

УДК 303.214.3

**СЕРГЕЙ ДЕМБИЦКИЙ,**

*кандидат социологических наук, старший научный сотрудник отдела методологии и методов социологии Института социологии НАН Украины*

**ВЛАДИМИР ЯЩЕНКО,**

*главный врач КЛПУ “Черниговская областная психоневрологическая больница”*

**НИКОЛАЙ СИДОРОВ,**

*кандидат физико-математических наук, заведующий кафедрой методологии и методов социологических исследований КНУ им. Тараса Шевченко*

**СВЕТЛАНА АЛЕКСАНДРОВА,**

*заместитель главного врача по медицинской части КЛПУ “Черниговская областная психоневрологическая больница”*

## **Критериальная валидизация экспресс-теста SCL-9-NR<sup>1</sup>**

### *Аннотация*

*В статье представлены результаты критериальной валидизации социологического теста SCL-9-NR. Основной эмпирической базой исследования является опрос пациентов КЛПУ “Черниговская областная психоневрологическая больница”, позволивший охватить разнообразные, с точки зрения психиатрии,*

---

<sup>1</sup> Эта статья была бы невозможной без помощи президента Ассоциации психиатров Украины Семена Глузмана, благодаря которому удалось организовать сотрудничество с КЛПУ “Черниговская областная психоневрологическая больница” и, соответственно, собрать ключевые исследовательские данные.

группы. Также в рамках статьи оценено влияние на итоговые значения SCL-9-NR эффекта социальной желательности и выделены пороговые величины индекса, указывающие на наличие выраженного психологического дистресса. В завершающей части статьи приведены результаты конфирматорного факторного анализа и проверки внутренней согласованности для респондентов с психиатрическими диагнозами.

В качестве основного статистического инструментария использованы корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена), дву- и однофакторный ковариационный анализ и сравнение средних (*t*-критерий Стьюдента).

Результаты статьи говорят в пользу критериальной валидности SCL-9-NR.

**Ключевые слова:** валидизация, шкалирование, SCL-9-NR

В своей недавней работе С.Дембицкий [Дембицкий, 2016] представил результаты валидизации экспресс-теста SCL-9-NR, предназначенного для использования в рамках массовых опросов для оценки выраженности психологического дистресса. Поскольку результаты исследования оказались успешными, было принято решение о дальнейшей работе над методикой, а именно — о ее критериальной валидизации.

Во многих работах (см. напр.: [Анастаси, 2007: с. 139–147; McMillan, 2008: р. 29; Domino, 2006: р. 54]) понятие “критериальная валидность” связывается с независимой оценкой изучаемого явления с тем, чтобы сопоставить такую оценку с результатами теста, подлежащего валидизации. При этом, несмотря на поверхностную интерсубъективность в понимании критериальной валидности, ее содержательная интерпретация может существенно варьировать у различных авторов. Поэтому в качестве методологического ориентира нами использовалась упомянутая выше работа А.Анастаси, в которой описаны следующие меры критерия валидизации [Анастаси, 2007: с. 140–144]: показатели учебных достижений (используется при разработке тестов интеллекта, некоторых тестов личности и комплексных батарей способностей), эффективность специальной подготовки (используется при разработке тестов специальных способностей), успешность реальной деятельности (используется как при разработке тестов общего интеллекта и личности и тестов специальных способностей, так и применительно к тестам по отбору кадров), результаты опроса контрастных групп (используется при разработке тестов личности), психиатрический диагноз (используется при разработке тестов личности), рейтинги или субъективные оценки (могут использоваться при разработке тестов всех типов), уже имеющиеся валидные тесты (используются при разработке более простых или коротких вариантов теста).

В нашем случае были использованы такие меры критерия валидизации, как опрос контрастных групп и психиатрический диагноз. Для этого был заключен договор о сотрудничестве с КЛПУ “Черниговская областная психоневрологическая больница” (далее — ЧОПНБ).

Кроме заявленной выше основной цели исследования в ходе его проведения были получены ответы на ряд важных методических вопросов, связанных с использованием SCL-9-NR:

- проверка применимости методики для исследования различных групп пациентов психоневрологических учреждений;
- оценка эффекта социальной желательности<sup>1</sup> при опросе различных групп респондентов;
- определение пороговых величин индекса, указывающих на наличие выраженного психологического дистресса.

### ***Особенности выборки пациентов Черниговской областной психоневрологической больницы и общая ситуация опроса***

С точки зрения дальнейшего анализа важно охарактеризовать специфику выборки, сформированной на базе ЧОПНБ. В составе ЧОПНБ функционирует ряд центров, предполагающих работу с различными категориями пациентов. В нашем случае выборка строилась на основании трех следующих центров: 1) острых психических и поведенческих расстройств (включает одно мужское и одно женское отделение); 2) стационарной лечебно-реабилитационной помощи (включает два мужских и два женских отделения); 3) лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний (включает одно общее отделение).

