

REFLEXIO

Научный психологический журнал

Основан в ноябре 1999 года

2018. Том 11, № 1

СОДЕРЖАНИЕ

Психологические исследования

- Дорошева Е. А., Грабельникова У. К.* Синдром эмоционального выгорания, особенности совладающего поведения и регуляции эмоций у матерей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра 5
- Киселева О. В.* Исследование личностно-психологических характеристик у молодых мужчин с наркотической зависимостью 19
- Фёдоров А. А.* Библиометрический анализ публикаций по постнеклассической психологии в Scopus 37

Психологический инструментарий

- Первушина О. Н., Кудрявцева А. С., Мезенцева М. П.* Адаптация опросника Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) для скрининга детей раннего возраста 47
- Носова П. А.* Апробация русскоязычной версии опросника восприимчивости к красоте 68
- Злобина М. В., Первушина О. Н.* Анализ опросников самооценки депрессии PHQ-9 и BDI-II 83

Обзоры

- Лякина Я. С.* Феномен хикикомори: обзор исследований 99

Психология и образование

<i>Проноза С. В.</i> Семейное обучение как один из форматов получения основного общего образования в современной России	154
---	-----

Взгляд практического психолога

<i>Мурашова Т. А.</i> Сенсорная интеграция и развитие ребенка	182
Сведения об авторах	193
Информация для авторов	195

REFLEXIO

Scientific journal

Founded in November of 1999

2018. Volume 11, issue 1

CONTENTS

Psychological Research

- Dorosheva E. A., Grabelnikova U. K.* Emotional burnout, specific of coping strategies and emotional regulation in the mothers of children with autism spectrum disorders 5
- Kiseleva O. V.* The study of personal and psychological characteristics of young men with drug addiction 19
- Fedorov A. A.* Bibliometric analysis of publications on post-nonclassical psychology in Scopus 37

Psychological Instruments

- Pervushina O. N., Kudrjavzeva A. S., Mezentseva M. P.* Adaptation of the questionnaire Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) for the early screening of children 47
- Nosova P. A.* Approbation of the Russian-language version of the Engagement with beauty Scale 68
- Zlobina M. V., Pervushina O. N.* Analysis of two depression questionnaires PHQ-9 and BDI-II 83

Reviews

- Lyakina Ya. S.* The phenomenon of hikikomori: review of studies 99

Psychology and Education

Pronoza S. V. Family education as one of the formats for obtaining
basic education in modern Russia 154

From the standpoint of a practitioner in psychology

Murashova T. A. Sensory integration and child development 182

Details of Authors 193

Instructions for Authors 195

УДК 159.9

Е. А. Дорошева^{1,2}, У. К. Грабельникова²

¹ *Новосибирский государственный медицинский университет
Красный пр., 52, Новосибирск, 630091, Россия*

*Институт систематики и экологии животных СО РАН
ул. Фрунзе, 11, Новосибирск, 630091, Россия*

² *Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

Elena.dorosheva@mail.ru, unamela@mail.ru

**СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ,
ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
И РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ У МАТЕРЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА
С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА***

Рассмотрены структура эмоционального выгорания, особенности совладающего со стрессом поведения и эмоциональной регуляции у матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра. Группой сравнения выступили матери нейротипичных детей. Матери детей с РАС демонстрируют большую выраженность первой фазы эмоционального выгорания – напряжения, при этом у них не выявлено тенденций дистанцирования и отчуждения от ребенка. Они в большей степени склонны использовать положительную переоценку проблемных ситуаций, подавлять неприятные мысли, связанные с ребенком, смиряться с существующей ситуацией как с неизбежностью, и в меньшей степени склонны к руминациям. Важными ресурсами, позволяющими справляться со стрессом, оказываются достижения ребенка, сформировавшего какие-либо навыки, наличие здорового ребенка в семье, в некоторых случаях – социальная поддержка, общение с другими матерями детей с РАС.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, материнское выгорание, совладающее поведение, эмоциональная регуляция.

