

Научная статья / Research Article  
<https://doi.org/10.11621/TEP-26-07>  
УДК/UDC 159.9.075

## Сензитивность и специфичность шкал оценки тревоги и депрессии у пациентов с депрессивным синдромом при аффективных расстройствах и шизофрении

А.М. Рикель<sup>1</sup>✉, Е.П. Лачина<sup>1</sup>, Е.И. Рассказова<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup>Научный центр психического здоровья, Москва, Российская Федерация

✉ [a.m.rikel@gmail.com](mailto:a.m.rikel@gmail.com)

### Резюме

**Актуальность.** Скрининговая диагностика риска депрессии в норме и при различных психических заболеваниях, осуществляемая с целью своевременного обращения за специализированной помощью, требует разработки критических значений показателей соответствующих шкал, в частности, расчета их сензитивности и специфичности.

**Цель.** Целью исследования выступило уточнение критических значений по шкалам оценки тревоги, депрессии и качества жизни у пациентов с аффективными расстройствами и шизофренией.

**Выборка.** В исследовании приняли участие 277 человек, из них 162 взрослых респондента без психических заболеваний (контрольная группа), 47 пациентов с аффективными расстройствами и депрессивным синдромом, 68 пациентов с шизофренией.

**Методы.** Для сбора данных использовалась батарея стандартизированных методик: шкалы тревоги и депрессии А. Бека (BAI, BDI-II), шкала депрессии эпидемиологического центра (CESD-R-20), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90R), шкалы удовлетворенности жизнью, позитивных и негативных переживаний Э. Динера (SWLS, SPNE), опросник качества жизни и удовлетворенности Д. Стеванович (Q-Les-Q SF). Методы обработки данных включали описательную статистику, ROC-анализ, расчет сензитивности и специфичности, оценку надежности-согласованности, методы сравнения групп, корреляционный анализ.

**Результаты.** В ходе оценки дифференциальных способностей шкал оценки тревоги и депрессии при сравнении пациентов с депрессивным синдромом при аффективных расстройствах и респондентов контрольной группы площадь под кривой при ROC-анализе составляла 0,79–0,87. Максимальные показатели были характерны для шкалы депрессии А. Бека, шкалы депрессии эпидемиологического центра и субшкалы депрессивности из опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90R. Выделенные из всех методик



исследования 18 пунктов образуют шкалу, которая позволяет различать пациентов с депрессивным синдромом при шизофрении и при аффективных расстройствах (альфа Кронбаха 0,91 — при аффективных расстройствах и 0,93 — при шизофрении). При граничном значении в 1,59 балла сензитивность разделения клинических групп составляет 72,3%, а специфичность — 78,1%. Содержательный анализ пунктов указывает, что для пациентов с аффективными расстройствами в большей степени характерны негативные навязчивые мысли, критика и неприятие себя, соматические жалобы и трудности с концентрацией внимания.

**Выводы.** Клинической границей по шкале депрессии А. Бека следует считать показатель 13 баллов для легкой депрессии, в 19 баллов — для средней депрессии. Клинической границей по шкале депрессии эпидемиологического центра следует считать 17 баллов для легкой депрессии, 28 баллов — для выраженной депрессии.

**Ключевые слова:** психодиагностика, сензитивность, специфичность, депрессия, аффективные расстройства, депрессивный синдром, шизофрения

**Финансирование.** Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ), проект № 24-28-01005, тема проекта «Оценка специфичности жалоб на аффективные симптомы у пациентов с различными психическими расстройствами».

**Благодарности.** Авторы благодарны за помощь в организации и проведении исследования зав. общепсихиатрическим отделением № 4 Евгении Викторовне Крюковой, медицинскому психологу отделения Моисеевой Татьяне Валентиновне.

**Для цитирования:** Рикель, А.М., Лачинина, Е.П., Рассказова, Е.И. (2026). Сензитивность и специфичность шкал оценки тревоги и депрессии у пациентов с депрессивным синдромом при аффективных расстройствах и шизофрении. *Теоретическая и экспериментальная психология*, 19(1), 114–134. <https://doi.org/10.11621/TEP-26-07>

## Sensitivity and Specificity of Anxiety and Depression Scales in Patients with Depressive Syndrome in Affective Disorders and Schizophrenia

Aleksandr M. Rikel<sup>1</sup>✉, Ekaterina P. Lachinina<sup>1</sup>, Elena I. Rasskazova<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup>Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

✉ a.m.rikel@gmail.com

### Abstract

**Background.** Screening diagnostics of the risk of depression in healthy controls and various mental illnesses for the purpose of timely seeking specialized help requires the elaboration of critical values of indicators as well as calculation of sensitivity and specificity.

**Objectives.** The study had its purpose to reveal the critical values of the scales for assessing anxiety, depression, and quality of life in patients with affective disorders and schizophrenia.

**Study Participants.** 277 individuals participated in the study, including 162 adults without mental illness (control group), 47 patients with affective disorders and depressive syndrome, and 68 patients with schizophrenia.

**Methods.** For data collecting the following standardized methods were used: The Beck Anxiety and Depression Inventories BAI and BDI-II (Beck et al., 1988; Beck et al., 1996), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff, 1977), SCL-90R (Derogatis, 1983), the Satisfaction With Life Scale, the Scale for Positive and Negative Experiences (Diener et al., 1985; Diener, 2010), the Quality of Life and Satisfaction Questionnaire (Stevanovic, 2011). Data processing methods included descriptive statistics, ROC analysis, calculation of sensitivity and specificity, assessment of reliability and consistency, methods for comparing groups, and correlation analysis.

**Results.** When assessing the differential abilities of anxiety and depression scales, while comparing patients with depressive syndrome in affective disorders and respondents in the control group, the area under the curve in the ROC analysis was significant and amounted to 0.79–0.87. The maximum values were found for the Beck Depression Inventory, Center for Epidemiological Studies Depression Scale, and the depression subscale of the SCL-90R. The depression subscale of the SCL-90R questionnaire is only slightly inferior in psychodiagnostic capabilities to the Beck Depression Inventory and Center for Epidemiological Studies Depression Scale; however, its cutoff values can be recommended at 11 points and 23 points. The 18 items selected from all the inventories implemented in the study form a scale that allows to distinguish between patients with depressive syndrome in schizophrenia and in affective disorders (Cronbach's alpha 0.91 for affective disorders and 0.93 — for schizophrenia). At a cutoff value of 1.59 points, the sensitivity for distinguishing patients with affective disorders and schizophrenia is 72.3%, and the specificity is 78.1%. A content analysis of the items indicates that patients with affective disorders are more likely to report negative obsessive thoughts, criticism and self-rejection, somatic complaints, and difficulty concentrating.

