

ADAPTAREA SCALEI PENTRU TULBURAREA
CU SIMPTOME SOMATICE – CRITERIUL B (SSD-12)
PE POPULAȚIA GENERALĂ DIN ROMÂNIA

NATALIA CONSTANTINESCU*

Școala de Studii Avansate a Academiei Române (SCOSAAR), București

Abstract

The present research aimed to translate the Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12) (Toussaint *et al.*, 2016) and investigate its psychometric properties in the general Romanian population. The questionnaire assesses the cognitive, affective and behavioral features of Somatic Symptom Disorder, based on DSM-5 (APA, 2013) diagnostic criteria. Two samples ($N_1=250$, $N_2=450$) have been used in order to assess internal consistency, test-retest reliability, factor structure, convergent validity and influence of socio-demographic variables, as well as to provide cutoff points for psychological burden. Participants (ages 18 to 71 years-old) filled out a socio-demographic data sheet and the Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12) and those from the second sample also filled out the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke *et al.*, 2001), which assesses the depression. Results indicated excellent internal consistency (Cronbach's $\alpha=0.94$) and very good test-retest reliability over 2-weeks period ($r_s=0.87$, $p<0.001$). Exploratory and confirmatory factor analysis supported the one-factor model, obtained by the authors of the original version of the scale, in the general population (Toussaint *et al.*, 2017). Convergent validity was confirmed by the correlation between the scores obtained at SSD-12 and PHQ-9 ($r_s=0.49$, $p<0.001$). The influence of the socio-demographic variables on SSD-12 was not statistically significant. Cutoff points for medium, high and very high psychological burden were 15, 20 and 26. The psychometric properties of the Romanian version of SSD-12 indicate that the scale is appropriate for investigating the psychological features of somatic symptom disorder, in general population.

Cuvinte-cheie: tulburarea cu simptome somatice, adaptare culturală, fidelitate, structură factorială, validitate convergentă, populație generală.

Keywords: somatic symptom disorder, cultural adaptation, reliability, factor structure, convergent validity, general population.

1. INTRODUCERE

Conexiunea dintre psihic și corp a fost intuită din cele mai vechi timpuri, medicina tradițională antică din China și India ținând cont atât de aspectele somatice, cât și de cele psihologice, în tratamentul afecțiunilor (Leigh, 2015). Viziunea holistică asupra sănătății a pătruns în literatura medicală occidentală în

* Doctorandă, Școala de Studii Avansate a Academiei Române (SCOSAAR), Calea Victoriei 125, 010071, București, România; E-mail: natalia_constantinescu@yahoo.com

anul 1818, când medicul german Johann Christian August Heinroth a utilizat, pentru prima dată, termenul „psihosomatică” (Muskin, 2008). Heinroth considera că psihicul și corpul reprezintă două jumătăți ale aceluiași întreg, iar sănătatea individului cuprinde atât sănătatea fizică, cât și sănătatea mentală (Heinroth, 1818, apud Steinberg *et al.*, 2013). Ulterior, psihanaliști precum Sigmund Freud (2005), Felix Deutsch (1959, apud Greco, 2019) și Franz Alexander (2008) au contribuit la conturarea domeniului psihosomaticii, prin observațiile aduse cu privire la rolul inconștientului în dezvoltarea simptomelor de natură somatică. În ultimele decenii, studiile în domeniul psihosomaticii s-au extins, iar în funcție de abordarea conceptuală, au fost utilizați diverși termeni, precum „somatizare”, „simptome inexplicabile medical”, „tulburare de somatizare”, „tulburare somatoformă”, „tulburarea cu simptome somatice” etc.

Cea mai recentă modificare conceptuală din DSM (Manualul Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale / *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) referitoare la afecțiunile psihosomatice constă în înlocuirea categoriei „Tulburări somatoforme”, din DSM-IV-TR (APA, 2000), cu categoria „Tulburarea cu simptome somatice și tulburări înrudite”, din DSM-5 (APA, 2013). Prin renunțarea la criteriile de diagnostic centrate pe simptomatologia negativă (absența explicațiilor medicale pentru simptomele somatice) și adoptarea unor criterii de diagnostic bazate pe simptomatologia pozitivă (prezența simptomelor somatice neplăcute și a elementelor psihologice excesive asociate acestora), noua categorie reușește nu numai să surprindă adecvat conexiunea psihic-corp, ci și să ofere criterii de diagnostic mai ușor de utilizat în practică (APA, 2013). Tulburarea cu simptome somatice, reprezentativă pentru noua categorie din DSM-5, are trei criterii de diagnostic: Criteriul A – cel puțin un simptom somatic neplăcut sau perturbator pentru activitatea zilnică; Criteriul B – elemente psihologice (gânduri, sentimente, comportamente) excesive, legate de simptomele somatice; Criteriul C – persistența simptomelor somatice (peste 6 luni) (APA, 2013). Cu toate că aceste criterii de diagnostic reprezintă o simplificare considerabilă, comparativ cu criteriile din DSM-IV-TR, detectarea tulburării cu simptome somatice, prin intermediul instrumentelor cu autoadministrare, reprezintă o provocare, întrucât la momentul actual nu există un instrument care să permită evaluarea simultană a celor trei criterii de diagnostic, iar până în urmă cu câțiva ani era posibilă doar evaluarea simptomelor somatice (criteriul A) prin chestionare precum Chestionarul cu privire la starea de sănătate a pacientului-15 (*Patient Health Questionnaire-15*, PHQ-15) (Kroenke *et al.*, 2002) sau Scala simptomelor somatice-8 (*Somatic Symptom Scale-8*, SSS-8) (Gierk *et al.*, 2014). Recent, însă, Toussaint *et al.* (2016) au construit Scala pentru tulburarea cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale*, SSD-12), care permite evaluarea celui de-al doilea criteriu corespunzător tulburării cu simptome somatice.

