

ВАЛИДИЗАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ШКАЛЫ СИМПТОМОВ ПТСР

А.А. Золотарева¹, А.П. Сарапульцев², М.В. Сарапульцева³,
Н.Ю. Насретдинова⁴, О.В. Бердюгина², Е.Ю. Гусев²

¹Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва

²ФГБУН «Институт иммунологии и физиологии» Уральского отделения
Российской академии наук, Екатеринбург

³ООО «Витал ЕВВ», Екатеринбург

⁴АНО «Объединение «Стоматология», Екатеринбург

В 1980 году посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было включено в третью редакцию Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Third Edition, DSM-III) [4]. В соответствии с диагностическими критериями ПТСР определяется тремя группами симптомов: (а) повторяющимися переживаниями, связанными с травмирующим событием (флэшбэки, ночные кошмары, тяжелые переживания, вызванные напоминанием о травмирующем событии, и т.д.); (б) избеганием стимулов, напоминающих о травмирующем событии (психогенная амнезия, стремление избегать действия, места и людей, напоминающих о травмирующем событии, и т.д.); и (в) повышенным возбуждением (вспышки гнева, раздражительность, трудности с концентрацией внимания, повышенный уровень настороженности и т.д.).

Пандемия COVID-19 спровоцировала резкий рост посттравматической симптоматики. Прежде всего эта тенденция проявилась у людей, перенесших инфекцию SARS-CoV-2: от 10,4% до 30,2% больных демонстрировали симптомы, соответствующие диагностическим критериям ПТСР по DSM-5 [14, 20]. В общей популяции посттравматическая симптоматика наблюдалась у 13,2% респондентов вне зависимости от непосредственных (контакты с зараженными) и опосредованных (получение информации о пандемии и ее последствиях через средства массовой информации) источников травмы [7].

Неудивительно, что наиболее подверженными развитию ПТСР в период пандемии COVID-19 оказались медицинские работники, столкнувшиеся с повышенным риском заражения. Группа итальянских исследователей под руководством G.d’Ettorre

осуществила систематический обзор 16 исследований, посвященных проблеме посттравматической симптоматике у работников здравоохранения [12]. Они обнаружили, что в зависимости от сроков проведения исследований распространенность посттравматической симптоматики в среде медицинских работников варьировалась от 2,1% до 73,4%, при том что значения верхнего диапазона чаще встречались у работающих в отделениях скорой медицинской помощи и ухаживающих за инфицированными пациентами в стационарных условиях. Позже мета-анализ 65 исследований с участием 97 333 медицинских работников из 21 страны подтвердил чрезвычайно распространенность симптомов ПТСР и необходимость превентивных мер для снижения рисков развития психических и соматических последствий посттравматической симптоматики у работников здравоохранения [16].

Данные исследования указали на важность скрининга и мониторинга симптомов ПТСР у медицинских работников. Одним из наиболее распространенных инструментов для этих целей является шкала самоотчета симптомов ПТСР (PTSD Symptom Scale – Self-Report, PSS-SR), разработанная в 1993 году E.V.Foa и ее коллегами для оценки наличия и тяжести посттравматической симптоматики в соответствии с диагностическими критериями ПТСР, описанными в четвертой редакции Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, DSM-IV) [13]. В серии клинических и психометрических исследований PSS-SR оказалась надежным и валидным инструментом для оценки ПТСР как в общей популяции [15], так и у онкологических пациентов [8], пациентов с первым психотическим эпизодом [18], проходящих лечение от

никотиновой зависимости [9], выживших в дорожно-транспортных происшествиях [10], переживших нападение и сексуальное насилие [17] и т.д.

В настоящее время PSS-SR успешно используется в зарубежной психиатрической практике, соответствуя диагностическим критериям ПТСР в пятой редакции Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Five Edition, DSM-5) [15].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) симптомы ПТСР (F43.1) описываются в разделе «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» [2] и отличаются от таковых в DSM-5.

Целью настоящего исследования является адаптация русскоязычной версии шкалы на выборке медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы

Процедура и выборка. К участию в исследовании были приглашены работники нескольких медицинских учреждений (Екатеринбург, Россия). Критерии включения респондентов в выборку были следующими: (а) работа в медицинском учреждении в период пандемии COVID-19, то есть с 25 марта 2020 года и (б) подписание информированного добровольного согласия на участие в психологическом исследовании. Критерий исключения – пребывание в отпуске (по болезни, по беременности и родам, по уходу за ребенком) до объявления пандемии в России.