**Conclusions.** The clinical cutoff for mild depression on the Beck Depression Inventory is 13 points, and for moderate depression — 19 points. The clinical cutoff point for mild depression on the Center for Epidemiological Studies Depression Scale is 17 points, and for moderate depression — 28 points.

**Keywords:** psychodiagnostics, sensitivity, specificity, depression, affective disorders, depressive syndrome, schizophrenia.

**Funding.** The study has been supported by the Russian Science Foundation (RSF), project No. 24-28-01005, title of the project “Assessing the specificity of complaints of affective symptoms in patients with various mental disorders”.

**Acknowledgments.** The authors are grateful to Evgenia V. Kryukova, Head of General Psychiatry Department No. 4, and Tatyana V. Moiseeva, the Department's clinical psychologist, for their assistance in organizing and conducting the study.

**For citation:** Rikel, A.M., Lachinina, E.P., Rasskazova, E.I. (2026). Sensitivity and specificity of anxiety and depression scales in patients with depressive syndrome in affective disorders and schizophrenia. *Theoretical and Experimental Psychology*, 19(1), 114–134. <https://doi.org/10.11621/TEP-26-07>

## Введение

Актуальность своевременной скрининговой диагностики депрессивной симптоматики обусловлена не только высокой распространенностью этих жалоб в популяции, но и широким спектром социально-экономических рисков, связанных с депрессией, включая суицидальный риск (World Health Organization. Depression, 2016). Распространенность депрессии, доходящей до клинического уровня, оценивается значениями от 5% (по данным ВОЗ) до более, чем 30% взрослого населения по данным различных исследований (Monroe & Harkness, 2022). Одной из наиболее уязвимых возрастных групп являются молодые люди от 18 до 25 лет. Следующая возрастная группа, находящаяся в зоне риска, — подростки от 12 до 17 лет (Shorey et al., 2022). При этом распространенность депрессии неуклонно росла последние 10 лет (Goodwin et al., 2022; Villarroel & Terlizzi, 2020; Hasin et al., 2018), особенно в период пандемии COVID-19 (Ettman et al., 2022).

Скрининговая оценка риска не может заменить полноценную диагностику, однако незаменима для принятия решения об обращении к специалисту. Широко распространенные методики диагностики — госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Zigmond & Snaith, 1983; Сыропятов и соавт., 1995), шкалы тревоги и депрессии А. Бека BAI (Beck et al., 1988); BDI-II (Beck et al., 1996; Тарабрина, 2001), шкалы тревожности и депрессивности опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90R (Derogatis, 1983; Тарабрина, 2001), шкала депрессии эпидемиологического центра CESD-R-20 (Radloff, 1977; Eaton et al., 2004) апробировались на русском языке в разное время на разных выборках, однако не во всех случаях имеются данные о пациентах с депрессиями. Недавно были показаны достаточные надежность-согласованность и критериальная валидность этих методик, при этом, по результатам анализа, психометрические характеристики госпитальной шкалы хуже, чем у других методик, а опросник выраженности психопатологической симптоматики не обладает, по-видимому, достаточной специфичностью в диагностике пациентов с психотическими расстройствами (Тхостов и др., 2025).

Другая сложность связана с авторскими правами, которые широко нарушаются при текущем применении некоторых инструментов онлайн, как это происходит в случае шкал А. Бека и опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90R.

Отдельной проблемой является использование критических значений: существующие пороги «взяты» из англоязычной литературы, что оставляет открытым вопрос о сензитивности и специфичности этих методик для диагностики аффективных расстройств в русскоязычной выборке. В частности, по шкале А. Бека граница в 13 баллов используется для диагностики легкой депрессии, в 19 баллов — средней (Beck et al., 1996). По шкале депрессии эпидемиологического центра (Radloff, 1977) границей легкой депрессии предлагается считать показатель 16 баллов, средней — 20 баллов, выраженной — 25 баллов. По госпитальной шкале тревоги и депрессии границей предложено считать 7 баллов по субшкале депрессии

(Hinz & Braeler, 2011; Zigmond & Snaith, 1983). И хотя эти границы применяются для оценки результатов диагностики на русскоязычных выборках, стоящая за ними чувствительность и специфичность шкал вызывают вопросы.

Особый интерес в этом контексте приобретает сравнение методик оценки депрессивной и тревожной симптоматики с методиками диагностики качества жизни (Pic et al., 2010; Sirgy et al., 2006) и субъективного благополучия (Diener & Ryan, 2009). В силу высокой корреляции между этими показателями (Тхостов и др., 2025) возникает вопрос о возможностях использования этих методик (более кратких и с менее стигматизированным содержанием) для тех же скрининговых целей — принятия решения об обращении к специалисту. Особый интерес этот вопрос приобретает в свете рассмотрения низкого уровня позитивных эмоций как «ядра» депрессии, которое было предложено при реструктуризации клинических шкал MMPI-2 и MMPI-3 (Tellegen et al., 2009).

Проблема скрининговой диагностики риска депрессии актуализирует исследование распространенности и содержательной специфики жалоб на депрессию и депрессивного синдрома и при других психических заболеваниях, в первую очередь, при шизофрении, где распространенность депрессивных расстройств оценивается в 40%, варьируя, в зависимости от остроты состояния и типа течения заболевания, от 20% до 60% (Upthegrove et al., 2017). Депрессивная симптоматика при шизофрении связана с более негативным прогнозом в отношении течения основного заболевания (Krynicky et al., 2018; Upthegrove et al., 2010), а психофизиологические исследования указывают на возможную общую роль дисрегуляции дофаминэргической системы в этиологии и патогенезе шизофрении и депрессии (Grace, 2016).

**Цель** данного исследования — уточнение критических значений по шкалам оценки тревоги, депрессии и качества жизни у пациентов с аффективными расстройствами и шизофренией.