В центре острых психических и поведенческих расстройств на лечении находятся пациенты с острой психотической симптоматикой, выраженными агрессивными тенденциями по отношению к себе и окружающим, а также склонностью к импульсивным поступкам. Такие пациенты требуют усиленного наблюдения и активной фармакотерапии. По понятным причинам опрос данной категории пациентов проводился на завершающей стадии их лечения. С учетом использования фармакотерапии ожидалось, что такие пациенты не продемонстрируют высоких значений при использовании SCL-9-NR.

Центр стационарной лечебно-реабилитационной помощи предназначен для лечения хронически больных пациентов с выраженными дефицитарными изменениями личности, сформированным дефектом личности по основному диагнозу, которые требуют терапии обострения психического расстройства и проведения активной социально-трудовой реабилитации. С точки зрения психологических переживаний данная группа демонстрирует эмоциональное оскудение, апатию и эмоциональную тупость, что также указывало на возможность получения умеренных значений SCL-9-NR.

В центре лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний находятся пациенты без выраженных нарушений нормального функционирования психики, то есть без выраженной декомпенсации. При этом пациенты поступают в центр по собственному желанию, и далее используется режим “открытых дверей”, то есть пациенты сами определяют график своего пребывания в центре. В целом эта группа характеризуется повышенным вниманием к своим психологическим переживаниям, что позволяло предполагать получение высоких значений SCL-9-NR.

---

<sup>1</sup> В рамках данной статьи под эффектом социальной желательности мы понимаем тенденцию респондентов с большей вероятностью давать социально одобряемые ответы на вопросы, вызывающие опасения (а тема здоровья относится именно к такой категории).

Совместно с центром пребывания пациентов при формировании выборки учитывался их пол. В соответствующих лечебных отделениях использовался сплошной отбор, завершившийся при достаточном наполнении квоты (см. табл. 1).

Таблица 1

### Наполненность квот выборки, построенной на базе ЧОПНБ, N = 181

Центр	Пол респондентов	
	Мужской	Женский
– острых психических и поведенческих расстройств	31	31
– стационарной лечебно-реабилитационной помощи	30	26
– лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний	29	34

Опрашивались только те пациенты, которые добровольно согласились участвовать в исследовании, а также были в состоянии самостоятельно ознакомиться, понять и заполнить анкету. Период сбора данных длился с 05.02.2016 по 04.04.2016.

Первоначально была принята попытка использования SCL-90-R (более подробно см.: [Дембицкий, 2015]) с формулировками задания и вариантов ответа из SCL-9-NR, но пилотный опрос показал, что методика из 90 индикаторов слишком утомительна для пациентов. Фактически ее вторую половину многие просто игнорировали, и подавляющее большинство симптомов получили оценку “Никогда”. Исходя из этого для основного этапа исследования была утверждена анкета, включающая два небольших блока вопросов — SCL-9-NR и шкалу лжи из опросника MMPI (более подробно см.: [Мягков, 2002]). Дополнительно по каждому респонденту психиатр ЧОПНБ фиксировал диагноз, отделение, дату поступления в больницу и дату опроса.

Для категоризации расстройств психики использовалась Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Соответственно, среди респондентов были зафиксированы следующие категории психических расстройств и расстройств поведения: органические, включая симптоматические, психические расстройства; шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; расстройства настроения (аффективные расстройства); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (см. табл. 2). Таким образом, с точки зрения разнообразия диагнозов наиболее гетерогенной является подвыборка из центра лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний ( $IQV = 0,84$ ). Подвыборки из центров стационарной лечебно-реабилитационной помощи ( $IQV = 0,61$ ) и острых психических и поведенческих расстройств ( $IQV = 0,57$ ) менее гетерогенны за счет того, что модальной категорией диагнозов для них является “шизофрения, шизотипические расстройства и бредовые расстройства” (66% и 71% соответственно).

После получения первых результатов, среди прочего показавших связь индекса SCL-9-NR со шкалой лжи, было принято решение о проведении дополнительного онлайн-опроса среди пользователей социальных сетей “facebook.com” и “vk.com” с целью проверки аналогичной взаимосвязи в груп-

пе обычных респондентов. Соответствующее исследование было проведено совместно с кафедрой методологии и методов социологических исследований Киевского национального университета имени Тараса Шевченко в период с 24.03.2016 по 27.03.2016 ( $N = 457$ ).