Сбор данных проходил в период с сентября по ноябрь 2020 года.

Материалы исследования. Все респонденты заполнили анкету, состоящую из блока социально-демографических вопросов, русскоязычной версии PSS-SR (Приложение) и следующих диагностических инструментов:

Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale, IES-R) М.Горовица в адаптации Н.В.Тарабриной определяет степень выраженности симптомов ПТСР [3]. IES-R содержит 22 тестовых пункта, сгруппированных в три шкалы: «вторжение» (реакция на ПТСР, проявляющаяся в ночных кошмарах, навязчивых мыслях и чувствах), «избегание» (реакция на ПТСР, характеризующая попытки полного или частичного избегания ситуаций, связанных с травмирующими переживаниями) и «возбудимость» (реакция на ПТСР, определяющая психофизиологическое возбуждение и чувства злости и раздражительности).

Шкалы депрессии, тревоги и стресса (Depression, Anxiety, and Stress Scales-21, DASS-21) С.Ловибонда и П.Ловибонда в адаптации А.А.Золотаревой оценивают депрессию, тревогу и стресс как три коморбидных состояния в структуре психологического дистресса [1]. DASS-21 содержит 21 тестовый пункт, сгруппированный в три шкалы: «депрессия»

(характеризуется переживаниями апатии, дисфории и безнадежности), «тревога» (вегетативная реакция и напряжение скелетных мышц при тревожных состояниях) и «стресс» (хроническое неспецифическое возбуждение, провоцирующее раздражительность и трудности с расслаблением).

Методы статистического анализа. Анализ данных был осуществлен с помощью нескольких статистических процедур, выполненных в пакетах SPSS 27.0 и AMOS 27.0.

Настоящее исследование стало частью двух проектов, направленных на оценку клинической картины больных новой коронавирусной инфекцией и здоровых сотрудников стоматологических и общемедицинских организаций. Проведение этих исследований было одобрено этической комиссией ФГБУН «Институт иммунологии и физиологии» Уральского отделения Российской академии наук (проекты С-20-04-2020 и 01-05-Cov-2020), а также согласовано с генеральным директором медицинской фирмы «Витал ЕВВ» и главным врачом ДКБ 9 (Екатеринбург).

Результаты

Характеристика выборки. Всего в исследовании приняли участие 173 медицинских работника в возрасте от 21 до 71 года ($M=40$, $SD=11,1$), в том числе 57 (32,9%) врачей, 61 (35,3%) медсестра и 55 (31,8%) респондентов из числа вспомогательного персонала. Подробная характеристика выборки исследования представлена в табл. 1.

Описательная статистика и надежность. Для всех пунктов русскоязычной версии PSS-SR были рассчитаны показатели средних значений, стандартных отклонений, пункт-шкала корреляции (корреляции между пунктом и общим показателем по шкале при исключении данного пункта), а также коэффициенты α -Кронбаха для общего показателя по шкале при исключении отдельных пунктов. Так,

Таблица 1

Основные характеристики участников исследования

| Характеристика | M (SD) или n (%) |
|--|------------------|
| Пол, женщины, n (%) | 138 (79,8) |
| Возраст, M (SD) | 40 (11,1) |
| Должность | |
| Врач, n (%) | 57 (32,9) |
| Медицинская сестра, n (%) | 61 (35,3) |
| Вспомогательный персонал, n (%) | 55 (31,8) |
| PSS-SR, повторное переживание, M (SD) | 1,57 (2,06) |
| PSS-SR, избегание, M (SD) | 2,69(2,92) |
| PSS-SR, повышенное возбуждение, M (SD) | 2,44(2,59) |
| PSS-SR, общий показатель, M (SD) | 6,70(6,62) |
| IES-R, вторжение, M (SD) | 2,20 (3,17) |
| IES-R, избегание, M (SD) | 2,84 (3,77) |
| IES-R, возбудимость, M (SD) | 2,02 (3,05) |
| IES-R, общий показатель, M (SD) | 7,07 (9,28) |
| DASS-21, депрессия, M (SD) | 2,46 (2,69) |
| DASS-21, тревога, M (SD) | 2,31 (2,77) |
| DASS-21, стресс, M (SD) | 3,72 (3,65) |
| DASS-21, общий показатель, M (SD) | 8,49 (8,28) |

Примечания: M – среднее; SD – стандартное отклонение; n – количество респондентов; % – процент респондентов от общей выборки.