* Работа выполнена в рамках РФФИ (проект № 18-013-00925).

Дорошева Е. А., Грабельникова У. К. Синдром эмоционального выгорания, особенности совладающего поведения и регуляции эмоций у матерей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 5–18.

Подавляющее большинство исследований рассматривают синдром эмоционального выгорания (далее – ЭВ) как следствие хронического стресса исключительно в аспекте профессиональной деятельности. Крайне мало исследований этого явления в сфере детско-родительских отношений.

Л. А. Базалева указывает на то, что «многие женщины испытывают в материнстве и демонстрируют окружающим тот феномен, который известен как эмоциональное “выгорание” специалиста в профессиональной деятельности» [2010. С. 4]. Она определяет воспитание и уход за ребенком как специфическую форму трудовой деятельности, которая характеризуется постоянством и невозможностью «уйти с работы» и имеет определенные риски для психологического благополучия женщины: «Материнство как кропотливая, ежедневная и ненормированная деятельность женщины по реализации материнских функций обуславливает возможность возникновения эмоционального “выгорания” [Там же. С. 13].

Вслед за В. В. Бойко [1996], Л. А. Базалева рассматривает материнское эмоциональное выгорание как динамический процесс, который соответствует стадиям стресса, выделенным Г. Селье. Каждой стадии свойственные свои симптомы:

- в фазе «напряжения» доминируют симптомы когнитивного компонента («осознание проблем»);
- в фазе «резистенции» преобладают симптомы аффективного компонента («избирательность эмоционального реагирования», «расширение сферы экономии эмоций»);
- в фазе «истощения» превалируют симптомы психосоматических нарушений;
- симптомы когнитивного компонента сопровождают все фазы эмоционального «выгорания» [Базалева, 2010].

Одним из значимых факторов, влияющих на формирование синдрома эмоционального выгорания родителей, является рождение ребенка с нарушениями развития, в частности с расстройством аутистического спектра.

Расстройства аутистического спектра (далее – РАС) – собирательный термин для отдельной группы дефектов развития, имеющих первичный характер. «Нарушения проявляются практически во всех областях психической деятельности: когнитивной, аффективной, коммуникативной, сенсорики и моторики, внимания, памяти, мышления, речи и представляют трудности в диагностике и лечении» [Натарева и др., 2013. С. 8]. Процент диагностирования РАС «непрерывно

растет в последние 40 лет и в настоящее время составляет более 1 % (1 из 68) детского населения» [Трифонов и др., 2016. С. 960].

Безусловно, наличие у ребенка серьезного хронического заболевания, выраженных нарушений развития уже само по себе является мощным фактором стресса для родителей. Существуют исследования по эмоциональному выгоранию родителей детей с онкологическими заболеваниями [Norberg, 2007], детской шизофренией [Кмить, Попов, 2012; 2013]. «Выгорают» родители детей с синдромом Дауна, ДЦП.

Но в случае с аутизмом объективные факторы стресса многократно усиливаются отсутствием обратной связи от ребенка, проявлениями его любви и привязанности: «В отличие от родителей, воспитывающих детей с другими нарушениями в развитии (синдром Дауна, нарушение сенсорных систем), родители детей с РАС гораздо реже могут услышать от своего ребенка спонтанное выражение любви и теплоты» [Нестерова и др., 2016. С. 69].

И хотя в ситуации рождения ребенка с особенностями развития синдрому ЭВ подвержены оба родителя, именно на матери лежит ответственность за ежедневные занятия с ребенком, без которых не будет прогресса в его развитии. Мать, постоянно контактируя с ребенком, испытывает большую психоэмоциональную нагрузку. Объективные причины тяжести положения матери аутичного ребенка зачастую усиливаются еще и субъективными негативными переживаниями: «Стресс в наибольшей степени проявляется именно у матерей аутичных детей. Они не только испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости своих детей, но и имеют очень низкую самооценку, считая, что недостаточно хорошо выполняют свою материнскую роль» [Никольская и др., 1997. С. 78].