Выдвигались следующие **гипотезы**:

1. Критические значения по шкале депрессии А. Бека BDI-II и шкале депрессии эпидемиологического центра требуют уточнения при использовании на русскоязычной выборке.
2. Чувствительность и специфичность субшкалы депрессии из госпитальной шкалы тревоги и депрессии, а также шкалы депрессивности из опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90R ниже по сравнению со шкалой депрессии А. Бека и шкалой депрессии эпидемиологического центра, но выше, чем при применении шкал оценки тревоги и субъективного благополучия.
3. Чувствительность шкал оценки депрессии в отношении депрессивного синдрома при шизофрении невысока. Можно выделить в них набор пунктов, позволяющих обеспечить более точную скрининговую диагностику депрессивного синдрома при шизофрении.

## **Выборка**

Общий объем выборки — 277 человек, из них 103 — мужчины.

Контрольная группа включала 162 человека (88 мужчин и 74 женщины) без психических заболеваний в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст  $25,25 \pm 9,39$  лет).

Клиническая часть исследования проводилась в ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева», в общепсихиатрическом отделении № 4.

Клиническая группа включала 105 человек: 47 пациентов с аффективными расстройствами, сопровождающимися депрессивным синдромом (12 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 18 до 53 лет (средний возраст  $29,40 \pm 11,05$  лет) и 68 пациентов с шизофренией (3 мужчины, 65 женщин) в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст  $35,18 \pm 10,01$  лет). У 32 человек из этой группы (47,1%) отмечался депрессивный синдром.

## **Методы исследования**

Респонденты выполняли следующие методики:

1. Шкала тревоги А. Бека BAI (Beck et al., 1988) в апробации А.Ш. Тхостова и соавт. (Тхостов и др., 2025) и шкала депрессии А. Бека второй версии BDI-II (Beck et al., 1996) в апробации А.Ш. Тхостова и соавт. (Тхостов и др., 2025). Русскоязычный вариант первой версии опубликован в книге (Тарабрина, 2001), где представлены методики оценки выраженности тревоги и депрессии, предложенные, в том числе для выявления мишеней психотерапевтической работы и оценки динамики состояния.
2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Zigmond & Snaith, 1983; Сыропятов и др., 1995) — скрининговая шкала оценки выраженности тревоги и депрессии, изначально разработанная для применения в клинических условиях.
3. Шкала депрессии эпидемиологического центра CESD-R-20 (Radloff, 1977; Eaton et al., 2004) — методика оценки выраженности депрессивной симптоматики.
4. Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90R (Derogatis, 1983, Тарабрина, 2001) включает следующие шкалы: шкала соматизации, шкала обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных тенденций, психотизма.
5. Шкала удовлетворенности жизнью SWLS (Diener et al., 1985; Осин, Леонтьев, 2020), и Скрининговая шкала позитивных и негативных переживаний SPNE (Diener, 2010; Рассказова, Лебедева, 2020) — скрининговые методики Э. Динера, предложенные для оценки трех компонентов субъективного благополучия, согласно его теоретической модели (удовлетворенность жизнью, позитивные эмоции, негативные эмоции).

6. Опросник качества жизни и удовлетворенности, краткая версия Q-Les-Q SF (Stevanovic, 2011; Riendeau et al., 2018) основан на полной версии, включающей оценку удовлетворенности различными сферами жизни (Endicott et al., 1993). На русском языке опубликована апробация версии данной методики для пациентов с психическими заболеваниями (Рассказова, 2012).

Обработка данных проводилась в программе SPSS 23.0 и включала описательную статистику, ROC-анализ, расчет чувствительности и специфичности, оценку надежности-согласованности, методы сравнения групп, корреляционный анализ.

## Результаты и обсуждение

### *Сензитивность и специфичность шкал оценки тревоги и депрессии в диагностике депрессивного синдрома при аффективных расстройствах*

Несмотря на то, что для всех шкал оценки тревоги и депрессии площадь под кривой при ROC-анализе была значимой и составляла 0,79–0,87, максимальные показатели были характерны для шкалы депрессии А. Бека, шкалы депрессии эпидемиологического центра и субшкалы депрессивности из опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90R (Рисунок 1, Таблица 1). Показатели по субшкале депрессии из госпитальной шкалы депрессии уступали этим результатам и были даже ниже, чем по субшкале тревоги.

Клинической границей по шкале депрессии А. Бека следует считать показатель 13 баллов, что соответствует американским нормам (Beck et al., 1996): при этом чувствительность шкалы составляет 88,2%, а специфичность — 71,0%. Границе легкой депрессии в 19 баллов соответствуют показатели чувствительности и специфичности 70,6% и 85,8%, границе умеренной депрессии в 28 баллов соответствуют показатели чувствительности и специфичности 47,1% и 94,4%, соответственно.

В отношении шкалы депрессии эпидемиологического центра (Radloff, 1977) предложенная граница в 16 баллов и выше соответствует показателям чувствительности и специфичности 85,3% и 70,4%, соответственно, однако граница выше 17 баллов соответствует лучшей чувствительности и специфичности (85,30% и 73,50%, табл. 2). Граница для легкой депрессии в 20 баллов соответствует 79,4% и 79,0% чувствительности и специфичности, для средней степени депрессии в 25 баллов 73,5% чувствительности и 82,7% специфичности. Иными словами, граничные значения для этой шкалы для легкой депрессии соответствуют диагностическим способностям шкалы А. Бека, а для средней и тяжелой депрессии они существенно мягче.

Граница для госпитальной шкалы тревоги и депрессии в 7 баллов по субшкале депрессии (Hinz & Braeler, 2011; Zigmond & Snaith, 1983) соответствует показателям чувствительности 70,6% и специфичности 75,9%. Это сочетание чувствительности и специфичности следует действительно считать оптимальным вариантом для шкалы, однако при этом, показатели уступают предыдущим двум шкалам. Критерию чувствительности более 85% соответствует граница в 4 и более баллов,

специфичности более 85% — граница в 10 и более баллов, но при этом второй показатель оказывается менее 50%. При использовании границ для средней депрессии (11–14 баллов) и тяжелой депрессии (15–21 баллов) практически все респонденты контрольной группы (более 95% и 99% соответственно) оказываются верно отнесены к контрольной группе, однако сензитивность в отношении пациентов с депрессивным синдромом крайне низка.

Субшкала депрессивности из опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90R лишь немногим уступает по психодиагностическим возможностям шкале депрессии А. Бека и шкале депрессии эпидемиологического центра; при этом ее граничные значения можно рекомендовать в 11 баллов и 23 балла.