пункт-шкала корреляции варьировали для разных пунктов от 0,39 до 0,71. Коэффициенты α -Кронбаха составили значения 0,81, 0,78 и 0,78 для шкал повторного переживания, избегания и повышенного возбуждения, а также 0,90 для общего показателя посттравматической симптоматики. При исключении отдельных пунктов из шкалы коэффициенты α -Кронбаха не превышали значение 0,90 (табл. 2).

Таблица 2

Описательная статистика для пунктов русскоязычной версии PSS-SR

| Пункт PSS-SR | M | SD | r | α |
|--------------|------|------|------|----------|
| пункт 01 | 0,42 | 0,60 | 0,58 | 0,89 |
| пункт 02 | 0,25 | 0,48 | 0,55 | 0,89 |
| пункт 03 | 0,19 | 0,44 | 0,59 | 0,89 |
| пункт 04 | 0,43 | 0,64 | 0,68 | 0,89 |
| пункт 05 | 0,25 | 0,51 | 0,58 | 0,89 |
| пункт 06 | 0,38 | 0,65 | 0,65 | 0,89 |
| пункт 07 | 0,31 | 0,62 | 0,54 | 0,89 |
| пункт 08 | 0,22 | 0,52 | 0,54 | 0,89 |
| пункт 09 | 0,35 | 0,55 | 0,53 | 0,89 |
| пункт 10 | 0,32 | 0,58 | 0,58 | 0,89 |
| пункт 11 | 0,23 | 0,56 | 0,39 | 0,90 |
| пункт 12 | 0,45 | 0,62 | 0,50 | 0,89 |
| пункт 13 | 0,60 | 0,71 | 0,40 | 0,90 |
| пункт 14 | 0,62 | 0,73 | 0,69 | 0,89 |
| пункт 15 | 0,56 | 0,67 | 0,71 | 0,89 |
| пункт 16 | 0,48 | 0,68 | 0,40 | 0,90 |
| пункт 17 | 0,43 | 0,70 | 0,59 | 0,89 |

Примечания: M – среднее; SD – стандартное отклонение; r – коэффициент корреляции r-Пирсона между пунктом и общий показателем по шкале при исключении данного пункта; α – коэффициент α -Кронбаха для общего показателя по шкале при исключении отдельных пунктов.

Факторная структура. Для оценки факторной структуры русскоязычной версии PSS-SR были проверены три модели: однофакторная модель, в которой все пункты шкалы входили в единый фактор симптомов ПТСР, трехфакторная модель, в которой все пункты шкалы были разделены по шкалам повторного переживания, избегания и повышенного возбуждения в соответствии с ключами к оригинальной версии PSS-SR, а также бифакторная структура, предполагающая выделение как общего, так и специфических факторов посттравматической симптоматики.

Однофакторная модель показала неудовлетворительное соответствие данным (Satorra-Bentler χ^2 (119)=332,522, $p<0,001$, CFI=0,809, TLI=0,782, RMSEA=0,102 [0,089; 0,115]). Такое же сомнительное соответствие данным продемонстрировала трехфакторная модель (Satorra-Bentler χ^2 (116)=276,197, $p<0,001$, CFI=0,857, TLI=0,832, RMSEA=0,090 [0,076; 0,103]). Наконец, наилучшее соответствие данным обнаружила бифакторная модель (Satorra-Bentler χ^2 (102)=208,181, $p<0,001$, CFI=0,905, TLI=0,874, RMSEA=0,078 [0,063; 0,093]). Факторные нагрузки пунктов бифакторной модели русскоязычной версии PSS-SR представлены на рисунке.