Известно, что матери детей с аутизмом в силу их поведенческих особенностей (отсутствие контакта глаз, мутизм, отсутствие следования, кажущаяся эмоциональная холодность ребенка, непереносимость тактильного контакта и пр.) оценивают себя как «плохих» матерей.

Помимо этого, следует отметить, что хроническая депривация потребностей, важных для любого человека, может спровоцировать развитие синдрома ЭВ. Материальные трудности, нехватка времени на собственные нужды увеличивают стресс у родителей детей с РАС.

Формирование синдрома ЭВ в значительной степени зависит от того, какие стратегии совладающего поведения использует человек. «В случае если индивид использует адекватный способ преодо-

ления стрессовой ситуации, вероятность возникновения “психического выгорания” уменьшается. Использование неадекватного способа преодоления стрессовой ситуации (или неиспользование адекватного способа ее преодоления) ведет к формированию феномена “психического выгорания”» [Чутко, Козина, 2014. С. 16–17].

«Среди наиболее конструктивных стратегий совладания родителей детей с РАС выделяют: когнитивные стратегии переоценки ситуации; использование активного проблемно-ориентированного копинга; расширение доступа к внутренним и внешним ресурсам (открытость новому опыту); готовность искать социальную поддержку» [Нестерова и др., 2016. С. 84].

Чтобы подробнее изучить данную проблему, нами было проведено пилотное исследование, целью которого стало изучение структуры и специфики эмоционального выгорания матерей детей с РАС, а также стратегий совладающего поведения и регуляции эмоций, которые они используют.

Актуальность работы обусловлена увеличением количества детей с РАС и, соответственно, необходимостью разработки комплекса мер по психологической помощи не только детям с РАС, но и их родителям.

Описание выборки и методик исследования

В основную группу родителей вошли 28 матерей, воспитывающих детей с РАС (всего 30 детей, из них 20 мальчиков и 10 девочек). Дети с РАС возраста от 2 до 11 лет. Возраст матерей – от 26 до 51 года (средний возраст 35 лет), 26 проживают в полных семьях и 2 в неполных. 11 из них воспитывают 1 ребенка, 14 – двух детей, 1 – троих детей, 2 – четверых. Две матери воспитывают по 2 ребенка с аутизмом.

Дети имеют следующие диагнозы: детский аутизм с умеренной умственной отсталостью, аутизм с синдромом Мартина-Белла, синдром Аспергера, ранний детский аутизм, аутизм с умственной отсталостью и синдромом Вильямса, расстройство аутистического спектра, аутизм с эпилепсией, детский аутизм с тугоухостью, высокофункциональный аутизм с СДВГ, детский аутизм с другими расстройствами поведения.

Базами исследования выступили: Центр прикладного анализа поведения НГУ, Абилитационный центр им. А. И. Бороздина, ресурсный класс ОЦ «Горностай», неврологическое отделение клиники «Санитас», молодежный центр «100 друзей», центр поведенческой

коррекции «Новая перспектива», детский центр коррекции поведения «Дай пять», центр помощи детям «Диада +».

Группа сравнения подбиралась эквивалентно основной группе по семейному положению и возрасту родителей и детей. Дети данной группы – нейротипичные и не имеют серьезных хронических заболеваний. В группу вошли 27 матерей, воспитывающих условно здоровых детей (всего 29 детей, 19 мальчиков и 10 девочек). Возраст матерей – от 25 до 45 лет, средний возраст – 34 года. Из них 24 – из полных семей и 3 из неполных; 13 матерей воспитывают 1 ребенка, 11 матерей воспитывают 2 детей, 2 женщины – 3 детей и 1 женщина – 4 детей. Матери заполняли методики по отношению к одному из детей в семье в соответствии с возрастом (от 2 до 12 лет), две женщины заполнили опросники по отношению к двум детям в семье.