Scala pentru tulburarea cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale*, SSD-12) este alcătuită din 12 itemi cu scorare obișnuită, care surprind elementele cognitive, afective și comportamentale specifice tulburării

cu simptome somatice (Toussaint *et al.*, 2016). Completarea chestionarului constă în indicarea modului în care individul se raportează la simptomele somatice, din perspectiva gândurilor, emoțiilor și comportamentelor. Răspunsurile sunt date pe o scală de tip Likert, cu valori de la 0 (Niciodată) la 4 (Foarte des). Scorul total se calculează însumând cei 12 itemi și poate lua valori cuprinse între 0 și 48. Se pot calcula și scoruri parțiale, corespunzătoare aspectelor cognitive, afective și comportamentale ale tulburării: subscala „aspecte cognitive” – itemii 1, 4, 7 și 10; subscala „aspecte afective” – itemii 2, 5, 8 și 11; subscala „aspecte comportamentale” – itemii 3, 6, 9 și 12. Scorurile celor trei subscale pot lua valori cuprinse între 0 și 16, un scor ridicat indicând un grad mai ridicat de severitate a elementelor psihologice, asociate simptomelor somatice (Toussaint *et al.*, 2016). Varianta originală a scalei a fost validată atât pe populația generală (Toussaint *et al.*, 2017), cât și pe populația clinică (Toussaint *et al.*, 2016). Modelul cu un factor general a fost adecvat pentru ambele tipuri de populații, însă pentru populația clinică, a fost confirmat și un model cu trei factori (corespunzători elementelor cognitive, afective și comportamentale), acesta având proprietăți mai bune decât modelul cu un factor general (Toussaint *et al.*, 2016). Inițial, scala a fost aplicată pe un lot de 698 pacienți (vârstă: $M=38.79$, $SD=14.15$ ani) dintr-o clinică psihosomatică. Fidelitatea s-a investigat prin intermediul indicelui Cronbach alfa, care a avut valorile: 0.94 – scorul general (cei 12 itemi); 0.71 – subscala „aspecte cognitive”; 0.92 – subscala „aspecte afective”; 0.92 – subscala „aspecte comportamentale”. Validitatea de construct a fost investigată atât prin analiză factorială confirmatorie, cât și prin corelațiile cu scorurile obținute la alte constructe relevante, precum simptome somatice, ipohondrie, depresie și anxietate (Toussaint *et al.*, 2016). Ulterior, scala a fost validată pe populația generală, iar rezultatele au indicat o structură factorială cu un factor, precum și consistență internă ridicată (Cronbach $\alpha=0.95$) și validitate convergentă – corelații ridicate cu simptomele somatice ($r_s=0.73$, $p<0.001$), anxietatea ($r_s=0.63$, $p<0.001$) și depresia ($r_s=0.64$, $p<0.001$) (Toussaint *et al.*, 2017).

Acest instrument de evaluare este extrem de util în identificarea persoanelor care îndeplinesc criteriul B al tulburării cu simptome somatice, oferind posibilitatea evaluării simptomelor psihologice, într-un timp scurt. Chestionarul poate fi utilizat atât în rândul populației clinice, cât și în rândul populației generale, având proprietăți psihometrice foarte bune. Un alt avantaj al scalei îl reprezintă posibilitatea de a fi utilizată pentru diverse categorii de vârstă: adolescenți, adulți tineri, adulți vârstnici. Având în vedere noutatea acestui instrument, utilitatea sa pentru practică, precum și numărul redus de studii referitoare la validarea scalei, se consideră necesară realizarea unor studii de validare atât pe populația generală, cât și pe populația clinică.

În România, scala SSD-12 a fost recent adaptată pe populația clinică, de C.G. Ionescu (în cadrul lucrării sale de doctorat, în curs de desfășurare), pe un lot de pacienți din orașul București, obținându-se o structură factorială cu trei factori, corespunzători elementelor cognitive, afective și comportamentale ale tulburării cu

simptome somatice (Ionescu *et al.*, 2021). Această structură cu trei factori a fost confirmată și în studiile de validare a variantei originale a chestionarului în populația clinică (Toussaint *et al.*, 2016), însă rezultatele au fost diferite la aplicarea scalei pe populația generală, obținându-se o structură factorială cu un factor general (Toussaint *et al.*, 2017). Obiectivul studiului de față a constat în adaptarea chestionarului SSD-12 pe populația generală românească, prin utilizarea a două eșantioane formate din participanți care provin din toate regiunile României.