Таблица 2

**Распределение категорий психических расстройств и расстройств поведения по центрам ЧОПНБ,  $N = 181$**

Категория	Центр		
	ОППР <sup>a</sup>	СЛРП <sup>b</sup>	ЛПРНПКС <sup>c</sup>
Органические, включая симптоматические, психические расстройства	10	15	10
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	44	37	4
Расстройства настроения (аффективные расстройства)	7	3	10
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	1	0	32
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	0	1	7

*a* [Центр] острых психических и поведенческих расстройств.

*b* [Центр] стационарной лечебно-реабилитационной помощи.

*c* [Центр] лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний.

### **Специфика анализа данных**

*Фокус валидации измерительных шкал и индексов.* В рамках двух предыдущих исследований, связанных с разработкой SCL-9-NR [Дембицкий, 2015; Дембицкий, 2016], был использован подход, предложенный в работе У.Принза [Prinz, 2013], заключающийся в проверке внутренней согласованности и факторной валидности. Вместе с тем в случае SCL-9-NR это является скорее “данью моде”, чем аргументированным выбором подходящих инструментов валидации и проверки надежности. Так, отталкиваясь от необходимости разделять измерительные шкалы и индексы, следует признать и различие в способах их валидации. Уделим этому моменту дополнительное внимание.

Согласно одной из наиболее известных в социальных науках работ по конструированию измерительных шкал [DeVellis, 2012: р. 11–13], последние представляют собой инструменты для измерения латентных переменных, являющихся по отношению к индикаторам методики причинностным фактором. Следовательно, если речь идет об измерительных шкалах и, соответственно, о латентных переменных, то вполне естественным будет использование процедуры валидации на основе внутренней согласованности и факторной валидности. В то же время индексы являются показателями, значения которых причинностно обуславливаются индикаторами методики. То есть в этом случае предполагается противоположная направленность связи между изучаемым феноменом и эмпирическими индикаторами в сравнении с измерительными шкалами. На наш взгляд, в случае валидиза-

ции индекса демонстрация внутренней согласованности и факторной валидности не является убедительным аргументом.

Так, в основе психологического дистресса может лежать множество причин. В случае SCL-9-NR в качестве таковых предполагаются враждебность, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессия, межличностная сензитивность, параноидальные идеи, тревожность, соматизация, фобическая тревожность и психотизм [Дембицкий, 2015: с. 42–43]. Наличие у индивида любого из указанных расстройств усиливает общий психологический дистресс, при этом абсолютно не обязательно, что они каким-то образом взаимосвязаны на уровне универсального паттерна. Отталкиваясь от такого допущения, в качестве средств валидизации индекса мы видим критериальную и конструктивную проверки. Вместе с тем для тех, кто не согласен с данным решением и считает внутреннюю согласованность и факторную валидность важными показателями валидизации индекса, в конце статьи приведены соответствующие результаты проверки (см. Приложение). Здесь достаточно будет сказать, что эти результаты без преувеличения можно назвать отличными.

*Специфика выделения норм теста.* Одной из важных задач разработки теста является выделение внутригрупповых норм, с которыми могут быть сопоставлены индивидуальные показатели. Такого рода нормы определяются в процессе исследования группы стандартизации [Анастаси, 2007: с. 75–84], обычно представляющей репрезентативную выборку, с целью оценки распределения значений теста в соответствующей генеральной совокупности. Л.Дерогатис упоминает [Derogatis, 2004: р. 5] четыре таких группы: амбулаторные психиатрические больные, психиатрические больные стационара, обычная группа совершеннолетних, обычная группа подростков. Сами показатели Л.Дерогатис не приводит, просто ссылаясь на соответствующее руководство для проведения тестирования с использованием SCL-90-R [Derogatis, 1994].

Несмотря на то, что подход с использованием группы стандартизации является общепринятым, мы считаем, что в нем есть некоторые изъяны, особенно когда речь идет о тестах, где нормы используются не в смысле “больше / меньше”, а в смысле “высокий / низкий”. Так, если говорить о психологическом дистрессе, то информация о том, что некоторый индивидуальный показатель теста выше, чем, например, показатели 70% наблюдений в группе стандартизации, еще не свидетельствует о высоком (или низком) его уровне. Следовательно, можно допустить ситуацию, когда показатели всех наблюдений в группе стандартизации будут в пределах нормы с точки зрения психологического дистресса.

Второе замечание относится непосредственно к группам стандартизации у Л.Дерогатиса. Когда он ведет речь об амбулаторных и психиатрических больных стационара, то говорит о гетерогенности соответствующих выборок. При всем уважении к автору это в некоторой мере напоминает анекдот про среднюю температуру больных в больнице. Как будет показано далее, больные с различными категориями психиатрических диагнозов показывают существенно отличающиеся результаты при использовании SCL-9-NR. Соответственно, одна общая группа стандартизации для гетерогенной выборки — явно не лучшее решение.