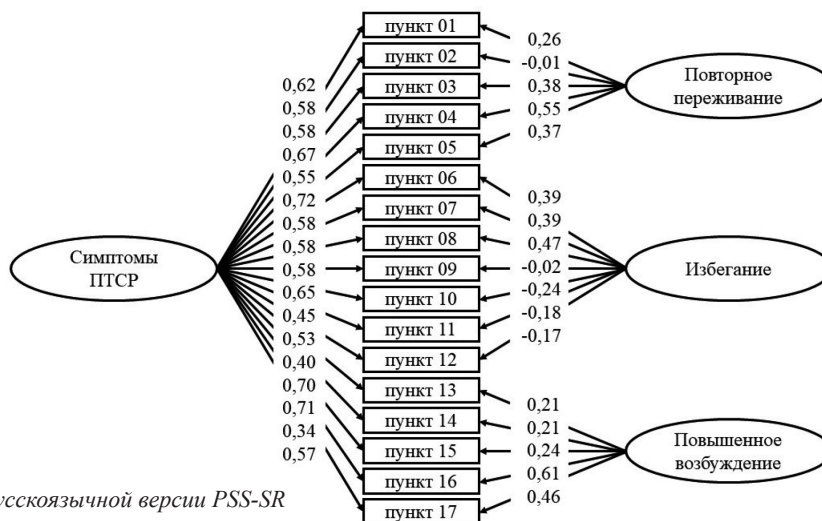
Конвергентная валидность. В табл. 3 представлена корреляционная матрица, характеризующая позитивные связи между показателями по шкалам PSS-SR, IES-R и DASS-21. При этом одними из самых высоких оказались корреляционные связи между корреспондирующими шкалами, а именно повторным переживанием из PSS-SR и вторжением из IES-R, избеганием из PSS-SE и избеганием из IES-R, повышенным возбуждением из PSS-SE и возбудимостью из IES-R, а также между показателями посттравматической симптоматики из PSS-SR и психологического дистресса из DASS-21.

Таблица 3

Корреляционные связи между показателями по шкалам PSS-SR, IES-R и DASS-21

| Показатели PSS-SR | Повторное переживание | Избегание | Повышенное возбуждение | Общий показатель |
|---------------------------|-----------------------|-----------|------------------------|------------------|
| IES-R, вторжение | 0,62* | 0,60* | 0,65* | 0,71* |
| IES-R, избегание | 0,62* | 0,64* | 0,61* | 0,71* |
| IES-R, возбудимость | 0,52* | 0,56* | 0,70* | 0,69* |
| IES-R, общий показатель | 0,64* | 0,65* | 0,70* | 0,76* |
| DASS-21, депрессия | 0,58* | 0,58* | 0,61* | 0,68* |
| DASS-21, тревога | 0,57* | 0,51* | 0,52* | 0,61* |
| DASS-21, стресс | 0,54* | 0,51* | 0,67* | 0,66* |
| DASS-21, общий показатель | 0,62* | 0,58* | 0,67* | 0,71* |

Примечания: * – $p<0,001$.



Факторная структура русскоязычной версии PSS-SR

Обсуждение

Основным итогом настоящего исследования стал вывод о том, что русскоязычная версия PSS-SR является надежным и валидным инструментом для оценки посттравматической симптоматики. Коэффициенты α -Кронбаха для всех шкал и общего показателя по PSS-SR превышали значение 0,70, определенное как приемлемое для внутренней надежности диагностического инструмента [19]. В пользу конвергентной валидности русскоязычной версии шкалы выступили корреляционные связи между показателями по PSS-SR, IES-R и DASS-21, которые во всех случаях превышали значение 0,50, характеризующее большой размер эффекта в психологических исследованиях [11]. Кроме того, психометрические свойства русскоязычной версии PSS-SR оказались идентичными психометрическим свойствам оригинальной версии шкалы [9, 10, 13].

По результатам подтверждающего факторного анализа также была подтверждена бифакторная структура шкалы, оценивающая как общий показатель посттравматической симптоматики, так и три основных комплекса симптомов ПТСР в соответствии с четвертой редакцией Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition, DSM-IV). Бифакторное решение продемонстрировало приемлемое соответствие данным с учетом так называемых «мягких» критериев для значений сравнительного индекса соответствия (comparative fit index, CFI), индекса Тьюкера-Льюиса (Tucker Lewis Index, TLI) и квадратного корня среднеквадратической ошибки аппроксимации (root mean square error of approximation, RMSEA) [6].

Настоящее исследование имеет несколько ограничений. Первое ограничение касается того, что валидность русскоязычной версии PSS-SR была проверена только с использованием самоотчетных диагностических инструментов, хотя «золотым стандартом» для валидации клинических шкал, оценивающих симптомы ПТСР, является оценка конкурентной и инкрементной валидности [5]. Второе ограничение заключается в кросс-секционном характере исследования, не позволяющем делать выводы ни о причинно-следственных связях, ни о траекториях развития посттравматической симптоматики. Наконец, третье ограничение выражается в небольшом размере выборки исследования, что затрудняет возможности генерализации психометрических свойств адаптированной шкалы на более широкие категории русскоязычных респондентов [21].