2. METODOLOGIE

2.1. TRADUCEREA ȘI ADAPTAREA SCALEI PENTRU TULBURAREA CU SIMPTOME SOMATICE – CRITERIUL B

(SOMATIC SYMPTOM DISORDER – B CRITERIA SCALE, SSD-12)

Utilizarea scalei pe populația din România s-a realizat cu acordul autorului corespondent al scalei. Acesta a precizat faptul că, la un interval de câteva luni, un alt autor (C.G. Ionescu) solicitase, de asemenea, acordul de traducere a scalei SSD-12, în limba română. Având în vedere că la momentul demarării studiului nu au fost identificate articole de specialitate referitoare la versiunea românească a scalei SSD-12, s-a recurs la traducerea instrumentului. Inițial, chestionarul a fost tradus din limba engleză în limba română, de doi psihologi doctoranzi, vorbitori de limbă engleză, la nivel avansat. Pe baza celor două traduceri, s-a realizat o versiune inițială, în limba română, a scalei SSD-12. Următoarea etapă a constat în retroversiunea acestei variante a scalei, de către alți doi psihologi doctoranzi, cunoscători ai limbii engleze, la nivel avansat, iar traducерile s-au dovedit similare cu versiunea în limba engleză a scalei. Ulterior, pentru validarea de conținut a itemilor, s-a recurs la metoda juriului, scala fiind analizată de un grup format din 23 de psihologi, absolvenți de master. În urma observațiilor acestora, s-a realizat versiunea finală, în limba română, a scalei SSD-12.

2.2. PARTICIPANȚI ȘI PROCEDURĂ

Pentru acest studiu, s-au utilizat două eșantioane. *Eșantionul 1* a fost format din 250 participanți, cu următoarele caracteristici socio-demografice: vârsta 18–71 ani ($M=36.32$; $SD=12.18$); 47 (19%) bărbați și 203 (81%) femei; 188 (75%) într-o relație și 62 (25%) singuri; 42 (17%) studii medii și 208 (83%) studii superioare; 72 (29%) venit scăzut, 119 (48%) venit mediu și 59 (24%) venit ridicat. *Eșantionul 2* a fost format din 450 participanți, cu următoarele caracteristici socio-demografice: vârsta 18–70 ani ($M=25.88$; $SD=7.96$); 48 (11%) bărbați și 402 (89%) femei; 318 (71%) într-o relație și 132 (29%) singuri; 180 (40%) studii medii și 270 (60%) studii superioare; 224 (50%) venit scăzut, 179 (40%) venit mediu, 46 (10%) venit ridicat, un participant nu a menționat nivelul venitului.

Participanții au fost selectați din diverse surse: instituții, companii, grupuri online. După ce au fost informați cu privire la cercetare și și-au dat consimțământul de a lua parte la studiu, toți participanții au completat o fișă cu datele socio-demografice și versiunea românească a chestionarului SSD-12, iar cei din al doilea eșantion au completat, în plus, un chestionar pentru evaluarea depresiei. După aproximativ două săptămâni, 68 participanți din primul eșantion au completat, din nou, chestionarul SSD-12, etapă necesară pentru investigarea stabilității în timp a rezultatelor furnizate de această scală. Datele au fost colectate în perioada februarie 2020 – mai 2021, iar participarea a fost voluntară, fără beneficii financiare. Studiul a fost realizat în conformitate cu standardele etice în vigoare referitoare la colectarea datelor în România.

2.3. INSTRUMENTE UTILIZATE PENTRU VALIDAREA SCALEI
PENTRU TULBURAREA CU SIMPTOME SOMATICE – CRITERIUL B
(*SOMATIC SYMPTOM DISORDER – B CRITERIA SCALE*, SSD-12)

Chestionarul cu privire la starea de sănătate a pacientului-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) este alcătuit din 9 itemi cu scorare obișnuită și este utilizat pentru evaluarea depresiei, la vârsta adultă. Instrumentul constituie o subscală a Chestionarului cu privire la starea de sănătate a pacientului (*Patient Health Questionnaire*, PHQ), care este un instrument amplu, dezvoltat de Spitzer *et al.* (1999) și utilizat pentru detectarea a 8 tulburări mentale: tulburare depresivă majoră, tulburare de panică, bulimie nervoasă, altă tulburare depresivă, altă tulburare de anxietate, abuz/dependență de alcool, tulburare de mâncat compulsiv, tulburare somatoformă (Kroenke *et al.*, 2002).

Completarea chestionarului PHQ-9 constă în indicarea disconfortului resimțit în ultimele 2 săptămâni, în urma celor 9 simptome depresive menționate. Răspunsurile sunt date pe o scală de tip Likert, cu valori de la 0 (Deloc) la 3 (Aproape zilnic). Scorul total se calculează însumând cei 9 itemi (aceștia au scorare obișnuită) și poate lua valori cuprinse între 0 și 27. Un scor ridicat indică un grad mai ridicat de severitate a depresiei: 0–4 minimă, 5–9 ușoară, 10–14 moderată, 15–19 moderat severă, 20–27 severă (Kroenke *et al.*, 2001). Versiunea pentru populația românească a fost dezvoltată de Spitzer, Williams, Kroenke și colegii acestora și este disponibilă pentru utilizare liberă, pe siteul <https://www.phqscreeners.com/>. Indicele Cronbach alfa obținut în studiul actual, pentru chestionarul PHQ-9, a avut valoarea 0.90.