В рамках нашей статьи мы обращаемся к респондентам с различными психиатрическими диагнозами для того, чтобы проанализировать, какой

может быть величина индекса SCL-9-NR у людей, подверженных сильным психологическим переживаниям. Конечно же, сравнивая соответствующие уровни с результатами обычных респондентов, нельзя выявить у последних наличие психических проблем, но можно, как мы считаем, приблизительно оценить глубину психологического дистресса.

*Аналитический инструментарий.* В рамках статистического анализа решались следующие задачи: 1) проверка взаимосвязи индекса SCL-9-NR с рядом таких показателей, как возраст, шкала лжи и длительность пребывания в стационаре; 2) анализ влияния пола и лечебного центра на величину значений SCL-9-NR с учетом влияния шкалы лжи; 3) сравнение средних значений в контрастных группах (например, мужчины vs женщины или респонденты с психиатрическим диагнозом vs обычные респонденты).

Для решения первой задачи использовался коэффициент корреляции Спирмена. Для решения второй — дву- и однофакторный ковариационный анализ. При решении третьей —  $t$ -критерий Стьюдента. Были проверены допущения о нормальности распределения (использовался критерий Шапиро–Уилка с применением бутстрэппинга) и равенстве дисперсий (использовался тест Бартлетта). Единственным случаем, когда дисперсии сравниваемых групп статистически значимо отличались, было сравнение здоровых и имеющих психиатрический диагноз мужчин ( $Bartlett's\ K\text{-squared} = 15,1; df = 3; p\text{-value} < 0,01$ ), что было учтено при анализе.

Статистическая обработка данных была проведена с помощью  $R$  (версия 3.2.2, библиотека “psych” для корреляционного анализа).

### **Основные результаты исследования**

*Проверка влияния возраста, времени пребывания в стационаре и эффекта социальной желательности.* Для того, чтобы в дальнейшем “вынести за скобки” некоторые объяснительные факторы, уделим им внимание отдельно.

*Возраст.* Исследования отличаются с точки зрения возрастного состава респондентов (см. табл. 3). Поэтому ради корректности их дальнейшего сравнения следует оценить влияние возраста на уровень психологического дистресса.

Для указанных исследований сила связи соответственно равна:  $r_{ООКЛ} = -0,14$  ( $p < 0,001; n = 400$ ),  $r_{ЧОПНБ} = 0,11$  ( $p = 0,15; n = 175$ ),  $r_{ООПСС} = -0,09$  ( $p < 0,09; n = 367$ ). Как видно, в двух случаях связь не является статистически значимой, а в одном она достаточно мала, и ею можно пренебречь.

*Время пребывания в стационаре.* Поскольку в опросе на базе ЧОПНБ речь идет о различных группах респондентов с психиатрическим диагнозом, для их корректного сравнения необходимо оценить влияние времени, проведенного в стационаре, на уровень психологического дистресса. При анализе выборки в целом фиксируется очень слабая, но статистически значимая взаимосвязь:  $r = -0,15$  ( $p = 0,04; n = 175$ ). При этом, если разделить выборку на подгруппы в соответствии с лечебными центрами, то величина эффектов уменьшается и перестает быть статистически значимой, а направление связи в двух случаях меняется с отрицательного на положительное. Таким образом данный параметр не рассматривается нами в качестве релевантного с точки зрения оценки психологического дистресса.

Таблица 3

## Возрастные параметры различных исследований

Параметры распределения	ООКЛ <sup>a</sup>	ЧОПНБ <sup>b</sup>	ООПСС <sup>c</sup>
Минимум	18,0	17,0	16,0
Первый квартиль	28,0	34,0	19,0
Медиана	36,0	44,0	21,0
Среднее значение	38,9	43,9	25,2
Третий квартиль	52,0	53,0	29,0
Максимум	68,0	75,0	78,0

a Онлайн-опрос в Киеве и Львове.

b Опрос среди пациентов ЧОПНБ.

c Онлайн-опрос среди пользователей социальных сетей.

*Социальная желательность.* В отличие от предыдущих двух факторов эффект социальной желательности, оцененный в первом и третьем исследованиях с помощью шкалы лжи, оказывает более выраженное влияние на величину индекса SCL-9-NR. И поскольку для всех исследований наблюдаются отличия в выраженности психологического дистресса между мужчинами и женщинами, имеет смысл оценивать эти группы по отдельности.

В выборке обычных респондентов тенденция “приукрашивать” свои ответы наблюдается как среди мужчин, так и среди женщин. При этом последнее, что касается психологических переживаний, более искренни:  $r_m = -0,27$  ( $p = 0,01$ ;  $n = 96$ ),  $r_{ж} = -0,21$  ( $p < 0,001$ ;  $n = 266$ ). Похожая ситуация характерна и для респондентов с психиатрическим диагнозом:  $r_m = -0,31$  ( $p < 0,001$ ;  $n = 86$ ),  $r_{ж} = -0,21$  ( $p = 0,05$ ;  $n = 90$ ). Но в этой группе наблюдаются существенные вариации в различных лечебных центрах (см. табл. 4). Как видно, проблема социальной желательности ответов особенно выражена у мужчин, находящихся в центре стационарной лечебно-реабилитационной помощи, а также в более умеренной степени характерна для всех пациентов центра лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний.