В исследовании были использованы следующие *методики*. Для изучения эмоционального выгорания – «Опросник эмоционального выгорания для матерей» Л. А. Базалева, опросник «Родительское выгорание» И. Н. Ефимовой. Для выявления особенностей отношения к детям, предположительно связанных с эмоциональным выгоранием, – «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» Е. И. Захаровой. Для изучения стратегий совладающего поведения использовали опросник «Преодоление трудных жизненных ситуаций» В. Янке, Г. Эрдманн, адаптация Н. Е. Водопьяновой; стратегий регуляции эмоций – опросник когнитивной регуляции эмоций CERQ Н. Гарнефски и В. Крайг в адаптации О. Л. Писаревой и А. А. Гриценко и опросник родительской регуляции эмоций PERQ Дж. А. Кохен и А. П. Маннарино. Также было проведено структурированное авторское интервью.

Результаты

Согласно данным проведенного нами исследования, в основной и контрольной группах различается структура эмоционального выгорания.

У матерей детей с РАС более выражены следующие симптомы (см. таблицу).

1. Все четыре симптома первой фазы ЭВ (напряжение): тревога, «загнанность в клетку», неудовлетворенность собой, осознание проблем взаимодействия с ребенком, напряжение.

2. Один из четырех симптомов второй фазы ЭВ (резистентность): экономия эмоций.

3. Один из четырех симптомов третьей фазы ЭВ: психосоматические нарушения.

Сравнение структуры эмоционального выгорания (опросник Л. А. Базалевой) матерей детей с РАС (группа 1) и матерей условно здоровых детей (группа 2), *U*-критерий Манна–Уитни, значимые различия

Симптомы ЭВ	Нормированная сумма рангов		<i>U</i>	<i>P</i>
	1 группа	2 группа		
Тревога (фаза 1)	34,2	19,5	155,5	0,001
Загнанность в клетку (фаза 1)	33,0	20,7	188,0	0,004
Неудовлетворенность собой (фаза 1)	31,7	22,1	224,0	0,024
Осознание проблем взаимодействия с ребенком (фаза 1)	34,4	19,3	152,0	< 0,001
Напряжение (фаза 1)	33,4	20,4	178,5	0,002
Экономия эмоций (фаза 2)	33,4	20,3	177,0	0,002
Психосоматические нарушения (фаза 3)	34,2	19,5	155,5	0,001

По опроснику И. Н. Ефимовой также выявлено значимое преобладание у матерей детей с РАС первой фазы эмоционального выгорания и не выявлены различия в выраженности второй и третьей фаз.

Необходимо отметить, что значимое увеличение отмечено для симптомов, связанных с психоэмоциональным состоянием самих матерей, с их самооценкой и самоотношением, но не отмечено для симптомов, связанных с отчуждением от ребенка, эмоциональным дистанцированием. Собственно, эту тенденцию мы видим в увеличении первой фазы эмоционального выгорания. Матери детей с РАС демонстрируют реакцию на стресс, но не увеличение, по сравнению с группой условно здоровых детей, защитных стратегий отстранения, избегания, проявляющихся на второй и третьей фазах.

Проявления недовольства собой как родителем четко прослеживается в ходе интервьюирования. Многие матери говорили о чувстве своей неполноценности, ущербности и дефектности: «Ты не чувствуешь себя полноценной мамой. У меня не было этого с самого начала»; «Я ненавидела себя, своего ребенка. Он отказался от груди в 4 месяца, я чувствовала себя недоматерью»; «Однажды невролог мне сказала, что мой ребенок похож на детдомовского... на ребенка, недолюбленного мамой».

Для уточнения того, как ситуация хронического напряжения сказывается на взаимодействии с ребенком, мы сравнили стратегии эмоционального взаимодействия с детьми у матерей двух групп. Матери детей с РАС показали сходный уровень понимания причин состояния ребенка, способность воспринимать состояние ребенка, способность к сопереживанию, стремление к телесному контакту с ребенком. Единственное различие показано для безусловного принятия ребенка, которое значимо ниже у матерей, воспитывающих детей с РАС ($U = 226,0, p = 0,027$).

