесту знижувалась до 63%, а специфічність зростала до 96%. Тому далі були розраховані ці параметри для інших величин, які наближалися до норм нашого тесту – високого рівня психосоціальної дисфункції (30+) та підвищеного її рівня (22+). Обрані оптимальні порогові значення виділені курсивом. Результати наведені у таблиці:

| Параметри чутливості та специфічності для PSC-C (версія для піклувальників) |                                             |                                         |                                                |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Порогове значення тесту                                                     | Чутливість (кількість справжніх-позитивних) | Чутливість (кількість ложно-позитивних) | Специфічність (кількість справжніх-негативних) | Специфічність (кількість ложно-негативних) |
| 28+ (авторське)                                                             | 63%                                         | 37%                                     | 96%                                            | 4%                                         |
| 31+                                                                         | 54%                                         | 46%                                     | 98%                                            | 2%                                         |
| 30+                                                                         | 58%                                         | 42%                                     | 97%                                            | 3%                                         |
| <b>22+</b>                                                                  | <b>82%</b>                                  | <b>18%</b>                              | <b>82%</b>                                     | <b>18%</b>                                 |
| 23+                                                                         | 79%                                         | 21%                                     | 83%                                            | 17%                                        |
| Параметри чутливості та специфічності для PSC-S (версія самозвіту дитини)   |                                             |                                         |                                                |                                            |
| 30+ (авторське)                                                             | 49%                                         | 51%                                     | 97%                                            | 3%                                         |
| 24+                                                                         | 75%                                         | 25%                                     | 86%                                            | 14%                                        |
| 23+                                                                         | 78%                                         | 22%                                     | 83%                                            | 17%                                        |
| 22+                                                                         | 78%                                         | 22%                                     | 81%                                            | 19%                                        |
| <b>21+</b>                                                                  | <b>79%</b>                                  | <b>21%</b>                              | <b>79%</b>                                     | <b>21%</b>                                 |

Як видно з таблиці оптимальним пороговим значенням для PSC батьківської версії є 22+ балів, а для PSC самозвіту є 21+ балів, тобто діти та підлітки, які мають такі бали за тестом та вище, можуть виграти від додаткового обстеження фахівцем з психічного здоров'я, оскільки раннє виявлення психічної патології покращує прогноз повного одуження і повноцінної адаптації у соціумі.

Більше інформації про українську адаптацію та результати ви можете знайти в оригінальній статті за посиланням:

<https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/21314>

Lutsenko, Olena & Shtryhol, Diana & Mikhanovskaya, Nataliya. (2022). Results of Ukrainian Adaptation of the Pediatric Symptom Checklist with Abused Children. Visnyk of V. N. Karazin Kharkiv National University. A Series of Psychology. 7-16. 10.26565/2225-7756-2022-73-01

## **Формат проведення**

Адміністрування PSC здійснюється за допомогою системи START, платформи онлайн-оцінювання UA-TEST.

Існує варіант самозвіту для дітей віком 10-18 років (в системі він позначається як PSC-S) і паралельна версія для піклувальників (в системі він позначається як PSC-C), цю версію заповнюють батьки/опікуни відносно своїх дітей віком від 6 до 18 років.

Версію для дитини можна використовувати як самозвіт або інтерв'ю. Батьки/опікуни заповнюють свій опитувальник самостійно. Отже, якщо дитина молодша 10ти років, то заповнюється тільки PSC-C батьками дитини. Якщо дитині 10 та більше років опитувальник можуть заповнювати як батьки, так і дитина. Проведення двох версій опитувальника дає більш повну картину до аналізу.

В опитувальнику PSC-S, версія Самозвіт дитини – респондентові пропонується коротка інструкція «Будь ласка, прочитай кожне питання та надай відповідь, наскільки часто такі самопочуття та поведінка виникають у тебе». Потім представляється по черзі 35 пункт і пропонується надати відповідь «Ніколи», «Іноді», «Часто».