Таблица 4

## Особенности взаимосвязи между SCL-9-NR и шкалой лжи для различных групп респондентов ЧОПНБ

Центр	Пол респондентов					
	Мужской			Женский		
	$r$	$p$	$n$	$r$	$p$	$n$
– острых психических и поведенческих расстройств	-0,01	0,97	30	-0,15	0,41	31
– стационарной лечебно-реабилитационной помощи	-0,62	< 0,001	29	-0,12	0,58	25
– лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний	-0,36	0,07	27	-0,30	0,08	34



Двумя возможными объяснениями настолько сильной взаимосвязи в подгруппе мужчин, пребывающих в центре стационарно-реабилитационной помощи, является ситуация опроса и социально-психологическая специфика данной группы. Так, в отличие от других респондентов они проходили не индивидуальный, а групповой опрос. При этом респонденты сидели за разными столами и не вмешивались в заполнение чужих анкет. Что касается социально-психологической специфики, то речь идет о мужчинах с хроническими психическими заболеваниями и средним возрастом 44 года (первый квартиль равен 32,5 года, третий — 55,3). Вполне вероятно, что психиатрический статус наряду с социальными ожиданиями в отношении мужчин трудоспособного возраста делают для них тему психического здоровья в высшей степени сензитивной.

Что касается пациентов центра лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний, то для них тема опроса “окрашена” не столько социально, сколько психологически, поскольку они характеризуются острыми психологическими переживаниями относительно своего внутреннего состояния при высокой сохранности социальных и трудовых навыков. В этом контексте наличие данной взаимосвязи выглядит вполне логичным.

Таким образом, эффект социальной желательности в целом характерен для результатов тестирования при использовании SCL-9-NR, что в целом и не удивительно, учитывая традиционную сензитивность темы здоровья в массовых опросах. При этом, как показало инициальное исследование по валидации SCL-9-NR [Дембицкий, 2015], методика по этому показателю выглядит явно предпочтительнее оригинальной SCL-90-R.

Таблица 5

### Средние значения SCL-9-NR в различных группах пациентов ЧОПНБ

Центр	Пол респондентов			
	Мужской		Женский	
	<i>X</i>	<i>sd</i>	<i>X</i>	<i>sd</i>
– острых психических и поведенческих расстройств	10,1	4,7	12,8	5,1
– стационарной лечебно-реабилитационной помощи	9,6	4,9	12,8	4,6
– лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний	14,8	7,0	15,2	4,2

*Общий уровень выраженности психологического дистресса в различных группах.* Прежде всего рассмотрим уровень психологического дистресса среди различных групп пациентов ЧОПНБ. Как и предполагалось, среди лечебных центров наивысший дистресс демонстрируют пациенты центра лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний, в то время как в двух других группах этот показатель значительно ниже. При этом, если рассматривать центры по отдельности, показатели женщин несколько выше, чем у мужчин (см. табл. 5). Результаты соответствующего двухфакторного ковариационного анализа (в качестве ковариаты использованы показатели шкалы лжи; все переменные рассматриваются как независимые) подтверждают влияние социальной желательности ( $F = 16,9; df = 1; p < 0,001$ ), лечебного центра ( $F = 11,4; df = 2; p < 0,001$ ) и пола ( $F = 6,4; df = 1; p < 0,05$ ). Уточненный  $R^2$  для этой модели составляет 19,4%.

Выраженные различия в уровне психологического дистресса наблюдаются у пациентов с различными категориями психических расстройств. Поскольку в данном случае выборка несбалансирована, результаты приведены без разделения по полу (см. табл. 6). В этом случае результаты двухфакторного ковариационного анализа (в качестве ковариаты использованы показатели шкалы лжи; все переменные рассматриваются в качестве независимых) опять указывают на статистически значимое влияние всех объясняющих переменных — социальной желательности ( $F = 18,6$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ), категории психического расстройства ( $F = 10,9$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$ ) и пола ( $F = 8,2$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,01$ ). Уточненный  $R^2$  для этой модели равен 26,9%.