2.4. ANALIZA STATISTICĂ

Analiza statistică s-a realizat prin intermediul programelor Jasp, versiunea 0.14.1 și Factor, versiunea 11.05.01, disponibile gratuit, pe internet, pentru cercetare. Primul eșantion a fost utilizat pentru investigarea fidelității și a structurii factoriale, iar al doilea eșantion a fost utilizat pentru confirmarea structurii factoriale obținute pentru primul eșantion, investigarea validității convergente și a influenței variabilelor

socio-demografice asupra scalei, precum și pentru identificarea valorilor de referință pentru severitatea elementelor psihologice corespunzătoare tulburării cu simptome somatice. Din primul eșantion au fost eliminate 10 seturi de chestionare (5 participanți nu au completat chestionarul în întregime, iar 5 participanți au avut un grad incert de reprezentativitate culturală pentru România – locuiesc în altă țară și nu au menționat numărul de ani în care au locuit în România), astfel încât analiza statistică s-a realizat pe un număr de 240 participanți. Din al doilea eșantion, au fost eliminate 9 seturi de chestionare (4 participanți nu au completat chestionarele în întregime, iar 5 participanți au avut un grad incert de reprezentativitate culturală pentru România), astfel încât analiza statistică s-a realizat pe un număr de 441 participanți.

Condiția de normalitate a datelor s-a verificat atât prin inspectarea grafică a histogramei, cât și prin calculul indicatorilor de asimetrie (*skewness*) și boltire (*kurtosis*). Statisticile descriptive au fost prezentate ca medie $\pm$ abatere standard.

Fidelitatea s-a investigat din perspectiva consistenței interne, calculându-se atât coeficientul Cronach alfa (utilizat de autorii versiunii originale a scalei), cât și coeficientul McDonald omega, considerat superior în estimarea fidelității (Revelle & Zinbarg, 2009). De asemenea, fidelitatea s-a investigat din perspectiva stabilității în timp a rezultatelor, la un interval de două săptămâni, calculându-se coeficientul de corelație Spearman (r_s), adecvat pentru datele care nu au o distribuție normală.

S-au verificat cele două condiții necesare pentru realizarea analizei factoriale exploratorii: 1) condiția de adecvare a eșantionului – valori peste 0.8 ale indicelui Kayser-Meyer-Olkin (KMO) (Field, 2000, apud Sava, 2011); 2) condiția de sfericitate – testul Barlett pentru sfericitate să fie semnificativ statistic (Hair *et al.*, 1995, Tabachnick & Fidell, 2007, apud Williams *et al.*, 2010). Având în vedere că obiectivul analizei a constat în identificarea atributelor interne care stau la baza celor 12 itemi ai scalei, s-a recurs la extracția factorilor în axe principale (*principal axis factoring*) pentru a extrage factorii comuni. De asemenea, s-a utilizat o rotire oblică a factorilor, de tip *Oblimin*, întrucât era de așteptat ca factorii să coreleze între ei, ținând cont de faptul că aceștia corespund elementelor psihologice ale tulburării cu simptome somatice.

Analiza factorială confirmatorie a constat în testarea modelului cu un factor, obținut pe primul eșantion. Pentru estimare, s-a utilizat varianta robustă a metodei celor mai mici pătrate ponderate diagonal („diagonally weighted least squares” – DWLS), aceasta fiind recomandată pentru datele de tip ordinal și/sau cele care se abat de la distribuția normală (Hancock & Mueller, 2013; Koğar & Yilmaz Koğar, 2015; Mîndrilă, 2010). Gradul de adecvare a modelului cu un factor a fost evaluat prin intermediul următorilor indicatori statistici: a) χ^2 (testul chi-pătrat) – este dezirabilă o valoare nesemnificativă statistic: $p\text{-value} > 0.05$ (Barrett, 2007, apud Hooper *et al.*, 2008); b) χ^2/df (testul chi-pătrat relativ/normat) – valori între 1 și 5 (Bollen, 1989, apud Guzmán-González *et al.*, 2020), sunt dezirabile valorile mai mici; c) CFI („comparative fit index”) – sunt dezirabile valori de minim 0.95

(Hu & Bentler, 1999); d) TLI („Tucker-Lewis index”) – sunt dezirabile valori de minim 0.95 (Hu & Bentler, 1999); e) SRMR („standardized root mean square residual”) – sunt acceptabile valori de maximum 0.08 (Hu & Bentler, 1999); f) RMSEA („root mean square error of approximation”) – model bun pentru valori < 0.05 , acceptabil pentru valori 0.05-0.08, marginal pentru valori 0.08-0.10 și slab pentru valori > 0.10 (Browne & Cudeck, 1992, Steiger, 1989, *apud* Fabrigar *et al.*, 1999); de asemenea, pentru un model destul de bun, este recomandat ca limita maximă a intervalului de încredere pentru valoarea respectivă să nu depășească 0.08 (Sava, 2011).

Validitatea convergentă s-a investigat prin corelația (coeficientul Spearman r_s) dintre scorul obținut la scala SSD-12 și scorul obținut la chestionarul PHQ-9. Mărimea efectului s-a raportat sub forma coeficientului de determinare r^2 , cu următoarele valori reper: 0.01 – efect scăzut; 0.06 – efect mediu; 0.14 – efect puternic (Sava, 2011). Din cei 441 participanți, 3 nu au completat chestionarul PHQ-9 în întregime (un item necompletat), iar datele lipsă s-au înlocuit cu media aritmetică a celorlalte scoruri ale instrumentului, în acord cu recomandările din literatura de specialitate (Kocalevent *et al.*, 2013; Löwe *et al.*, 2008; Shin *et al.*, 2020; Shrive *et al.*, 2006).

Influența variabilelor socio-demografice s-a investigat prin comparații între diverse grupuri și s-au utilizat teste neparametrice, adecvate pentru datele care nu au o distribuție normală: testul U al lui Mann-Whitney (pentru gen, vârstă, status relațional și nivel educațional) și testul H al lui Kruskal-Wallis (pentru venit).