Для более подробного изучения стратегий преодоления стресса и способов саморегуляции у участниц исследования, мы рассмотрели особенности совладающего поведения у матерей, воспитывающих детей с РАС, и нейротипичных детей. Единственное различие, выявленное по опроснику «Преодоление трудных жизненных ситуаций» – это более выраженная жалость к себе у матерей детей с РАС ($U = 174,5, p = 0,032$).

Также сравнивали особенности регуляций эмоций у матерей детей с РАС. Согласно данным методики PERQ, у них более выражена когнитивная переоценка проблемных ситуаций, связанных с ребенком ($U = 172,0, p = 0,001$), и подавление мыслей, вызывающих связан-

ные с ребенком негативные эмоции ($U = 96,0, p < 0,001$). С помощью методики CERQ показано большее использование стратегии смирения с нежелательными ситуациями, принятия их как неизменной данности, без попыток их преодолеть ($U = 226,0, p < 0,027$). Не выявлено увеличения стратегии избегания неприятных ситуаций, связанных с ребенком, а также капитуляции перед сиюминутными желаниями ребенка, без учета его действительных нужд (PERQ). Это согласуется с данными методик, измеряющих эмоциональное выгорание и особенности эмоционального взаимодействия с детьми – матери детей с РАС, составившие выборку данного исследования, не демонстрируют склонности к дистанцированию от своих детей. Необходимо отметить, что это может быть связано с составом выборки – это матери, занимающиеся с детьми в специализированных центрах, т. е. ориентированные на помощь ребенку и в определенной степени социально интегрированные. Необходимо также отметить выравнивание групп исследования по числу полных и неполных семей (число последних выше в генеральной совокупности семей, воспитывающих детей с РАС), что снижает воздействие фактора материального благополучия.

Тем не менее участницы исследования, воспитывающие детей с РАС, отмечают сложности взаимоотношений в семье: «Муж тоже не до конца принимает ребенка. Муж все позже приходит с работы, ему проще там быть. Приходит, когда мы уже спим», «Когда муж узнал диагноз, он прям психанул. Сейчас у него больше роль добытчика. Мало участвует в занятиях», «У папы работа, интересы. Хотелось бы, чтобы он с ребенком общался больше. Мне кажется, что муж не до конца принял ситуацию», «У нас были проблемы с мужем и начался регресс у сына», «Я в легкой депрессии постоянно нахожусь. Начались проблемы в браке», «К отцу она идет, но папа редко с ней контактирует», «У папы депрессия, когда долго находится с ребенком», «Даже муж не знает всех особенностей диагноза ребенка». Боясь осуждения, еще большего неприятия, родители иногда скрывают медицинский диагноз от родственников, которые продолжают думать, что ребенок просто «странный»: «Когда он у нас родился, родственники отвернулись. Много денег уходило на лечение, иногда было нечего есть. Свекр не помогал. Бабушки и сейчас не знают диагноза». «Мои родители его не понимают. Они думают, что он обычный». «Бабушки и дедушки не берут его из-за стимов. Они не признают, что он особенный». «Дед отрицает проблемы». Также родители зачастую обеспокоены отношениями между детьми в семье. Ребенок с аутизмом

может проявлять агрессию к сиблингу либо родитель боится ее потенциального появления: «Отношения с братом напряженные. Когда она нервничает, может обидеть, толкнуть сильно», «Раньше он бил брата. Потом младший начала давать отпор», «Я боюсь его агрессии в подростковом возрасте... Что это будет направлено на сестру, и их отношения испортятся».

Данные, полученные с помощью интервью, позволили выявить личностные ресурсы, помогающие преодолевать трудности, возникающие при воспитании ребенка с РАС. Даже минимальный успех ребенка придает сил: «Жизнь с аутичным ребенком научила меня радоваться мелочам. Любым микроскопическим подвижкам», «Силы дает любой наш прогресс, любой миллиметровый шаг», «Радуют его успехи, даже самые маленькие достижения, минимальные шаги».