Таблица 6

**Средние значения SCL-9-NR для различных категорий психических расстройств и расстройств поведения**

Категория	SCL-9-NR	<i>sd</i>	<i>n</i>
Органические, включая симптоматические, психические расстройства	13,2	6,2	33
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	10,6	4,9	83
Расстройства настроения (аффективные расстройства)	13,5	4,5	20
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	14,5	4,9	33
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	20,5	2,3	8

При анализе значений SCL-9-NR среди обычных респондентов было принято решение не объединять наблюдения двух исследований в один массив, а работать с ними по отдельности. Это связано с тем, что уровень психологического дистресса среди мужчин — участников киевского и львовского онлайн-опросов статистически значимо ниже по сравнению с соответствующим показателем среди мужчин — участников онлайн-опроса пользователей социальных сетей ( $X_{м1} = 11,3$ ;  $X_{м2} = 10,1$ ;  $t = 2,5$ ;  $df = 242,1$ ;  $p < 0,05$ ). Исходя из этого, киевский и львовский массивы использованы для сравнения индекса SCL-9-NR с соответствующим показателем массива, полученным при опросе пациентов ЧОПНБ, а данные онлайн-опроса пользователей социальных сетей — для построения ковариационной модели, объясняющей значения SCL-9-NR на основании пола и шкалы лжи.

Конечно же, интереснее было бы сравнить обычных респондентов с пациентами, которые имеют различные категории психических расстройств, но в связи со слабой наполненностью соответствующих категорий респондентов в качестве группирующего фактора использованы лечебные центры. Как для мужчин ( $X_{м1} = 11,3$ ;  $sd_{м1} = 4,2$ ), так и для женщин ( $X_{ж1} = 12,0$ ;  $sd_{ж1} = 3,9$ ) в обычной выборке зафиксированы статистически значимые различия соответственно с мужчинами ( $X_{м2} = 14,8$ ;  $t_{м} = 2,6$ ;  $df_{м} = 28,7$ ;  $p_{м} < 0,05$ ) и женщинами ( $X_{ж2} = 15,2$ ;  $t_{ж} = 4,2$ ;  $df_{ж} = 43,6$ ;  $p_{ж} < 0,001$ ), опрошенными в центре лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний.

Однофакторный ковариационный анализ на основании данных онлайн-опроса пользователей социальных сетей продемонстрировал статистически значимое влияние шкалы лжи ( $F = 21,3$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ) и пола ( $F = 5,8$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ). Уточненный  $R^2$  равен 11,1%.

*Уровни психологического дистресса.* Как видно из таблицы 6, наивысший уровень психологического дистресса демонстрирует группа респондентов с расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте, большинство которых (5 из 8) имеют диагноз “другие специфические расстройства личности” (эксцентричное расстройство личности, расторможенное расстройство личности, “безудержное” расстройство личности, инфантильное расстройство личности и пр.). Еще двое из этой группы имеют диагноз “ананкастное расстройство личности”, характеризующееся чрезмерной склонностью к сомнениям и осторожности, озабоченностью деталями, перфекционизмом, повышенной педантичностью и т.д.

Далее идет группа респондентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Данная категория психических расстройств включает большой спектр диагнозов, объединяемых вместе на основании их исторической связи с концепцией невроза, а также связи большей их части с психологическими причинами [Международная классификация болезней, 2005: с. 134]. В нашем случае зафиксированы такие диагнозы, как смешанное тревожное и депрессивное расстройство (8 респондентов), неврастения (7 респондентов), посттравматическое стрессовое расстройство (3 респондента) и ряд других.

Третьими по величине показателей индекса SCL-9-NR являются респонденты с расстройствами настроения (аффективными расстройствами). Среди основных диагнозов этой группы — рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени (10 человек) и различные варианты биполярного аффективного расстройства (7 человек).

Завершающей группой, продемонстрировавшей повышенные показатели, являются респонденты с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами. Большая часть их имеют диагноз “другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга” (20 человек).

В случае шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств респонденты не показали более высоких результатов по сравнению с обычными респондентами. Но в целом это ожидаемо, поскольку 95% респондентов этой группы проходили лечение в центрах острых психических и поведенческих расстройств и стационарной лечебно-реабилитационной помощи.

На наш взгляд, в качестве референтной группы для определения выраженного психологического дистресса могут быть использованы пациенты с расстройствами настроения (аффективными расстройствами), а также с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. По сравнению с выборкой обычных респондентов параметры распределения индекса SCL-9-NR для них выглядят несколько иначе (см. табл. 7).

Первым параметром, заслуживающим внимания, является максимум. В выборке обычных респондентов он составляет максимально возможные 27 баллов, а для респондентов с психиатрическими диагнозами — лишь 24. Если обратиться к максимуму в группе респондентов с психиатрическими диагнозами из категории “расстройства личности и поведения в зрелом возрасте”, показавших наибольший средний уровень индекса SCL-9-NR, то он составляет 23 балла. Возможно, это говорит о том, что значения индекса среди простых респондентов, превышающие 24 балла, а уж тем более составляющие максимальные 27, не заслуживают доверия.