3. REZULTATE

3.1. STATISTICI DESCRIPTIVE ȘI CORELAȚII ÎNTRE ITEMI

În anexa nr. 1 se regăsesc mediile, abaterile standard, indicatorii de asimetrie (*skewness*) și boltire (*kurtosis*), atât pentru cei 12 itemi ai scalei, cât și pentru scorul total. Pentru o distribuție normală, este necesar ca scorurile Z pentru *skewness* și *kurtosis* (calculate ca raport între valoarea absolută și eroarea standard) să se afle în următoarele intervale: 1) $(-3.29, 3.29)$ – pentru eșantioanele de 50–300 de participanți; 2) $Z_{\text{Skewness}}: (-2, 2)$ și $Z_{\text{Kurtosis}}: (-7, 7)$ – pentru eșantioanele de peste 300 de participanți, conform recomandărilor propuse de Kim (2013). Valorile obținute indică faptul că datele nu au o distribuție normală. Corelațiile dintre itemi au valori medii, majoritatea fiind cuprinse în intervalul 0.30–0.50.

3.2. FIDELITATEA

S-au obținut valori ridicate pentru coeficienții Cronbach alfa și McDonald omega, similare valorilor obținute pentru instrumentul original, pe populația generală (Toussaint *et al.*, 2017), conform tabelului nr. 1. De asemenea, rezultatele au indicat o bună stabilitate în timp a scorului total al scalei.

Tabelul nr. 1

Consistența internă și stabilitatea test-retest pentru Scala pentru tulburarea
cu simptome somatice – criteriul B (SSD-12)

SSD-12 – Versiunea în limba română			SSD-12 – Versiunea originală
Cronbach α (N=240)	McDonald ω (N=240)	Spearman r_s (stabilitate test-retest) (N=68)	Cronbach α (N=698)
0.937	0.940	0.87*	0.95

Notă: *p<0.001

3.3. STRUCTURA FACTORIALĂ

Analiza factorială exploratorie

Condițiile necesare pentru realizarea analizei factoriale exploratorii au fost îndeplinite: 1) valoarea indicelui Kayser-Meyer-Olkin (KMO) peste 0.8 (KMO=0.937); b) testul Barlett semnificativ statistic ($\chi^2(66)=2162.057$, $p<0.001$). Metoda analizei paralele și criteriul grafic al lui Cattell au indicat o soluție cu un factor, care explică 58.2% din totalul dispersiei. Fiecare dintre cei 12 itemi a fost saturat în acest factor, conform tabelului nr. 2.

Tabelul nr. 2

Rezultatele analizei factoriale exploratorii

Itemi SSD-12	Saturație
Item 1	0.733
Item 2	0.773
Item 3	0.860
Item 4	0.736
Item 5	0.825
Item 6	0.807
Item 7	0.354
Item 8	0.828
Item 9	0.848
Item 10	0.606
Item 11	0.827
Item 12	0.806

Analiza factorială confirmatorie

Modelul cu un factor și 12 itemi a fost testat prin analiză factorială confirmatorie, pe un alt eșantion, obținându-se rezultatele din tabelul nr. 3.

Tabelul nr. 3

Rezultatele analizei factoriale confirmatorii

Model	χ^2 (df)	χ^2/df	CFI	TLI	SRMR	RMSEA [95% CI]
un factor, 12 itemi	$\chi^2(54)=148.46$, $p<0.001$	2.75	0.995	0.994	0.046	0.063 [0.039 – 0.074]

Testul χ^2 indică diferențe semnificative între matricea datelor brute și matricea obținută pe baza legăturilor specificate în model (Sava, 2011). Valoarea semnificativă a testului χ^2 se poate datora dimensiunii ridicate a eșantionului și nu poate fi considerată un criteriu pentru respingerea modelului, recomandându-se utilizarea indicatorului χ^2/df . Valoarea indicatorului χ^2/df este bună (se află între 1 și 5, fiind mai apropiată de 1). De asemenea, valorile SRMR, RMSEA, CFI și TLI sunt adecvate. Astfel, se poate concluziona că modelul cu un factor și 12 itemi este validat.

3.4. VALIDITATEA CONVERGENTĂ

Validitatea convergentă a fost testată pe populația generală, de către autorii variantei originale a instrumentului, pentru mai multe constructe, inclusiv depresia, obținându-se o corelație semnificativă statistic ($r_s=0.64$, $p<0.001$) între aspectele psihologice ale tulburării cu simptome somatice și depresie (Toussaint *et al.*, 2017). Pentru eșantionul românesc, s-a obținut o corelație semnificativă statistic și efect puternic între elementele psihologice și depresie ($r_s=0.49$, $r_s^2=0.24$ $p<0.001$).

3.5. INFLUENȚA VARIABILELOR SOCIO-DEMOGRAFICE

Comparațiile între grupuri, în funcție de caracteristicile socio-demografice, se regăsesc în anexa nr. 2. Conform rezultatelor, simptomele psihologice ale tulburării cu simptome somatice nu diferă în funcție de aceste variabile.

3.6. VALORILE DE REFERINȚĂ PENTRU SSD-12

Pentru determinarea valorilor de referință, s-a recurs la un procedeu similar celui utilizat de autorii variantei originale a instrumentului, pentru populația generală, considerându-se următoarele trepte pentru severitatea simptomatologiei: percentila 80 – nivel mediu; percentila 90 – nivel ridicat; percentila 95 – nivel foarte ridicat (Toussaint *et al.*, 2017). Așadar, valorile de referință pentru populația românească au fost: 15 – nivel mediu; 20 – nivel ridicat; 26 – nivel foarte ridicat.