Заключение

Русскоязычная версия PSS-PR была успешно адаптирована на выборке медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в период пандемии COVID-19. Несмотря на необходимость дальнейших психометрических испытаний, связанных с расширением методов и материалов для валидации адаптированной шкалы, PSS-SR может быть рекомендована в качестве инструмента и скрининга симптомов ПТСР у русскоязычных респондентов.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Государственным фондом естественных наук Китая в рамках научного проекта № 20-515-55003.

ЛИТЕРАТУРА

1. Золотарева А.А. Систематический обзор психометрических свойств шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2020. № 2. С. 26–37.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10/УСД-10: Клинич. описания и указания по диагностике ВОЗ/Пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1980.
5. Arbis P.A., Erbes C.R., Polusny M.A., Nelson N.W. The concurrent and incremental validity of the trauma symptom inventory in women reporting histories of sexual maltreatment // *Assessment*. 2010. Vol. 17. N 3. P. 406–418.
6. Bentler P.M. Comparative fit indexes in structural models // *Psychological Bulletin*. 1990. Vol. 107. N 2. P. 238–246.
7. Bridgland V.M.E., Moeck E.K., Green D.M., Swain T.L., Nayda D.M., Matson L.A., Hutchison N.P., Takarangi M.K.T. Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor // *PLoS ONE*. 2021. Vol. 16. N 1. e0240146.
8. Chu Q., Wu I.H.C., Tang M., Tsoh J., Lu Q. Temporal relationship of posttraumatic stress disorder symptom clusters during and after an expressive writing intervention for Chinese American breast cancer survivors // *J. Psychosom. Res.* 2020. Vol. 135. e110142.
9. Coffey S.F., Dansky B.S., Falsetti S.A., Saladin M.E., Brady K.T. Screening for PTSD in a substance abuse sample: psychometric properties of a modified version of the PTSD Symptom Scale Self-Report. Posttraumatic stress disorder // *J. Traumatic Stress*. 1998. Vol. 11. N 2. P. 393–399.
10. Coffey S., Gudmundsdottir B., Beck J.G., Palyo S.A., Miller L. Screening for PTSD in motor vehicle accident survivors using the PSS-SR and IES // *J. Traumatic Stress*. 2006. Vol. 19. N 1. P. 119–128.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
12. d’Ettorre G., Ceccarelli G., Santinelli L., Vassalini P., Innocenti G.P., Alessandri F., Koukopoulos A.E., Russo A., d’Ettorre G., Tarsitani L. Post-traumatic stress symptoms in healthcare workers dealing with the COVID-19 pandemic: a systematic review // *Int. J. Environmental Res. Public Health*. 2021. Vol. 18. N 2. P. 601.
13. Foa E.B., Riggs D.S., Dancu C.V., Rothbaum B.O. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder // *J. Traumatic Stress*. 1993. Vol. 6. P. 459–473.
14. Janiri D., Carfi A., Kotzalidis G.D., Bernabei R., Landi F., Sani G. Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection // *JAMA Psychiatry*. 2021. Vol. 78. N 5. P. 567–569.
15. Kagee A., Bantjes J., Saal W., Sefatsa M. Utility of the Posttraumatic Stress Scale-Self-report version in screening for posttraumatic stress disorder among persons seeking HIV testing // *South African J. Psychol.* 2019. Vol. 49. N 1. P. 136–147.
16. Li Y., Scherer N., Felix L., Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the

- COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis // PLoS ONE. 2021. Vol. 16. N 3. e0246454.
17. Shin K.M., Kim Y., Chung Y.K., Chang H.Y. Assault-related factors and trauma-related cognitions associated with post-traumatic stress symptoms in high-distress and low-distress Korean female victims of sexual assault // J. Korean Med. Sci. 2020. Vol. 35. N 19. e144.
18. Sin G.L., Abdin E., Lee J. The PSS-SR as a screening tool for PTSD in first-episode psychosis patients // Early Intervention Psychiatry. 2012. Vol. 6. P. 191–194.
19. Taber K.S. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education // Res.Sci.Education. 2018. Vol. 48. P. 1273–1296.
20. Tarsitani L., Vassalini P., Koukopoulos A., Borrazzo C., Alessi F., Di Nicolantonio C., Serra R., Alessandri F., Ceccarelli G., Mastroianni C.M., d'Ettore G. Post-traumatic stress disorder among COVID-19 survivors at 3-month follow-up after hospital discharge // J. Gen. Int. Med. 2021. Vol. 36. P. 1702–1707.
21. Tipton E., Hallberg K., Hedges L.V., Chan W. Implications of small samples for generalization: adjustments and rules of thumb // Evaluation Rev. 2017. Vol. 41. N 5. P. 472–505.