Таблица 7

**Сравнение параметров распределения  
обычных респондентов и представителей референтной группы**

Параметры распределения	Обычные респонденты ( $N = 400$ ) <sup>a</sup>	Респонденты с психиатрическим диагнозом ( $N = 53$ )
Минимум	0,0	4,0
Первый квартиль	9,0	11,0
Медиана	12,0	14,0
Среднее значение	11,7	14,1
Третий квартиль	14,0	18,0
Максимум	27,0	24,0

*a* Здесь использованы результаты киевского и львовского онлайн-опросов.

Второй важный параметр — это медиана, значение которой в выборке респондентов с психиатрическим диагнозом, с определенной долей условности, можно использовать в качестве границы, указывающей на повышенный уровень психологического дистресса. Соответственно, значение третьего квартиля этой группы может быть принято в качестве границы высокого уровня. Средние значения указанных выборок статистически значимо отличаются ( $t = 3,9$ ;  $df = 57,1$ ;  $p < 0,001$ ). Конечно, здесь следует учесть влияние пола. Так, среднее значение индекса для женщин равно 14,4 ( $n = 38$ ), а для мужчин — 13,3 ( $n = 15$ ). Вместе с тем соответствующие подвыборки достаточно малы (особенно в случае мужчин), что говорит о необходимости сбора дополнительных данных.

Таблица 8

**Суммарное количество ответов “периодически” и “почти всегда”  
в различных группах респондентов, %**

Индикатор	ОР <sup>a</sup> ( $N = 400$ )	РНАР <sup>b</sup> ( $N = 20$ )	НСССР <sup>c</sup> ( $N = 33$ )
Легко возникающая досада или раздражение	52,8	45,0	60,7
То, что Вам трудно сосредоточиться	33,7	45,0	48,5
Подавленное настроение, “хандра”	33,4	<b>65,0</b>	<b>72,7</b>
То, что Ваши чувства легко задеть	43,0	55,0	60,6
Чувство, что большинству людей нельзя доверять	56,8	45,0	51,5
Ощущение напряженности или взвинченности	40,5	50,0	60,6
Ощущение слабости в различных частях тела	29,4	<b>70,0</b>	<b>66,7</b>
Нервозность, когда Вы остались одни	12,0	<b>50,0</b>	33,4
Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке	27,0	35,0	42,4

*a* Группа обычных респондентов.

*b* Респонденты с расстройствами настроения (аффективными расстройствами).

*c* Респонденты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами.

Кроме этого, результаты применения экспресс-теста SCL-9-NR среди респондентов референтной группы могут быть использованы для построения соответствующих профилей ответов. С целью решения этой задачи было рассчитано суммарное количество ответов “периодически” и “почти всегда” по всем индикаторам методики (см. табл. 8). Как видно, наиболее существенные отличия зафиксированы по таким индикаторам, как “подавленное настроение, “хандра” (показатель депрессии) и “ощущение слабости в различных частях тела” (показатель соматизации), в случае обеих групп с психиатрическим диагнозом, а также индикатора “нервозность, когда Вы остались одни” (показатель фобической тревожности) для группы респондентов с расстройствами настроения (аффективными расстройствами). В связи с малыми объемами выборок проверка статистической значимости различий не проводилась, и данные распределения следует рассматривать как предварительные.

### ***Выводы***

Мы считаем, что приведенные результаты свидетельствуют о критериальной валидности теста. Об этом говорят как средние уровни индекса среди различных подгрупп респондентов, так и результаты использования ковариационного анализа. Разумеется, более естественным было бы планирование исследования с опорой не на лечебные центры, а на категории диагнозов. Но для этого не имелось необходимой предварительной информации. На данном этапе, имея необходимую дополнительную информацию, мы планируем сбор информации по трем категориям психиатрических диагнозов: расстройства настроения (аффективные расстройства); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте. Получение дополнительных данных позволит углубить начатый анализ.

Также наши результаты указывают на то, что экспресс-тест SCL-9-NR можно использовать для опроса, по крайней мере, ряда групп пациентов психоневрологических учреждений. При этом, если говорить о пациентах, диагнозы которых относятся к категории шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, то использование методики выглядит мало приемлемым.

Результаты подтвердили и наше предположение о влиянии на ответы эффекта социальной желательности. Вместе с тем мы считаем, что данное влияние имеет допустимый уровень с учетом такой исследовательской темы, как психическое здоровье.

Наконец, полученные данные позволяют обозначить предварительные уровни в результатах SCL-9-NR, указывающие на выраженный и высокий психологический дистресс. Их дальнейшее обоснование предполагает сбор дополнительных данных.