50 % матерей из основной группы ответили, что главным ресурсом при общении являются их любовь к ребенку и его принятие: «Любовь к нему дает силы», «Делает счастливой сам факт его существования», «Дети – мое счастье. Что они у меня есть», «Ребенок меня любит, и я ее люблю», «Для меня это солнышко, которое светит», «Друг без друга мы никак».

90 % матерей отметили, что силы им дает прогресс в развитии ребенка (получение новых академических знаний, навыков самостоятельности): «Меня делает счастливой то, что она учится», «Радуют любые ее успехи, которые вливают ее в социум», «Мотивирует то, что динамика идет», «Радует его стремление учиться и получать знания о людях», «Осознание того пути, который он уже прошел. То, что он постепенно из ребенка с диагнозом превращается в личность», «Очень радуют ее успехи в любом деле, будь то рисунок или рассказанное на утреннике стихотворение. Это дает понять, что мои вложения в ребенка не напрасны».

Ресурсом выступает проявление эмоций любви и радости со стороны ребенка: «Когда он проявляет чувства, у меня меняется отношение к себе», «Счастливой делает то, что он ласковый, как котенок», «Она стала по мне скучать, началась та обратная связь, ради которой ребенка рожаем», «Делает счастливой то, что он любвеобильный, “мама” когда говорит». «Любовь его, которая проявляется в том, что он скучает, хочет, чтобы мы были рядом».

Матери отмечают роль совместной деятельности матери и ребенка: «Я радуюсь, когда что-то вместе делаем в течение долгого времени», «Надеюсь, уроки нас сблизят», «Делают счастливой аппликации с ним, какое-то творчество», «Мне дает ресурс наша совместная дея-

тельность, вместе преодолевали ее страхи», «Когда мы с ним вместе что-то делаем».

Отмечается положительная роль стремления ребенка к телесному контакту: «Он ласковый, как котенок», «Обнимаемся по утрам, вечерам».

Наличие в семье здорового ребенка / детей часто служит мощным поддерживающим ресурсом для родителей: «Поддерживаю себя вторым ребенком. Только им и спасаемся». «Я уже ничего от нее не жду, у меня еще один ребенок есть». «Меня сильно спасает здоровый ребенок».

Зачастую фактор наличия ребенка с РАС в семье выступает фактором, существенно снижающим социальную включенность: «Мы мало с кем стали общаться. Люди косятся. Чувствуешь себя некомфортно», «Эти истерики его на пустом месте... не выйти никуда с ним», «Многие относятся к нам с негативом, даже с отвращением. Говорят, что таких детей надо изолировать». «Мне говорят, что надо стать толстокожей, не реагировать так на окружающих. А я не могу...», «Круг общения с появлением особого ребенка сильно сужается».

Согласно имеющимся представлениям, мощным поддерживающим фактором и средством профилактики эмоционального выгорания является наличие адекватной социальной поддержки, которая может значительно улучшить психологическое состояние родителей ребенка с аутизмом. «Проблемы ребенка не должны стать сигналом к изоляции родителей, к свертыванию их собственной жизни» [Каган, 2015. С. 87].

В. Е. Каган пишет о том, что «в 1970-х годах, когда никакой организованной работы с аутичными детьми в стране еще не было, я просто по мере возможности знакомил семьи аутичных детей, чтобы они могли обмениваться опытом» [Там же. С. 82]: «...таким семьям вообще полезно общаться между собой. Они не только хорошо понимают друг друга, но каждая из них имеет свой уникальный опыт переживания кризисов, преодоления трудностей и достижения успехов, освоения конкретных приемов решения многочисленных бытовых проблем» [Никольская и др., 1997. С. 79].

Участницы исследования указывали на социальную поддержку как на важный ресурс: «Я активно общаюсь с мамами в клубах, на форумах. Мы устраиваем совместные праздники, это дает силы». Но есть и другая точка зрения: «С мамами я редко общаюсь. Они замкнутые все, только про детей и общаются. Они ж дома сидят, а я работаю. Начинают чушь нести про то, как лечить аутизм».