Опитувальник PSC-C, версія Звіт піклувальника має аналогічну структуру, проте питання сформульовані до батьків/опікунів, які відповідають про дитину та відмічають власні спостереження стосовно неї. При заповненні анкетних даних (стать, вік) піклувальники повинні вказати дані саме дитини.

PSC можна проводити як клінічну зустріч. PSC може бути частиною рутинних процедур оцінки та/або проводитися пізніше з призначенням лікарем. Його можна використовувати як окремий скринінг або як частину більш масштабної оцінки та клінічного інтерв'ю. Перегляд результатів та зворотній зв'язок із пацієнтами та особами, які доглядають за ними, є вкрай важливими. Даний опитувальник може також застосовуватися як рутинний моніторинг симптомів під час лікування.

## **Інтерпретація результатів**

Опис вираженості симптомів представлений на основі сирих балів для загального показника та окремо двох субшкал. Діапазон можливих отриманих балів залежить від шкали.

Основний показник, який аналізує фахівець у звіті – це сумарний сирий бал, який описує загальний рівень психосоціального функціонування. В

електронному звіті він відображається як шкала «Загальний показник» (діапазон можливих балів від 0 до 70).

- бали 8 та менше свідчать про хороший рівень психосоціального функціонування;
- інтервал середнього рівня психосоціального функціонування становить від 9 до 23 балів;
- бали від 24 до 30 відповідають зниженому рівню психосоціального функціонування;
- бали від 31 і вищі відповідають дуже низькому рівню психосоціального функціонування, тобто суттєвій психосоціальній дисфункції.

Також для швидкого аналізу можна використовувати «критичні бали», які є відсікаючими для нормотипової вибірки. Ці бали трохи відрізняються у двох версіях опитувальників української вибірки: для батьківської версії це 22 бали та вище, а для самозвіту це 21 та вище бал. Дані отримані бали свідчать про необхідність детального обстеження дитини.

Для додаткового аналізу в електронному звіті надаються бали та рівень за двома субшкалами. Як вже було описано вище у розділі «Валідність та надійність» в українській адаптації при факторному аналізі найкраще себе проявила двофакторна модель «інтерналізація» та «екстерналізація» оскільки структура трьохфакторної моделі не була стабільною у двох вибірках. Отже, нижче наведено градацію балів за рівнями по двом субшкалам.

Для субшкали інтерналізації для батьківського звіту та самозвіту (діапазон можливих балів від 0 до 30):

- бали до 11 включно свідчать про середній (прийнятний) рівень інтерналізаційних симптомів;
- бали від 12 до 15 відповідають підвищеному рівню інтерналізації;
- бали вищі за 15 відповідають дуже високому рівню інтерналізації.

Для субшкали екстерналізації для батьківського звіту та самозвіту (діапазон можливих балів від 0 до 40):

- бали до 13 включно свідчать про середній (прийнятний) рівень екстерналізаційних симптомів;
- бали від 14 до 18 відповідають підвищеному рівню екстерналізації;
- бали вищі за 18 відповідають дуже високому рівню екстерналізації.

Концептуальний розподіл дитячих психічних порушень на інтерналізацію та екстерналізацію був розроблений Ахенбахом (Achenbach, 1966), та має довгу і плідну історію в межах дитячої/підліткової психології та психіатрії. Як було доведено Ахенбахом (Achenbach et al., 2016), внутрішні (інтерналізовані) симптоми перетворюються на проблеми уникання, соматичні скарги (в тому числі, порушення сну, харчові розлади, болі) та тривогу і депресію, а зовнішні (екстерналізовані) симптоми проявляються у делінквентній та агресивній поведінці, розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). Такі зміни поведінки та психічного стану дітей не є випадковими. З точки зору еволюційної психології екстерналізована та інтерналізована поведінка є двома стратегіями адаптації людини до очікуваних негативних умов існування. А саме, якщо дитина в перші роки життя зустрічає недружнє, небезпечне або проблемне середовище, в неї актуалізується прогноз, що воно таким буде і надалі, тому для виживання у таких умовах треба бути якомога більш пригніченим, обережним та неактивним (щоб вижити в низу ієрархії, не дратувати більш сильних особин), або бути агресивним, антисоціальним та імпульсивним (щоб отримати хоч якісь ресурси в умовах конкуренції та дефіциту найбільш необхідного) (Bjorklund, Sellers, 2011).