Приложение

Русскоязычная версия шкалы посттравматической симптоматики (PSS-SR)

Инструкция. Перед Вами список проблем, которые иногда возникают у людей после того или иного травматического события. Пожалуйста, оцените, насколько часто эти проблемы беспокоили Вас в течение прошедших двух недель, ориентируясь на следующую шкалу: 0 – «совсем не беспокоили», 1 – «один раз в неделю или меньше/редко/однажды», 2 – «от 2 до 4 раз в неделю/иногда/половину времени», 3 – «от 3 до 5 раз в неделю/очень часто/почти всегда».

| | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | Испытывали тревожные мысли или образы о травмирующем событии, которые приходили Вам в голову, когда Вы этого не хотели. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Видели плохие сны или кошмары о травмирующем событии. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Вновь переживали травмирующее событие (будто бы оно происходило снова и снова). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Испытывали эмоциональную подавленность, когда Вам напоминали о травмирующем событии. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Испытывали физические реакции при напоминании о травмирующем событии (потливость, учащенное сердцебиение). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Старались не думать и не говорить о травмирующем событии. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Старались избегать действий или людей, которые напоминали Вам о травмирующем событии. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Были не способны вспомнить важные детали травмирующего события. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Проявляли гораздо меньший интерес к делам или гораздо реже участвовали в важных мероприятиях. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Чувствовали себя далеким или «отрезанным» от окружающих Вас людей. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Переживали эмоциональное оцепенение (неспособность плакать или испытывать чувство любви). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Ощущали, что Ваши будущие надежды или планы не сбудутся. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Испытывали проблемы со сном или засыпанием. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Испытывали чувство раздражительности или приступы гнева. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Испытывали проблемы с концентрацией внимания. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Были чрезмерно бдительны. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Были нервны или слишком легко пугались. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Ключи и интерпретация. Для получения показателя по шкале повторного переживания необходимо суммировать баллы по пунктам № 1–5, по шкале избегания – по пунктам № 6–12 и по шкале повышенного возбуждения – по пунктам № 13–17. Общий показатель посттравматической симптоматики рассчитывается путем сложения баллов по шкалам повторного переживания, избегания и повышенного возбуждения. Симптомы ПТСР считаются клинически значимыми, если общий показатель по PSS-SR ≥ 14 [9].

ВАЛИДИЗАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ШКАЛЫ СИМПТОМОВ ПТСР

**А.А. Золотарева, А.П. Сарапульцев, М.В. Сарапульцева,
Н.Ю. Насретдинова, О.В. Бердюгина, Е.Ю. Гусев**

Цель исследования: адаптировать русскоязычную версию самоотчетной шкалы симптомов ПТСР (PTSD Symptom Scale – Self-Report, PSS-SR) на выборке медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 173 медицинских работника из нескольких медицинских учреждений (Екатеринбург, Россия). Участники исследования заполнили русскоязычную версию PSS-SR, а также шкалу оценки травматического влияния (Impact of Event Scale, IES-R) и шкалу депрессии, тревоги и стресса (Depression, Anxiety, and Stress Scales-21, DASS-21).

Результаты. Конфирматорный факторный анализ показал, что русскоязычная версия PSS-SR имеет бифакторную структуру,

оценивающую как общий показатель посттравматической симптоматики, так и три основных комплекса симптомов ПТСР в соответствии с DSM-IV. В пользу внутренней надежности шкалы свидетельствовали приемлемые показатели коэффициентов α -Кронбаха для шкал повторного переживания ($\alpha=0,81$), избегания ($\alpha=0,78$) и повышенного возбуждения ($\alpha=0,78$), а также общего показателя по шкале ($\alpha=0,90$). Позитивные корреляционные связи между показателями по PSS-SR, IES-R и DASS-21 подтвердили конвергентную валидность шкалы.