4. DISCUȚII ȘI CONCLUZII

Scala pentru tulburarea cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale*, SSD-12), tradusă în limba română, prezintă proprietăți psihometrice foarte bune în rândul populației generale. Consistența internă ridicată (Cronbach $\alpha=0.94$) și stabilitatea în timp a rezultatelor, la un interval de două

săptămâni ($r_s=0.87$), confirmă fidelitatea scalei. Modelul cu un factor general și 12 itemi s-a dovedit adecvat pentru populația generală, ceea ce este în concordanță cu rezultatele obținute de autorii variantei originale a scalei (Toussaint *et al.*, 2017). Validitatea convergentă a fost susținută prin corelația semnificativă statistic între elementele psihologice ale tulburării cu simptome somatice și depresie ($r_s=0.49$, $p<0.001$). De asemenea, rezultatele au indicat că influența variabilelor socio-demografice asupra SSD-12 nu este statistic semnificativă. În plus, s-a constatat că valorile de referință pentru severitatea medie, ridicată și foarte ridicată ale simptomatologiei psihologice specifice tulburării cu simptome somatice sunt: 15, 20 și 26.

Acest studiu reprezintă primul studiu care investighează proprietățile psihometrice ale Scalei pentru tulburarea cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale*, SSD-12) în rândul populației generale din România. Un alt avantaj al cercetării de față îl reprezintă diversitatea eșantionului și, în mod special, includerea participanților din toate regiunile României. Până în prezent, acest chestionar este singurul care permite evaluarea criteriului B al tulburării cu simptome somatice, și anume elementele cognitive, afective și comportamentale ale acestei afecțiuni. Instrumentul are avantajul de a fi ușor de utilizat în practică, datorită numărului redus de itemi. De asemenea, poate fi utilizat pentru diferite categorii de vârstă (adolescenți, adulți tineri, adulți vârstnici). Totodată, scala este adecvată atât pentru populația generală, cât și pentru populația clinică, având proprietăți psihometrice foarte bune.

Există, însă, anumite limite ale studiului. În primul rând, studiul a cuprins doar chestionare cu autoadministrare, fără să fie incluse și interviuri clinice, care ar fi putut susține diagnosticul. De asemenea, eșantionul a fost divers, însă nu a reflectat în totalitate stratificarea națională în funcție de caracteristicile socio-demografice, astfel încât se recomandă precauție în generalizarea rezultatelor pe alte populații. În plus, acest studiu nu este suficient pentru confirmarea modelului unifactorial în rândul populației generale, ci sunt necesare studii ulterioare, care să testeze acest model, pe alte eșantioane.

Ținând cont de aspectele menționate, se poate concluziona că versiunea românească a Scalei pentru tulburarea cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale*, SSD-12) este adecvată pentru investigarea aspectelor psihologice ale tulburării cu simptome somatice (criteriul B) în rândul populației generale, prezentând proprietăți psihometrice foarte bune. Studiul actual reprezintă un pas esențial în adaptarea acestei scale pe populația generală din România și oferă informații relevante cu privire la specificul structurii factoriale a scalei, pe acest tip de populație, venind în completarea rezultatelor obținute de Ionescu *et al.* (2021) în rândul populației clinice. Chestionarul poate fi utilizat în studiile viitoare, pe eșantioane atât din populația generală, cât și din populația clinică, pentru a investiga dacă scala prezintă proprietăți psihometrice similare rezultatelor obținute, până în prezent, pe populația românească. De asemenea, scala poate fi valorificată în construirea unui nou instrument cu autoadministrare,

pentru diagnosticarea tulburării cu simptome somatice, care să permită evaluarea tuturor celor trei criterii de diagnostic și să simplifice, astfel, procedeul laborios de investigare a simptomatologiei (la momentul actual, fiecare criteriu de diagnostic este evaluat printr-un instrument diferit).