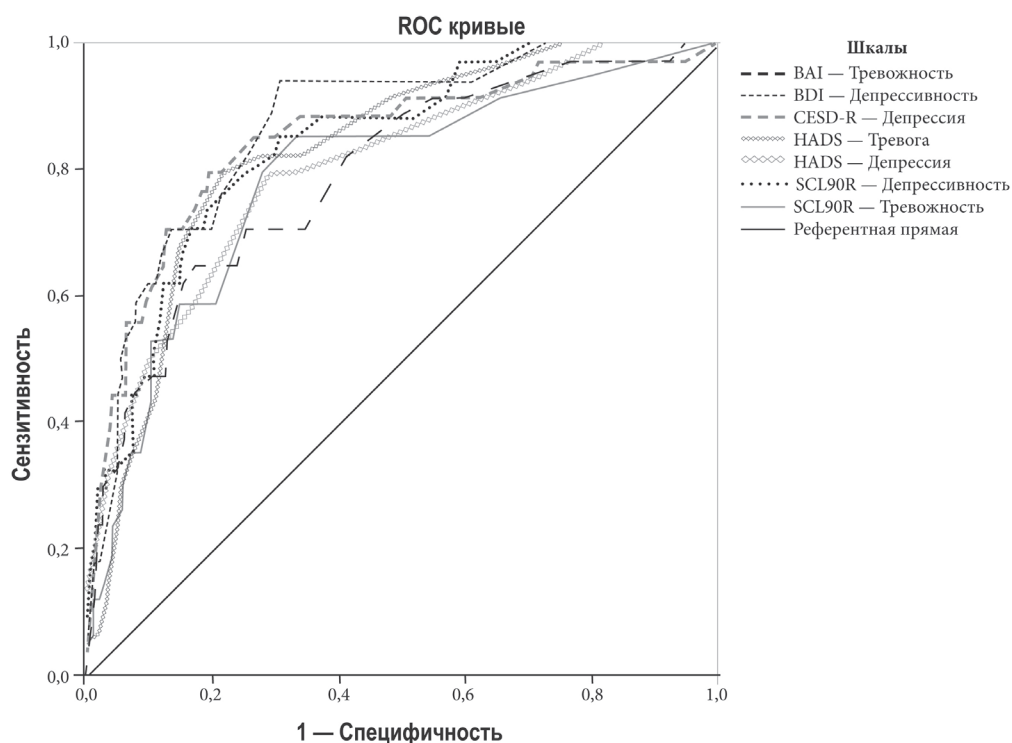
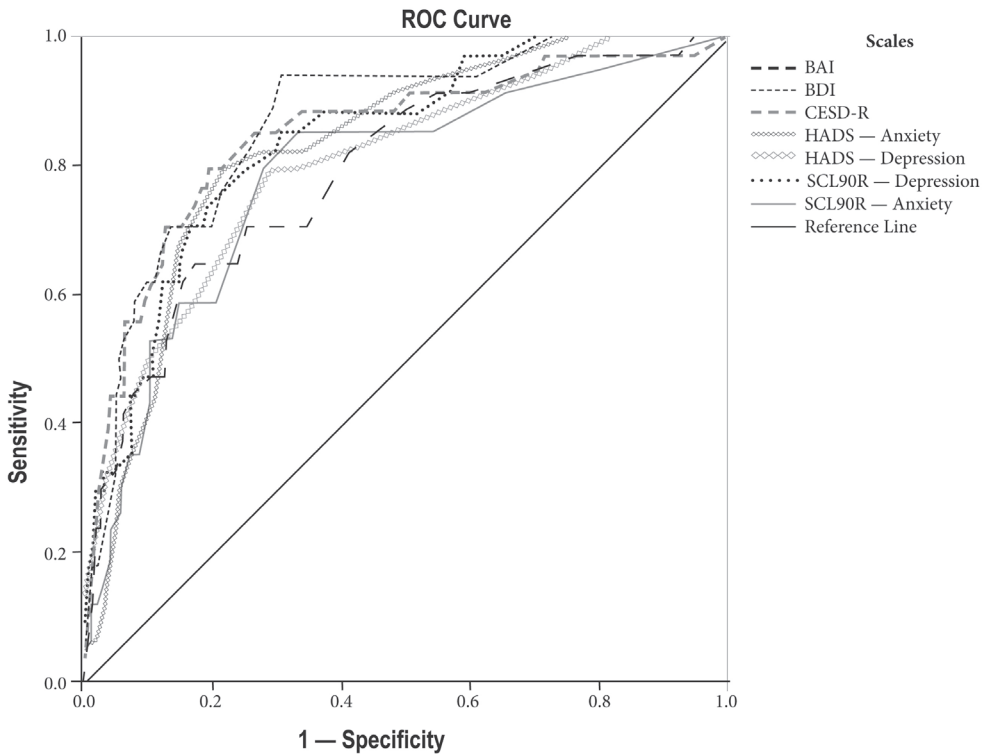


Рисунок 1

ROC-кривые методик оценки депрессии и тревоги при сравнении пациентов с депрессивным синдромом при аффективных расстройствах и контрольной группы

Для шкал субъективного благополучия площадь под ROC-кривой была ниже: 0,77 ( $p < 0,01$ ) — для шкалы удовлетворенности жизнью, 0,74 ( $p < 0,01$ ) — для шкалы позитивных эмоций и 0,75 ( $p < 0,01$ ) — для краткой версии опросника качества

жизни и удовлетворенности соответственно. В связи с этим мы не рассматриваем их ниже как самостоятельные диагностические инструменты. Тем не менее, в случае невозможности применения стандартных шкал тревоги и депрессии, пять пунктов шкалы удовлетворенности жизнью обладают наилучшими предсказательными способностями в отношении депрессивной симптоматики. В этом случае критическими значениями, соответствующими границам легкой и средней выраженности депрессии по шкале А. Бека, следует считать показатели 14 баллов и ниже (сензитивность — 29,6%, специфичность — 93,8%) и 8 баллов и ниже (сензитивность — 87,0%, специфичность — 43,8%), соответственно, а оптимальным граничным значением — показатель 10 баллов и менее (сензитивность — 77,2%, специфичность — 65,6%).