Заключение. Русскоязычная версия PSS-SR является надежным и валидным инструментом для оценки симптомов ПТСР.

Ключевые слова: PSS-SR, ПТСР, факторная структура, внутренняя надежность, конвергентная валидность.

VALIDATION OF THE RUSSIAN VERSION OF THE PTSD SYMPTOM SCALE

A.A. Zolotareva, A.P. Sarapultsev, M.V. Sarapultseva, N.Yu. Nasretdinova, O.V. Berdugina, E.U. Gusev

Objective. This study was aimed to adapt the Russian version of the PTSD Symptom Scale – Self-Report (PSS-SR) on a sample of healthcare workers providing medical care during the COVID-19 pandemic.

Material and method. The sample consisted of 177 healthcare workers from several medical organizations (Ekaterinburg, Russia). Participants completed the Russian versions of the PSS-SR, Impact of Event Scale (IES-R), and Depression, Anxiety, and Stress Scales-21 (DASS-21).

Results. Confirmatory factor analysis revealed a bifactor structure of the Russian version of the PSS-SR, evaluating both the posttraumatic symptomatology total score and three main groups of PTSD symptoms in

accordance with the DSM-IV. The internal reliability of the measure was supported by the acceptable values of the α -Cronbach's coefficients for the re-experiencing ($\alpha = 0.81$), avoidance ($\alpha = 0.78$), increased arousal ($\alpha = 0.78$) scales, and the PTSD total score ($\alpha = 0.90$). Positive correlations between the PSS-SR, IES-R, and DASS-21 scores confirmed the convergent validity of the measure.

Conclusion. The Russian version of the PSS-SR is a reliable and valid instrument assessing the PTSD symptoms.

Key words: PSS-SR, PTSD, factor structure, internal validity, convergent validity.

Золотарева Алена Анатольевна – кандидат психологических наук, старший преподаватель департамента психологии, старший научный сотрудник международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»; e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Сарапульцев Алексей Петрович – доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории иммунопатофизиологии ФГБУН «Институт иммунологии и физиологии» Уральского отделения Российской академии наук; e-mail: a.sarapultsev@gmail.com

Сарапульцева Мария Витальевна – кандидат медицинских наук, заместитель генерального директора по медицинской части ООО «Витал ЕВВ»; e-mail: m.sarapultseva@gmail.com

Насретдинова Наталья Юрьевна – врач-ортодонт, заведующий отделением ортодонтии, АНО «Объединение «Стоматология» (Екатеринбург); e-mail: nataweb@mail.ru

Бердугина Ольга Викторовна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории иммунологии воспаления ФГБУН «Институт иммунологии и физиологии» Уральского отделения Российской академии наук; e-mail: berolga73@rambler.ru

Гусев Евгений Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией иммунологии воспаления ФГБУН «Институт иммунологии и физиологии» Уральского отделения Российской академии наук; e-mail: gusev36@mail.ru

КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ

Редакция обращает внимание читателей, что набор симптомов, оцениваемых шкалой симптомов ПТСР (PTSD Symptom Scale – Self-Report), недостаточен для диагностики ПТСР по МКБ-10. В частности, для диагностики ПТСР по МКБ-10 отставленная и/или затяжная реакция должна возникать исключительно на стрессовое событие или ситуацию угрожающего или катастрофического характера, которые могут вызвать обций дистресс практически у любого человека. В качестве примера таких событий приводятся природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, пострадавшие от пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления. В анализируемой авторами данной публикации шкале тяжесть травмирующего события не учитывается.

Кроме того необходимо отметить, что для диагностики ПТСР по МКБ-10 важен временной фактор: как правило, симптоматика развивается не позднее, чем через 6 месяцев после травмирующего

события, что также не учитывается при использовании данной шкалы.

Обращает на себя внимание, что среди авторов статьи нет врачей-психиатров. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 №3185-1 определяет, что право установления диагноза психического расстройства имеет исключительно врач-психиатр или комиссия врачей-психиатров, а заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер (ст.20).

Тем не менее редакция журнала посчитала возможным опубликовать данную работу, учитывая потенциальную полезность использования шкалы симптомов ПТСР (PTSD Symptom Scale – Self-Report) в качестве скринингового инструмента, позволяющего осуществлять предварительную оценку состояния обследуемых лиц, и при выявлении отклонений от нормативных значений направлять их для более углубленного обследования к специалистам психиатрам.