Primit în redacție la: 22.09.2021

BIBLIOGRAFIE

1. ALEXANDER, F., *Medicina psihosomatică*, București, Editura Trei, 2008.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000/ ASOCIAȚIA PSIHIATRILOR LIBERI DIN ROMÂNIA, *Manual de Diagnostic și Statistică a tulburărilor mentale*, ediția a IV-a revizuită, DSM IV-TR, București, Editura Pegasus, 2003.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013/ DSM-5: *Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, București, Editura Medicală Callisto, 2016.
4. FABRIGAR, L.R., MACCALLUM, R.C., WEGENER, D.T., STRAHAN, E.J., *Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research*, Psychological Methods, **4**, 3, 1999, p. 272–299.
5. FREUD, S., *Opere*, vol. XII: *Studii despre isterie*, București, Editura Trei, 2005.
6. GIERK, B., KOHLMANN, S., KROENKE, K., SPANGENBERG, L., ZENGER, M., BRÄHLER, E., LÖWE, B., *The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden*, JAMA Internal Medicine, **174**, 3, 2014, p. 399–407.
7. GRECO, M., *On illness and value: biopolitics, psychosomatics, participating bodies*, Medical humanities, **45**, 2, 2019, p. 107–115.
8. GUZMÁN-GONZÁLEZ, M., RIVERA-OTTENBERGER, D., BRASSARD, A., SPENCER, R., LAFONTAINE, M.F., *Measuring adult romantic attachment: psychometric properties of the brief Spanish version of the experiences in close relationships*, Psicología: Reflexão e Crítica, **33**, 1, e9, 2020.
9. HANCOCK, G.R., MUELLER, R.O. (EDS.), *Structural Equation Modeling: A Second Course (2nd ed.)*, Charlotte: Information Age Publishing, 2013.
10. HOOPER, D., COUGHLAN, J., MULLEN, M., *Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit*, Electronic Journal of Business Research Methods, **6**, 1, 2008, p. 53–60.
11. HU, L., BENTLER, P.M., *Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives*, Structural Equation Modeling, **6**, 1, 1999, p. 1–55.
12. IONESCU, C.G., TALAȘMAN, A.A., BĂDĂRĂU, I.A., *Somatization and sleep quality on patients with comorbid anxiety/depression*, MAEDICA – A Journal of Clinical Medicine, **16**, 2, 2021, p. 246–254.
13. JASP TEAM, JASP (Versiunea 0.14.1) [Computer software], disponibil la: <https://jasp-stats.org/download/>, 2020.
14. KIM, H.-Y., *Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis*, Restorative Dentistry & Endodontics, 2013, p. 52–54.
15. KOCALEVENT, R.D., HINZ, A., BRÄHLER, E., *Standardization of the depression screener patient health questionnaire (PHQ-9) in the general population*, General Hospital Psychiatry, **35**, 5, 2013, p. 551–555.
16. KOĞAR, H., YILMAZ KOĞAR, E., *Comparison of Different Estimation Methods for Categorical and Ordinal Data in Confirmatory Factor Analysis*, Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology, **6**, 2, 2015, p. 351–364.
17. KROENKE, K., SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B., *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*, Journal of General Internal Medicine, **16**, 9, 2001, p. 606–613.
18. KROENKE, K., SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B.W., *The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms*, Psychosomatic Medicine, **64**, 2, 2002, p. 258–266.

19. LEIGH, H., *Nature and Evolution of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine*, în LEIGH, H., STRELTZER, J. (Eds.), *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, 2015, p. 3–10.
20. LÖWE, B., SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B., MUSSELL, M., SCHELLBERG, D., KROENKE, K., *Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment*, *General Hospital Psychiatry*, **30**, 3, 2008, p. 191–199.
21. MÎNDRILĂ, D., *Maximum Likelihood (ML) and diagonally weighted least squares (DWLS) estimation procedures: A comparison of estimation bias with ordinal and multivariate non-normal data*, *International Journal of Digital Society*, **1**, 1, 2010, p. 60–66.
22. MUSKIN, P.R., *Psychosomatic Medicine*, *The American Journal of Psychiatry*, **165**, 1, 2008, p. 141–142.
23. PFIZER (n.d.), *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, disponibil la: https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481f/201412/PHQ9_Romanian%20for%20Romania.pdf (ultima accesare 12 Iulie, 2021).
24. REVELLE, W., ZINBARG, R.E., *Coefficients Alpha, Beta, Omega, and the glb: Comments on Sijtsma*, *Psychometrika*, **74**, 2009, p. 145–154.
25. SAVA, F.A., *Analiza datelor în cercetarea psihologică*, Cluj-Napoca: Editura ASCR, 2011.
26. SHIN, C., KO, Y.H., AN, H., YOON, H.K., HAN, C., *Normative data and psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-9 in a nationally representative Korean population*, *BMC psychiatry*, **20**, 1, 2020, e194.
27. SHRIVE, F.M., STUART, H., QUAN, H., GHALI, W.A., *Dealing with missing data in a multi-question depression scale: a comparison of imputation methods*, *BMC Medical Research Methodology*, **6**, 2006, e57.
28. SPITZER, R.L., KROENKE, K., WILLIAMS, J.B., *Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*, *JAMA*, **282**, 18, 1999, p. 1737–1744.
29. STEINBERG, H., HERRMANN-LINGEN, C., HIMMERICH, H., *Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud*, *Psychiatria Danubina*, **25**, 1, 2013, p. 11–16.
30. TOUSSAINT, A., MURRAY, A.M., VOIGT, K., HERZOG, A., GIERK, B., KROENKE, K., RIEF, W., HENNINGSEN, P., LÖWE, B., *Development and Validation of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12)*, *Psychosomatic Medicine*, **78**, 1, 2016, p. 5–12.
31. TOUSSAINT, A., LÖWE, B., BRÄHLER, E., JORDAN, P., *The Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12): Factorial structure, validity and population-based norms*, *Journal of Psychosomatic Research*, **97**, 2017, p. 9–17.
32. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI, *Factor (Versiunea 11.05.01) [Computer software]*, disponibil la: <https://psico.fcep.urv.cat/utilitats/factor/Download.html>, 2021.
33. WILLIAMS, B., ONSMAN, A., BROWN, T., *Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices*, *Journal of Emergency Primary Health Care (JEPHC)*, **8**, 3, 2010, e9990399.