**Figure 1**  
ROC curves for depression and anxiety scales when comparing patients with depressive syndrome in affective disorders and the control group

**Таблица 1**  
**Результаты ROC-анализа для шкал оценки симптомов тревоги и депрессии: сравнение пациентов с различными расстройствами**

Шкалы	Депрессивный синдром при аффективных расстройствах		95% доверительный интервал для аффективных расстройств		Депрессивный синдром при шизофрении	
	Площадь под кривой	Ст. ошибка	Нижняя граница	Верх. граница	Площадь под кривой	Ст. ошибка
BAI — Шкала тревожности А. Бека	0,791**	0,044	0,705	0,876	0,67**	0,05
BDI-II — Шкала депрессивности А. Бека	0,867**	0,032	0,804	0,930	0,67**	0,05
CESD — Шкала депрессии эпид. центра	0,844**	0,041	0,763	0,924	0,64**	0,06
HADS — Тревога	0,829**	0,036	0,759	0,899	0,64**	0,05
HADS — Депрессия	0,804**	0,042	0,722	0,886	0,65**	0,05
SCL90R — Депрессивность	0,840**	0,036	0,770	0,910	0,67**	0,05
SCL90R — Тревожность	0,786**	0,045	0,698	0,875	0,67**	0,05
Дифференциальная шкала депрессивной симптоматики	0,829	0,032	0,766	0,892	0,58**	0,06

\* —  $p < 0,05$ , \*\* —  $p < 0,01$ .

**Table 1**  
**Results of ROC analysis for anxiety and depression symptom rating scales: comparison of patients with different disorders**

Scales	Depressive syndrome in affective disorders		95% confidence interval for affective disorders		Depressive syndrome in schizophrenia	
	Area under the curve	Standard error	Lower limit	Upper limit граница	Area under the curve	Standard error
BAI — Beck Anxiety Inventory	0.791**	0.044	0.705	0.876	0.67**	0.05
BDI-II — Beck Depression Inventory	0.867**	0.032	0.804	0.930	0.67**	0.05
CESD — Center for Epidemiological Studies Depression Scale	0.844**	0.041	0.763	0.924	0.64**	0.06
HADS — Anxiety	0.829**	0.036	0.759	0.899	0.64**	0.05
HADS — Depression	0.804**	0.042	0.722	0.886	0.65**	0.05
SCL90R — Depression	0.840**	0.036	0.770	0.910	0.67**	0.05
SCL90R — Anxiety	0.786**	0.045	0.698	0.875	0.67**	0.05
Differential scale for symptoms of depression	0.829	0.032	0.766	0.892	0.58**	0.06

\* —  $p < 0,05$ , \*\* —  $p < 0,01$ .

Граничные баллы для расчета сензитивности и специфичности в 85% и более указаны в Таблице 2. Согласно полученным данным, значения по шкале депрессии А. Бека, соответствующие средней и тяжелой депрессии, характеризуют тяжелое клиническое состояние, поэтому более адекватной диагностически следует считать границу в 19 баллов. Напротив, для шкалы эпидемиологического центра можно рекомендовать более жесткую границу средней и тяжелой выраженности состояния — в диапазоне более 28 баллов.

**Таблица 2**  
**Граничные баллы для сензитивности и специфичности в 85% и более для шкал оценки депрессивной симптоматики**

Шкалы оценки депрессивной симптоматики	Граница сензитивности 85% и выше			Граница специфичности 85% и выше		
	Критический балл	Сензитивность: аффективные расстройства / шизофрения	Специфичность	Критический балл	Сензитивность: аффективные расстройства / шизофрения	Специфичность
BDI-II — Шкала депрессивности А. Бека	Более 13	88,2% / 56,3%	71,0%	Более 19	70,6% / 37,5%	85,8%
CESD — Шкала депрессии эпидемиологического центра	Более 17	85,3% / 46,9%	73,5%	Более 28	70,6% / 34,4%	87,0%
HADS — Депрессия	Более 3	88,2% / 86,7%	45,1%	Более 9	50,0% / 33,3%	90,1%
SCL90R — Депрессивность	Более 11	85,3% / 56,3%	69,1%	Более 23	61,8% / 21,9%	87,7%
Дифференциальная шкала депрессивной симптоматики	Более 0,91	85,1% / 53,1%	57,4%	Более 1,79	63,8% / 18,8%	85,2%

**Table 2**  
**Cutoff scores for sensitivity and specificity of 85% or more for depressive symptom rating scales**

Depressive symptom scales	Sensitivity 85% or higher			Specificity 85% or higher		
	Critical score	Sensitivity: affective disorders / schizophrenia	Specificity	Critical score	Sensitivity: affective disorders / schizophrenia	Specificity
BDI-II — Beck Depression Inventory	More than 13	88.2% / 56.3%	71.0%	More than 19	70.6% / 37.5%	85.8%
CESD — Center for Epidemiological Studies Depression Scale	More than 17	85.3% / 46.9%	73.5%	More than 28	70.6% / 34.4%	87.0%
HADS — Depression	More than 3	88.2% / 86.7%	45.1%	More than 9	50.0% / 33.3%	90.1%

SCL90R — Depression	More than 11	85.3% / 56.3%	69.1%	More than 23	61.8% / 21.9%	87.7%
Differential scale for symptoms of depression	More than 0.91	85.1% / 53.1%	57.4%	More than 1.79	63.8% / 18.8%	85.2%

### ***Возможности дифференциальной диагностики депрессивного синдрома при аффективных расстройствах и шизофрении с использованием психометрических шкал***

Как показано в Таблице 1, возможности выявления пациентов с депрессивным синдромом при шизофрении при помощи психометрических методик оценки тревоги и депрессии значительно ниже (площадь под кривой 0,64–0,67,  $p < 0,01$ ). При этом дифференциально диагностические возможности шкал тревоги и депрессии, по сути, идентичны. Использование граничных значений (Таблица 2), полученных на выборке пациентов с аффективными расстройствами, показывает, что многие пациенты с депрессивным синдромом при шизофрении не будут диагностированы. Иными словами, их жалобы не соответствуют депрессивным жалобам при аффективных расстройствах.

На основе сравнения ответов пациентов с депрессивным синдромом при аффективных расстройствах и при шизофрении по  $t$ -критерию Стьюдента было выделено 46 пунктов, различия в ответах по которым между клиническими группами достигали  $p < 0,05$ . Во всех случаях, кроме одного («Голоса, которые не слышат другие люди»), пациенты с аффективными расстройствами чаще жаловались на симптомы, чем пациенты с шизофренией. Альфа Кронбаха по 45 пунктам составила 0,96 в обеих группах. Площадь под ROC-кривой составила 0,765 со стандартной ошибкой 0,054 (95% CI[0,658; 0,871]). Оптимальное граничное значение отмечается при среднем балле по этим пунктам в 1,43: при этом сензитивность разделения клинических групп составляет 70,2%, а специфичность 71,9%.