**ПРИЛОЖЕНИЕ****Результаты оценки надежности и факторной валидности для респондентов Черниговской областной психоневрологической больницы**

Оценка надежности методики осуществлена с помощью коэффициента  $\alpha$  Кронбаха. Значения, превышающие 0,7, рассматривались в качестве приемлемых.

Факторная валидность проверена на основании результатов подтверждающего факторного анализа (Confirmatory Factor Analysis — CFA) с использованием метода диагонально взвешенных наименьших квадратов (Diagonally Weighted Least Squares — DWLS). Качество факторных моделей оценено на основании следующих показателей: значение  $\chi^2$ , величина среднеквадратичной погрешности аппроксимации (RMSEA), значений сравнительного индекса соответствия (CFI) и индекса Такера–Левиса (TLI). В качестве приемлемых пороговых значений были приняты: отношение значения  $\chi^2/DF < 5$ ,  $RMSEA < 0,08$  и  $(CFI, TLI) > 0,95$ .

Для статистического анализа был использован *R* (версия 3.2.2, библиотеки “lavaan” для проведения CFA, “ltm” для расчета значений  $\alpha$  Кронбаха).

**Таблица 9****Результаты оценки для выборки в целом, а также для мужчин и женщин отдельно, N = 176**

Показатель	Вся выборка	Мужчины ( $n = 90$ )	Женщины ( $n = 86$ )
$\alpha$ Кронбаха ( $> 0,70$ )	0,831	0,875	0,749
$\chi^2$ (DWLS)	18,730	23,159	12,748
DF (степени свободы)	27	27	27
$\chi^2/DF$	0,7	0,9	0,5
<i>p-value</i>	0,880	0,676	0,991
RMSEA ( $< 0,08$ )	0,000	0,000	0,000
CFI ( $> 0,95$ )	1,000	1,000	1,000
TLI ( $> 0,95$ )	1,008	1,015	1,016

**Таблица 10****Результаты оценки для различных лечебных центров ЧОПНБ, N = 176**

Показатель	ОППР <sup>a</sup>	СЛРП <sup>b</sup>	ЛПРНПКС <sup>c</sup>
$\alpha$ Кронбаха ( $> 0,70$ )	0,805	0,769	0,854
$\chi^2$ (DWLS)	24,092	17,382	19,228
DF (степени свободы)	27	27	27
$\chi^2/DF$	0,9	0,6	0,7
<i>p-value</i>	0,625	0,921	0,862
RMSEA ( $< 0,08$ )	0,000	0,000	0,000
CFI ( $> 0,95$ )	1,000	1,000	1,000
TLI ( $> 0,95$ )	1,011	1,043	1,013

*a* Центр острых психических и поведенческих расстройств ( $n = 61$ );

*b* Центр стационарной лечебно-реабилитационной помощи ( $n = 54$ );

*c* Центр лечения психосоматических расстройств, неврозов, пограничных и кризисных состояний ( $n = 61$ ).

### **Источники**

*Анастаси А.* Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. — СПб.: Питер, 2007. — 688 с.

*Дембицкий С.* Симптоматический опросник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валидизация в Украине / С. Дембицкий, Ю. Серета // Социология: теория, методы, маркетинг. — 2015. — № 4. — С. 40–71.

*Дембицкий С.* Экспресс-тест SCL-9-NR: методика оценки выраженности психологического дистресса для массовых опросов / С. Дембицкий // Социология: теория, методы, маркетинг. — 2016. — № 1. — С. 52–64.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. — К.: Сфера, 2005. — 307 с.

*Мягков А.* Шкала лжи из опросника ММРІ: опыт экспериментальной валидизации / А. Мягков // Социологические исследования. — 2002. — № 7. — С. 117–130.

*Derogatis L.* SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual / L. Derogatis. — Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1994.

*Derogatis L.* The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18 / L. Derogatis, M. Fitzpatrick // The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment / ed. by Mark E. Maruish. — N.J.; L.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004. — Vol. 3: Instruments for Adults. — P. 1–42.

*DeVellis R.* Scale Development: Theory and Applications / R. DeVellis. — Los Angeles; London; New Delhi; Singapore; Washington DC: SAGE, 2012. — 216 p.

*Domino G.* Psychological Testing: An Introduction / G. Domino, M. Domino. — Cambridge; New York; Melbourne; Madrid; Cape Town; Singapore; São Paulo: Cambridge University Press, 2006. — 640 p.

*McMillan H.* Assessment Essentials for Standards-Based Education / McMillan H. — Thousand Oaks: Corwin Press A SAGE Company, 2008. — 168 p.

*Prinz U.* Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders [Electronic resource] / U. Prinz, D. Nutzinger, H. Schulz, F. Petermann, C. Braukhaus, S. Andreas // BMC Psychiatry. — 2013. — Access mode: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/104>.