Для выявления эффективных механизмов преодоления действия специфических стрессовых факторов, связанных с воспитанием детей с РАС, как мы полагаем, необходимы дальнейшие исследования данной группы – сравнение совладающего поведения и стратегий регуляции эмоций у матерей с разным уровнем эмоционального выгорания.

Выводы

Таким образом, в данном исследовании выявлена специфика эмоционального выгорания у матерей, воспитывающих детей с аутизмом, состоящая в увеличении его первой фазы – напряжения. Они испытывают бóльшую тревогу, напряжение, ощущение личных ограничений, чем матери, воспитывающие нейротипичных детей. В то же время не выявлено тенденций дистанцирования и отчуждения от ребенка. У матерей, воспитывающих детей с РАС, отмечена специфика эмоциональной регуляции: они в большей степени, чем матери, воспитывающие нейротипичных детей, склонны использовать положительную переоценку проблемных ситуаций, связанных с детьми, подавлять неприятные мысли, связанные с ребенком, смиряться с существующей ситуацией как с неизбежностью. По данным интервью, важными ресурсами, позволяющими справляться со стрессом, оказываются успехи ребенка, сформировавшего какие-либо умения, любовь к ребенку, проявление эмоций любви и радости со стороны ребенка, совместная деятельность матери и ребенка, наличие здорового ребенка в семье, в некоторых случаях – социальная поддержка, общение с другими матерями детей с РАС.

Список литературы

Базалева Л. А. Личностные факторы эмоционального «выгорания» матерей в отношениях с детьми: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Краснодар, 2010. 26 с.

Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: ИД «Филин», 1996. 472 с.

Каган В. Е. Аутята. Родителям об аутизме. СПб.: Питер, 2015. 160 с.

Кмить К. В., Попов Ю. В. Эмоциональное выгорание, не связанное с профессиональным стрессом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2013, № 3.

Кмить К. В., Попов Ю. В. Эмоциональное «выгорание» – только лишь результат профессиональных отношений? // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии.* 2012, № 2. С. 98–101.

Натарова К. А., Семке А. В., Гуткевич Е. В. Расстройства аутистического спектра (клинико-динамический, региональный и семейный аспекты). Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2013. 194 с.

Нестерова А. А., Айсина Р. М., Сулова Т. Ф. Руководство для родителей ребенка с расстройством аутистического спектра: вопросы самопомощи и социального развития ребенка. М.: РИТМ, 2016. 216 с.

Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 1997. 342 с.

Трифонова Е. А., Хлебодарова Т. М., Груntenко Н. Е. Аутизм как проявление нарушения молекулярных механизмов регуляции развития и функций синапсов // *Вавиловский журнал генетики и селекции.* 2016, № 20 (6). С. 959–967.

Чутко Л. С., Козина Н. В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 256 с.

Norberg A. L. Burnout in Mothers and Fathers of Children Surviving Brain Tumour // *Journal of clinical psychology in medical settings.* 2007. Vol. 14, No. 14 (2). P. 130–137.

Материал поступил в редколлегию 16.04.2018

E. A. Dorosheva, U. K. Grabelnikova

*Novosibirsk State University
1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

Elena.dorosheva@mail.ru, unamela@mail.ru

**EMOTIONAL BURNOUT, SPECIFIC OF COPING STRATEGIES
AND EMOTIONAL REGULATION IN THE MOTHERS
OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

The structure of emotional burnout, specific of coping strategies and emotional regulation in the mothers of children with autism spectrum

disorders are considered. The comparison group includes mothers of neurotypical children. Mothers of children with ASD demonstrate increasing of first emotional burnout phase while they haven't revealed trends of distancing and alienation from the child. They often use a cognitive reappraisal of problem situations, suppression unpleasant thoughts associated with the child, to accept the existing situations as inevitable. Important resources to cope with stress are the achievements of a child (developing any skills), the presence of a healthy child in the family, in some cases – social support, communication with other mothers of children with ASD.

Keywords: autism spectrum disorders, burnout in mothers, coping behavior, emotional regulation.