Діагностика за окремими субшкалами важлива для того, щоб не пропустити дитину, яка має порушення лише в якомусь одному або двох доменах. Але це є вибором дослідника – якщо є брак часу та потрібна лише первинна загальна оцінка психосоціального функціонування дитини – можна обмежитися загальним показником за тестом, а якщо є потреба і можливості провести більш детальний аналіз, щоб з'ясувати які саме у дитини домінують психічні проблеми – можна проаналізувати ще субшкальні показники.

### **Для дітей молодше 6 років**

В оригінальній версії PSC може використовуватись для оцінки дітей віком 4-5 років. Проте в українському дослідженні до вибірки не потрапили діти 4-5 років, тому українські норми для цієї вікової групи не наводяться в електронному звіті. Для дітей цього віку можна використовувати відсікаючий бал оригінального дослідження, але лише як орієнтовний, тому, що справжні норми не збиралися і не розраховувалися.

Якщо дослідник вбачає доцільним надати батькам опитувальник для проведення скринінгу дітей молодше шести років, варто попередити батьків, що на чотири питання про школу (шкільне життя, оцінки та вчителів) варто відповідати «Ніколи» (це дозволить отримати 0 балів за ці пункти і не потрапить у суму сирого балу до загального показнику). В такому випадку мінімальний загальний бал за методикою може дорівнювати 0 балів, максимальний – 62. За нормами авторів тесту скринінгове критичне значення

у 24 бали та вище для дітей 4-5 років свідчить про присутність суттєвих поведінкових або емоційних проблем.

### **Обмеження методики**

Дана методика має такі самі обмеження, як і будь-який суб'єктивний тест-опитувальник: батьки, які заповнюють PSC, можуть недооцінювати, переоцінювати або не визнавати певні симптоми, особливо якщо вони мають слабкі зв'язки з власними дітьми, а підлітки, що виконують PSC, можуть не розуміти деякі пункти (особливо якщо у них проблеми з увагою), або також недооцінювати, переоцінювати або приховувати певні симптоми.

Нормативні дані та скринінгове критичне значення розраховувалися дослідниками на достатньо невеликих вибірках і надалі вони можуть уточнюватися при зборі більшої кількості даних.

В основу цього Короткого довідника із користування ліг Посібник до тесту Українська адаптація тесту «ПЕРЕЛІК ДИТЯЧИХ СИМПТОМІВ» (PSC-UKR, Y-PSC-UKR) автори: О. Л. Луценко, Д. В. Штриголь, Н. Г. Міхановська, 2019 рік.

**Детальніше ознайомитись з інформацією про українську версію PSC та результати досліджень можна за посиланням:**

1. Lutsenko, Olena & Shtryhol, Diana & Mikhanovskaya, Nataliya. (2022). Results of Ukrainian Adaptation of the Pediatric Symptom Checklist with Abused Children. Visnyk of V. N. Karazin Kharkiv National University. A Series of Psychology. 7-16. 10.26565/2225-7756-2022-73-01  
<https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/21314>

**Детальніше ознайомитись про розробку PSC, оцінку його надійності та валідності можна в оригінальному дослідженні авторів:**

2. Murphy JM, Jellinek M. (1988). Screening for psychosocial dysfunction in economically disadvantaged and minority group children: Further validation of the Pediatric Symptoms Checklist. Am J Orthopsychiatry. 58(3):450-6.  
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01605.x>