Далее были отобраны 18 пунктов, различия в ответах по которым между клиническими группами достигали уровня  $p < 0,01$  (Таблица 3). Альфа Кронбаха по ним составила 0,91 при аффективных расстройствах и 0,93 — при шизофрении. Площадь под кривой в ROC-анализе составляет 0,788 при стандартной ошибке 0,052 (95% CI[0,687; 0,889]). Оптимальное граничное значение отмечается при среднем балле по этим пунктам в 1,59: при этом, сензитивность разделения клинических групп составляет 72,3%, а специфичность — 78,1%. Содержательный анализ пунктов указывает, что для пациентов с аффективными расстройствами в большей степени характерны негативные навязчивые мысли, критика и принятие себя, соматические жалобы и трудности с концентрацией внимания. Немаловажно, что лишь по одному пункту опросника выраженности психопатологической симптоматики (включающей шкалы паранойяльности и психотизма) пациенты с шизофренией отмечали более выраженные жалобы, чем пациенты с аффективными расстройствами, что свидетельствует против диагностических возможностей этой методики при тяжелых психических расстройствах.

Несмотря на надежность-согласованность полученной шкалы, ROC-анализ ее показателей при сравнении клинических групп с контрольной указывает, что в общей диагностике ее возможности ниже, чем возможности шкалы депрессии А. Бека и шкалы депрессии эпидемиологического центра. Тем не менее она может отдельно применяться в клинических условиях как дополнительная шкала при жалобах на депрессивные симптомы.

**Таблица 3**

**Пункты шкал оценки тревоги и депрессии с разными паттернами ответов пациентов с депрессивным синдромом при аффективных расстройствах и при шизофрении**

Шкалы	Пункты	Депрессивный синдром при аффективных расстройствах		Депрессивный синдром при шизофрении		t-критерий Стьюдента	Стат. эффект Коэна
		Среднее	Ст. откл.	Среднее	Ст. откл.		
BDI7	Непринятие себя	1,26	1,07	0,63	1,01	2,626**	0,60
SCL3	Повторяющиеся неприятные мысли, которые не выходят из головы	2,30	1,30	1,00	1,22	4,466**	1,02
SCL4	Слабость или головокружение	1,83	1,17	1,06	0,91	3,123**	0,72
SCL26	Обвинение себя за разные вещи	1,87	1,48	1,03	1,15	2,701**	0,62
SCL31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	1,89	1,32	1,09	1,28	2,674**	0,61
SCL32	Потеря интереса к чему-либо	1,87	1,31	1,06	1,24	2,750**	0,63
SCL41	Ощущение, что вы хуже других людей	1,77	1,63	0,63	0,94	3,568**	0,82
SCL44	Трудности засыпания	1,85	1,27	1,03	1,15	2,928**	0,67
SCL50	Потребность избегать определенных вещей, мест или действий, потому что они пугают Вас	1,53	1,41	0,69	1,15	2,808**	0,64
SCL55	Трудности с концентрацией внимания	2,19	1,26	1,22	1,10	3,539**	0,81
SCL56	Слабость в различных частях тела	1,74	1,31	0,81	0,90	3,503**	0,80
SCL71	Чувство, что всё, что Вы делаете, дается с большим трудом	1,83	1,39	0,91	1,23	3,039**	0,70

SCL79	Ощущение собственной никчемности и бесполезности	1,96	1,60	0,81	1,03	3,570**	0,82
CESDR4	Я испытывал депрессию	3,36	1,51	2,38	1,60	2,782**	0,64
CESDR7	Я не мог заставить себя что-то делать	3,38	1,54	2,35	1,47	2,935**	0,67
CESDR9	Я чувствовал, что я — плохой человек	2,77	1,66	1,72	1,22	3,049**	0,70
CESDR15	Я хотел сделать себе больно или причинить себе вред	1,74	1,29	1,06	0,25	2,942**	0,67

\* —  $p < 0,05$ , \*\* —  $p < 0,01$ .

**Table 3**

**Scale items for anxiety and depression with different response patterns in patients with depressive syndrome in affective disorders and schizophrenia**

Scales	Items	Depressive syndrome in affective disorders		Depressive syndrome in schizophrenia		Student's t-test	Cohen's d
		Mean	St.dev.	Mean	St.dev.		
BDI7	Disconformity with oneself	1.26	1.07	0.63	1.01	2.626**	0.60
SCL3	Recurring unpleasant thoughts that won't leave your head	2.30	1.30	1.00	1.22	4.466**	1.02
SCL4	Weakness or dizziness	1.83	1.17	1.06	0.91	3.123**	0.72
SCL26	Blaming yourself for various things	1.87	1.48	1.03	1.15	2.701**	0.62
SCL31	Excessive worrying about various things	1.89	1.32	1.09	1.28	2.674**	0.61
SCL32	Loss of interest in everything	1.87	1.31	1.06	1.24	2.750**	0.63
SCL41	Feeling inferior to other people	1.77	1.63	0.63	0.94	3.568**	0.82
SCL44	Difficulty falling asleep	1.85	1.27	1.03	1.15	2.928**	0.67
SCL50	Need to avoid certain things, places, or activities because they frighten you	1.53	1.41	0.69	1.15	2.808**	0.64
SCL55	Difficulty concentrating	2.19	1.26	1.22	1.10	3.539**	0.81
SCL56	Weakness in various parts of the body	1.74	1.31	0.81	0.90	3.503**	0.80
SCL71	Feeling that everything you do is difficult	1.83	1.39	0.91	1.23	3.039**	0.70

SCL79	Feelings of worthlessness and uselessness	1.96	1.60	0.81	1.03	3.570**	0.82
CESDR4	I experienced depression	3.36	1.51	2.38	1.60	2.782**	0.64
CESDR7	I couldn't bring myself to do anything	3.38	1.54	2.35	1.47	2.935**	0.67
CESDR9	I felt like I was a bad person	2.77	1.66	1.72	1.22	3.049**	0.70
CESDR15	I wanted to hurt myself or harm myself	1.74	1.29	1.06	0.25	2.942**	0.67

\* —  $p < 0.05$ , \*\* —  $p < 0.01$ .