REZUMAT

Cercetarea de față a avut ca obiectiv traducerea Scalei pentru tulburarea cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale, SSD-12*) (Toussaint *et al.*, 2016) și investigarea proprietăților psihometrice ale scalei în rândul populației generale din România. Chestionarul oferă posibilitatea de a evalua aspectele cognitive, afective și comportamentale ale tulburării cu simptome somatice, conform criteriilor de diagnostic din DSM-5 (APA, 2013). S-au utilizat două eșantioane ($N_1=250$, $N_2=450$) pentru a testa consistența internă, stabilitatea în timp a rezultatelor, structura factorială, validitatea convergentă, influența variabilelor socio-demografice și, totodată, pentru a determina valorile de referință pentru severitatea simptomatologiei psihologice. Participanții (vârste cuprinse între 18 și 71 ani) au completat o fișă cu datele socio-demografice și Scala pentru tulburarea cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale, SSD-12*), iar cei din al doilea eșantion au completat, în plus, Chestionarul cu privire la starea de sănătate a pacientului-9 (*Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9*) (Kroenke *et al.*, 2001), care

evaluează depresia. Rezultatele au indicat o consistență internă excelentă (Cronbach $\alpha=0.94$) și o stabilitate foarte bună, în timp, a rezultatelor, la retestarea după două săptămâni ($r_s=0.87$, $p<0.001$). Analizele factoriale exploratorii și confirmatorii au susținut modelul unifactorial, cu 12 itemi, obținut de autorii variantei originale a scalei în rândul populației generale (Toussaint *et al.*, 2017). Validitatea convergentă a fost confirmată prin corelația dintre scorurile obținute la chestionarele SSD-12 și PHQ-9 ($r_s=0.49$, $p<0.001$). Influența variabilelor socio-demografice asupra SSD-12 nu a fost statistic semnificativă. Valorile de referință pentru severitatea medie, ridicată și foarte ridicată a simptomatologiei psihologice au fost 15, 20 și 26. Proprietățile psihometrice ale versiunii românești ale SSD-12 susțin oportunitatea utilizării scalei pentru investigarea aspectelor psihologice ale tulburării cu simptome somatice în rândul populației generale.

ANEXE

ANEXA 1

Statistici descriptive pentru itemii și scorul total al Scalei pentru tulburarea cu simptome somatice – criteriul B (SSD-12)

Item/ Scor total	M	SD	Skewness (Eroare standard)	Kurtosis (Eroare standard)
<i>Eșantionul 1 (N=240)</i>				
Item 1	0.738	0.907	1.155 (0.157)	0.981 (0.313)
Item 2	1.046	0.947	0.742 (0.157)	0.504 (0.313)
Item 3	0.667	0.967	1.496 (0.157)	1.901 (0.313)
Item 4	0.475	0.802	1.969 (0.157)	4.267 (0.313)
Item 5	0.762	0.984	1.395 (0.157)	1.725 (0.313)
Item 6	0.421	0.783	2.059 (0.157)	4.266 (0.313)
Item 7	0.892	1.096	1.024 (0.157)	0.172 (0.313)
Item 8	0.650	1.008	1.415 (0.157)	1.086 (0.313)
Item 9	0.625	1.007	1.650 (0.157)	2.047 (0.313)
Item 10	0.421	0.799	1.876 (0.157)	2.822 (0.313)
Item 11	0.933	1.049	0.990 (0.157)	0.383 (0.313)
Item12	0.704	0.968	1.321 (0.157)	1.151 (0.313)
Scor total	8.333	8.736	1.345 (0.157)	1.510 (0.313)
<i>Eșantionul 2 (N=441)</i>				
Item 1	0.764	0.936	1.204 (0.116)	1.026 (0.232)
Item 2	1.125	0.975	0.694 (0.116)	0.177 (0.232)
Item 3	0.669	0.884	1.433 (0.116)	1.974 (0.232)
Item 4	0.501	0.853	2.059 (0.116)	4.486 (0.232)
Item 5	0.816	0.989	1.183 (0.116)	0.898 (0.232)
Item 6	0.463	0.817	2.081 (0.116)	4.468 (0.232)
Item 7	1.188	1.275	0.694 (0.116)	- 0.702 (0.232)
Item 8	0.662	1.030	1.591 (0.116)	1.789 (0.232)
Item 9	0.610	0.923	1.582 (0.116)	2.094 (0.232)
Item 10	0.422	0.844	2.331 (0.116)	5.378 (0.232)
Item 11	0.946	1.109	1.033 (0.116)	0.267 (0.232)
Item12	0.687	0.978	1.451 (0.116)	1.565 (0.232)
Scor total	8.853	8.827	1.559 (0.116)	2.969 (0.232)

ANEXA 2

Influența variabilelor socio-demografice asupra scorului total obținut la SSD-12

Variabilă socio-demografică	N (%)	Scor (Mediană)	Diferențe între grupuri
Gen	441		U=8607; p=0.322
Bărbați	48 (11%)	4.00	
Femei	393 (89%)	7.00	
Vârstă	441		U=15215.5; p=0.936
Sub 30 ani	356 (81%)	6.00	
Minim 30 ani	85 (19%)	7.00	
Status relațional	441		U=20904; p=0.677
Singur	132 (30%)	5.00	
Într-o relație	309 (70%)	7.00	
Nivel educațional	441		U=24948.5; p=0.200
Studii medii	175 (40%)	7.00	
Studii superioare	266 (60%)	6.00	
Venit	441		H(2)=1.607; p=0.448
Scăzut	223 (51%)	6.00	
Mediu	176 (40%)	7.00	
Ridicat	42 (9%)	7.00	

Notă: S-au utilizat testele Mann-Whitney *U* și Kruskal-Wallis *H*. Mărimea efectului nu s-a raportat deoarece diferențele între grupuri nu au fost statistic semnificative.