

СПЕЦИФИКА ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИКЕ

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Опросник невротических расстройств (ОНР) – клиническая тестовая методика, созданная Н.Д. Hansgen в 1982 г. в Германии, является русским вариантом опросника BVNK-300, адаптированного, рестандартизованного и апробированного к.п.н. Г.Х. Бакировой в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева под руководством профессора Б.Д. Карвасарского [1]. Изначально этот опросник был разработан как вспомогательное средство для диагностики неврозов, дифференциации невротических нарушений и использования получаемых данных в качестве критерия эффективности лечения пациентов. BVNK-300 направлен на выявление актуального психического состояния, субъективных проявлений невротических и неврозоподобных нарушений в соматической и психической сферах. Он позволяет охарактеризовать структуру этих расстройств, а также выявить особенности личности, потенциально значимые для генеза невроза и психосоматических заболеваний [2].

Цель исследования: изучить область применения опросника невротических расстройств в клинике и особенности его интерпретации.

Материал и методы. Применялись следующие методы:

- опросник невротических и неврозоподобных расстройств;
- обзор отечественной и зарубежной литературы по данному вопросу.

Результаты. «Опросник невротических расстройств» (ОНР) содержит 300 пунктов – утверждений, с которыми испытуемый должен выразить степень своего согласия или несогласия по 6-балльной шкале. Эти утверждения образуют 30 шкал (15 клинических шкал, 7 личностных, 6 специальных шкал, отражающих явления наркомании, алкоголизма, табакокурения и отдельные психопатологические нарушения, а также 2 контрольные шкалы). Клинические шкалы отражают жалобы пациента в соматической и психической сферах. Личностные шкалы характеризуют полярные личностные свойства, патогенетически значимые для развития невроза и отражающие невротические изменения личности. Специальные шкалы выявляют некоторые патологические состояния и пристрастия испытуемого. Контрольные шкалы выявляют отношение испытуемого к процессу исследования [3]. На основании оценок клинических шкал могут быть выявлены и описаны симптомокомплексы невротических и неврозоподобных нарушений в психической и соматической сферах,

произведена сравнительная оценка их выраженности. В процессе использования методики целесообразно обращаться не только к шкальным оценкам, но и к конкретным ответам испытуемого на утверждения, входящие в шкалу. Такой же подход рекомендуется применять и при интерпретации личностных шкал.

Таким образом, ОНР является универсальным психодиагностическим инструментом, позволяющим одновременно оценивать как невротический профиль актуального состояния, так и невротичность личности в целом [4].

Для клинических, специальных и контрольных шкал суммарный «сырой» балл равен сумме всех баллов пунктов шкалы, то есть все значения учитываются с одним знаком. Личностные шкалы содержат пункты, интерпретируемые как в прямых, так и в обратных значениях. «Сырые» баллы по клиническим и личностным шкалам могут быть переведены в Т-баллы, что обеспечивает сравнение с нормативной популяционной выборкой. «Сырые» оценки вычисляются для всех 30 шкал опросника с использованием «ключей». Для получения «сырых» оценок по личностным шкалам необходимо суммировать баллы ответов испытуемого на утверждения, относящиеся к полюсу шкалы, соответствующему ее названию, и вычесть баллы ответов на утверждения, относящиеся к противоположному полюсу шкалы. Полученный результат представляет собой «сырую» шкальную оценку (R) для всех личностных шкал, кроме шкалы 17 («Познавательная и социальная пассивность»). Для вычисления «сырой» оценки по этой шкале необходимо полученный результат вычесть из 119.

Модификация анализа данных опросника BVNK-300 позволяет обеспечить сопоставимость результатов тестирования по отдельным шкалам и со средненормативными данными. С этой целью предусматривается преобразование «сырых» шкальных оценок (R) в стандартизованные оценки (T).

В качестве нормативных использованы статистические данные Г.Х. Бакировой (1983), полученные при исследовании 120 здоровых испытуемых. В стандартизованной системе оценок средняя величина Т-оценки для любой шкалы опросника в нормативной группе равна 50 при стандартном отклонении, равном 10. Шкальные оценки (R и T) клинических и личностных шкал отдельного испытуемого представляются в виде таблицы и графически в виде «профиля» на специальном бланке.[5]

При анализе результатов тестирования по специальным шкалам «сырая» шкальная оценка R используется преимущественно при групповых сопоставлениях путем получения ее средней величины в исследуемых группах испытуемых. При интерпретации данных отдельного испытуемого по этим шкалам, учитывая отсутствие нормативных данных, полученную испытуемым «сырую» шкальную оценку R следует сопоставлять с пороговым значением. Диагностически значимыми

являются R-оценки, превосходящие пороговое значение.

Более информативные психодиагностические результаты могут быть получены при анализе ответов испытуемого на каждый пункт, входящий в шкалу. При этом наличие даже одного ответа в шкале на 3 («Незначительно соответствует») и более баллов указывает на возможность соответствующего психического отклонения или патологической зависимости и требует дополнительного клинического и клинико-психологического исследования.

Контрольные шкалы позволяют выявить склонность испытуемого в момент исследования к симулятивным или диссимулятивным ответам. Склонность к симуляции констатируется при превышении «сырой» шкальной оценки R порогового значения, равного 27. Склонность к диссимуляции – при превышении порогового значения, равного 40.

Выводы:

1. Описанный выше статистический анализ и представление данных ОНР аналогичны анализу, проводимому при использовании широко известного опросника ММРІ (при этом «профиль» ОНР повернут на 90 градусов).

2. Интерпретация данных тестирования проводится на основании анализа совокупности шкальных оценок, сопоставления их между собой и с нормативными данными.

3. На основании оценок клинических шкал могут быть выявлены и описаны симптомокомплексы невротических и невротоподобных нарушений в психической и соматической сферах, произведена сравнительная оценка их выраженности.

4. В процессе использования методики целесообразно обращаться не только к шкальным оценкам, но и к конкретным ответам испытуемого на утверждения, входящие в шкалу.

5. Такое сочетание количественного и содержательного подходов к анализу данных целесообразно использовать и при интерпретации личностных шкал.

6. При рассмотрении результатов исследования для блока личностных шкал анализируется «профиль» шкальных оценок с учетом его высоты, конфигурации, соотношения отдельных шкал.

Литература:

1. Батулин, Н.А. Компендиум психодиагностических методик России (1997-2007 гг.): описание и первичный анализ / Н.А. Батулин, А.В. Пичугова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2008. – Вып. 1. – № 31(131). – С. 63-68.

2. Психологическая диагностика: научно-методический и практический журнал / под ред. М.К. Акимовой – М.: ООО «Исследовательская группа “Социальные науки”». – 2007. – № 2. – 136 с.

3. Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences / Managing Editor Christian Geiser. – Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers. – 2007. – V. 3, № 4. – 176 p.

4. Opq 32: Technical Manual – Criterion-related Validity. – London. SHL Group Limited, 2008. – 60 p.