### Выводы

1. Наилучшими показателями чувствительности и специфичности при диагностике пациентов с депрессивным синдромом при аффективных расстройствах обладают шкала депрессии А. Бека, шкала депрессии эпидемиологического центра, субшкала депрессивности опросника SCL-90R.
2. Клинической границей по шкале депрессии А. Бека следует считать показатель 13 баллов (чувствительность — 88,2%, специфичность — 71,0%) для легкой депрессии, 19 баллов — для средней депрессии (чувствительность — 70,6%, специфичность — 85,8%).
3. Клинической границей по шкале депрессии эпидемиологического центра следует считать 17 баллов для легкой депрессии (чувствительность — 85,30%, специфичность — 73,50%), 28 баллов — для выраженной депрессии (чувствительность — 70,60%, специфичность — 81,00%).
4. Клиническими границами по субшкале депрессивности опросника SCL-90R являются показатели 11 баллов и 23 балла соответственно.
5. При использовании для диагностики депрессии шкалы удовлетворенности жизнью ее чувствительность и специфичность (77,2% и 65,6% соответственно) ниже, чем у других использованных в исследовании шкал, а граничным значением следует считать показатель 10 баллов и менее.
6. Выделенные из различных методик исследования 18 пунктов позволяют различать пациентов с депрессивным синдромом при шизофрении и при аффективных расстройствах. Они образуют значимую шкалу (альфа Кронбаха 0,91 при аффективных расстройствах и 0,93 — при шизофрении). При граничном значении в 1,59 балла чувствительность разделения клинических групп составляет 72,3%, а специфичность — 78,1%.
7. Содержательный анализ пунктов дифференциальной шкалы депрессивной симптоматики указывает, что для пациентов с аффективными расстройствами в большей степени характерны негативные навязчивые мысли, критика и принятие себя, соматические жалобы и трудности с концентрацией внимания.

## Список литературы

- Осин, Е.Н., Леонтьев, Д.А. (2020). Краткие русскоязычные шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ. *Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены*, (1), 117–142.
- Рассказова, Е.И. (2012). Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*, 9(4), 81–90.
- Рассказова, Е.И., Лебедева, А.А. (2020). Скрининговая шкала позитивных и негативных переживаний Э. Динера: апробация русскоязычной версии. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*, 17(2), 250–263. <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2020-2-250-263>
- Сыропятов, О.Г., Дзеружинская, Н.А., Астапов, Ю.Н., Иванцова, Г.В. (2003). Ранняя диагностика и лечение депрессии в общей медицинской практике. Киев: Изд-во «Гелариум-тест».
- Тарабрина, Н.В. (2001). Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Изд-во «Питер».
- Тхостов, А.Ш., Рассказова, Е.И., Лачинина, Е.П., Чернов, Н.В. (2025). Психометрические характеристик шкал оценки депрессивной симптоматики в норме и при психических заболеваниях. *Вопросы психологии*, 71(1), 82–96.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory — II (BDI-II). San Antonio: Harcourt Assessment Press.
- Brambila-Tapia, A., Saldaña-Cruz, A., Meléndez-Monreal, K., Esparza-Guerrero, Y., Martínez-Hernández, A., Rosales-Torres, B., Ríos-González, B. (2023). Association of personal, behavioral and positive psychological variables with somatization and number of diseases in mexican general population: the influence of gender. *Psychology, Health Medicine*, 28(4), 995–1003. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1985150>
- Derogatis, L.R. (1983). SCL-90-R: Administration, scoring and procedures: Manual II. Baltimore: Clinical Psychometric Research Publ.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, (49), 71–75.
- Diener, E., Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, (39), 391–406.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, (97), 143–156.
- Eaton, W.W., Smith, C., Ybarra, M., Muntaner, C., Tien, A. (2004). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale — Revised (CESD-R). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(4), 363–377.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., Blumenthal, R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321–326.

Ettman, C.K., Cohen, G.H., Abdalla, S.M., Sampson, L., Trinquart, L., Castrucci, B.C., Bork, R.H., Clark, M.A., Wilson, I., Vivier, P.M., Galea, S., Less, S. (2022). Persistent depressive symptoms during COVID-19: a national, population-representative, longitudinal study of U.S. adults. *The Lancet Regional Health — Americas*, (5), 100091. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00087-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00087-9/fulltext) (access date: 27.05.2021).

Goodwin, R.D., Dierker, L.C., Wu, M., Galea, S., Hoven, C.W., Weinberger, A.H. (2022). Trends in U.S. depression prevalence from 2015 to 2020: the widening treatment gap. *American Journal of Preventive Medicine*, (63), 726–733. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.05.014>

Grace, A.A. (2016). Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(8), 524–532. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.57>

Hasin, D.S., Sarvet, A.L., Meyers, J.L., et al. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336–346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>

Hinz, A., Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(2), 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.005>

Ilić, I., Milić, I., Arandelović, M. (2010). Assessment quality of life: current approaches. *Acta Medica Medianae*, 49(4), 52–60.

Krynicky, C.R., Upthegrove, R., Deakin, J.F.W., Barnes, T.R.E. (2018). The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(5), 380–390. <https://doi.org/10.1111/acps.12873>

Monroe, S.M., Harkness, K.L. (2022). Major depression and its recurrences: life course matters. *Annual Review of Clinical Psychology*, (18), 329–357. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Riendeau, R.P., Sullivan, J.L., Meterko, M., Stolzmann, K., Williamson, A.K., Miller, C.J., Kim, B., Bauer, M.S. (2018). Factor structure of the Q-LES-Q short form in an enrolled mental health clinic population. *Quality of Life Research*, 27(11), 2953–2964. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1963-8>

Shorey, S., Ng, E.D., Wong, C.H.J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287–305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>

Sirgy, M.J., Michalos, A.C., Ferris, A.L., Easterlin, R.A., Patrick, D., Pavot, W. (2006). The quality of life (QOL) research movement: past, present and future. *Social Indicators Research*, (76), 343–466.

Stevanovic, D. (2011). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-short form for quality of life assessments in clinical practice: A psychometric study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 744–750. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01735.x>

Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P.A., Graham, J.R., Kaemmer, B. (2008). The MMPI-2 restructured clinical scales: development, validation, and interpretation. Minneapolis; University of Minnesota Press.

Uptegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R., Jones, L. (2010). The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x>

Uptegrove, R., Marwaha, S., Birchwood, M. (2017). Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 240–244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw097>

Villaruel, M.A., Terlizzi, E.P. (2020). Symptoms of depression among adults: United States, 2019 (NCHS Data Brief, No. 379). Hyattsville: National Center for Health Statistics Publ.

World Health Organization. (2016). Depression. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (access date: 29.08.2016).

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (67), 361–370.

## References

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory — II (BDI-II). San Antonio: Harcourt Assessment Press.

Brambila-Tapia, A., Saldaña-Cruz, A., Meléndez-Monreal, K., Esparza-Guerrero, Y., Martínez-Hernández, A., Rosales-Torres, B., Ríos-González, B. (2023). Association of personal, behavioral and positive psychological variables with somatization and number of diseases in mexican general population: the influence of gender. *Psychology, Health Medicine*, 28(4), 995–1003. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1985150>

Derogatis, L.R. (1983). SCL-90-R: Administration, scoring and procedures: Manual II. Baltimore: Clinical Psychometric Research Publ.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, (49), 71–75.

Diener, E., Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, (39), 391–406.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, (97), 143–156.

Eaton, W.W., Smith, C., Ybarra, M., Muntaner, C., Tien, A. (2004). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale — Revised (CESD-R). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(4), 363–377.

Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., Blumenthal, R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321–326.

Ettman, C.K., Cohen, G.H., Abdalla, S.M., Sampson, L., Trinquart, L., Castrucci, B.C., Bork, R.H., Clark, M.A., Wilson, I., Vivier, P.M., Galea, S., Less, S. (2022). persistent depressive symptoms during covid-19: a national, population-representative, longitudinal study of U.S. adults. *The Lancet Regional Health — Americas*, (5), 100091. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00087-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00087-9/fulltext) (access date: 27.05.2021).

Goodwin, R.D., Dierker, L.C., Wu, M., Galea, S., Hoven, C.W., Weinberger, A.H. (2022). Trends in U.S. depression prevalence from 2015 to 2020: the widening treatment gap. *American Journal of Preventive Medicine*, (63), 726–733. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.05.014>

Grace, A.A. (2016). Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(8), 524–532. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.57>

Hasin, D.S., Sarvet, A.L., Meyers, J.L., et al. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336–346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>

Hinz, A., Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (hads) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(2), 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.005>

Ilić, I., Milić, I., Arandelović, M. (2010). Assessment quality of life: current approaches. *Acta Medica Medianae*, 49(4), 52–60.

Krynicky, C.R., Uptegrove, R., Deakin, J.F.W., Barnes, T.R.E. (2018). The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(5), 380–390. <https://doi.org/10.1111/acps.12873>

Monroe, S.M., Harkness, K.L. (2022). Major depression and its recurrences: life course matters. *Annual Review of Clinical Psychology*, (18), 329–357. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>

Osin, E.N., Leontiev, D.A. (2020). Brief Russian-language scales for subjective well-being assessment: Psychometric properties and comparative analysis. *Monitoring obshchestvennogo mneniia: Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny = Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*, (1), 117–142. (In Russ.)

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Rasskazova, E.I. (2012). The assessment of quality of life and satisfaction: Psychometric characteristics of the Russian version. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki = Psychology. Journal of the Higher School of Economics*, 9(4), 81–90. (In Russ.)

Rasskazova, E.I., Lebedeva, A.A. (2020). E. Diener's Scale of Positive and Negative Experience: Validation of the Russian version. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki = Psychology. Journal of the Higher School of Economics*, 17(2), 250–263. (In Russ.). <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2020-2-250-263>

Riendeau, R.P., Sullivan, J.L., Meterko, M., Stolzmann, K., Williamson, A.K., Miller, C.J., Kim, B., Bauer, M.S. (2018). Factor structure of the Q-LES-Q short form in an enrolled mental

health clinic population. *Quality of Life Research*, 27(11), 2953–2964. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1963-8>

Shorey, S., Ng, E.D., Wong, C.H.J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287–305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>

Sirgy, M.J., Michalos, A.C., Ferris, A.L., Easterlin, R.A., Patrick, D., Pavot, W. (2006). The quality of life (QOL) research movement: past, present and future. *Social Indicators Research*, (76), 343–466.

Stevanovic, D. (2011). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-short form for quality of life assessments in clinical practice: A psychometric study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 744–750. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01735.x>

Syropyatov, O.G., Dzeruzhinskaya, N.A., Astapov, Yu.N., Ivantsova, G.V. (2003). Early diagnosis and treatment of depression in general medical practice. Kiev: Gelarium-test Publ. (In Russ.)

Tarabrina, N.V. (2001). Workshop on the psychology of post-traumatic stress. Saint Petersburg: Piter Publ. (In Russ.)

Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P.A., Graham, J.R., Kaemmer, B. (2008). The MMPI-2 restructured clinical scales: development, validation, and interpretation. Minneapolis; University of Minnesota Press.

Tkhostov, A.Sh., Rasskazova, E.I., Lachinina, E.P., Chernov, N.V. (2025). Psychometric characteristics of depressive symptom assessment scales in normal and mental disorders. *Psychology Issues = Voprosy psikhologii*, 71(1), 82–96. (In Russ.)

Upthegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R., Jones, L. (2010). The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x>

Upthegrove, R., Marwaha, S., Birchwood, M. (2017). Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 240–244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw097>

Villarroel, M.A., Terlizzi, E.P. (2020). Symptoms of depression among adults: United States, 2019 (NCHS Data Brief, No. 379). Hyattsville: National Center for Health Statistics Publ.

World Health Organization. (2016). Depression. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (access date: 29.08.2016).

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (67), 361–370.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Александр Маркович Рикель**, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной психологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация, a.m.rikel@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6940-4244>

**Екатерина Павловна Лачинина**, аспирант кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация, achinina2017@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8986-7836>

**Елена Игоревна Рассказова**, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова; старший научный сотрудник Научного центра психического здоровья, Москва, Российская Федерация, e.i.rasskazova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>

#### ABOUT THE AUTHORS

**Alexander M. Rikel**, Cand. Sci. (Psychol.), Associate Professor at the Department of Social Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation, a.m.rikel@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6940-4244>

**Ekaterina P. Lachinina**, Postgraduate Student at the Department of Neuro- and Pathopsychology, the Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation, achinina2017@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8986-7836>

**Elena I. Rasskazova**, Cand. Sci. (Psychol.), Associate Professor at the Department of Neuro- and Pathopsychology, the Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Senior Researcher at the Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation, e.i.rasskazova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>

Поступила 26.09.2025. Получена после доработки 20.10.2025. Принята в печать 17.11.2025.  
Received 26.09.2025. Revised 20.10.2025. Accepted 17.11.2025.