References

Bazaleva L. A. Lichnostnye faktory emocional'nogo «vygoraniya» materej v otnosheniyah s det'mi [Personal factors of emotional "burnout" of mothers in interactions with children]. Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. Krasnodar, 2010, 26 p. (In Russ.)

Bojko V. V. *Energiya emocii v obshchenii: vzglyad na sebya i na drugih* [Energy of Emotions in Communication: a Look at Yourself and Others]. Moscow, ID «Filin», 1996, p. 472. (In Russ.)

Kmit' K. V., Popov Yu. V. Emocional'noe vygoranie, ne svyazannoe s professional'nym stressom [Emotional burnout not associated with professional stress]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii*, 2013, no. 3. (In Russ.)

Kmit' K. V., Popov Yu. V. Emocional'noe «vygoranie» – tol'ko lish' rezul'tat professional'nyh otnoshenij? [Emotional "burnout" - only the result of professional relations?]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii*, 2012, no. 2, p. 98–101. (In Russ.)

Kagan V. E. *Autyata. Roditelyam ob autizme* [Child with autism. To tell parents about autism]. St. Petersburg, Piter Publ., 2015, 160 p.

Natarova K. A., Semke A. V., Gutkevich E. V. *Rasstroistva autisticheskogo spektra (kliniko-dinamicheskij, regional'nyj i semejnnyj aspekty)* [Autism spectrum disorders (clinical-dynamic, regional and family aspects)]. Tomsk, «Ivan Fedorov» Publ., 2013, 194 p. (In Russ.)

Nesterova A. A., Ajsina R. M., Suslova T. F. *Rukovodstvo dlya roditel'ej rebenka s rasstroistvom autisticheskogo spektra: voprosy samopomoshchi i social'nogo razvitiya rebenka*. [A guide for parents of a child with autism

spectrum disorder: issues of self-help and social development of the child]. Moscow, RITM Publ., 2016, 216 p. (In Russ.)

Nikol'skaya O. S., Baenskaya E. R., Libling M. M. *Autichnyj rebenok. Puti pomoshchi* [Autistic child. Ways of help]. Moscow, Terevinf Publ., 1997, 342 p. (In Russ.)

Trifonova E. A., Hlebodarova T. M., Gruntenko N. E. Autizm kak proyavlenie narusheniya molekulyarnyh mekhanizmov regulyacii razvitiya i funkcii sinapsov [Autism as a manifestation of the molecular mechanisms of regulation of the development and functions of synapses impairment]. *Vavilovskii zhurnal genetiki i selekcii*, 2016, no. 20 (6), p. 959–967. (In Russ.)

Chutko L. S., Kozina N. V. *Sindrom emocional'nogo vygoraniya. Klinicheskie i psihologicheskie aspekty* [Burnout syndrome. Clinical and psychological aspects]. Moscow, MEDprecis-inform, 2014, 256 p. (In Russ.)

Norberg A. L. Burnout in Mothers and Fathers of Children Surviving Brain Tumour. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 2017, no. 14 (2), p. 130–137.

УДК 159.9.072

О. В. Киселева

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

kiseleva_ov@inbox.ru

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Статья посвящена исследованию самооценки, тревожности, копинг-стратегий у молодых мужчин с наркотической зависимостью. Выборку исследования составили 29 молодых мужчин в возрасте от 18 до 30 лет с наркотической зависимостью, находящихся в реабилитационном центре «Берег надежды» г. Новосибирска. В контрольную группу вошли 36 студентов НГУ мужского пола в возрасте от 18 до 22 лет без наркотической зависимости. Для проведения психодиагностического исследования были использованы методики «Личностный дифференциал» (2002) (вариант, адаптированный в НИИ им. В. М. Бехтерева), «Интегративный тест тревожности (ИТТ)» (методика, адаптированная А. П. Бизюком, Л. И. Вассерманом, Б. В. Иовлевым, 2001), опросник «Способов совладающего поведения» Р. Лазаруса, С. Фолькмана (1988). Согласно полученным результатам самооценка молодых мужчин с наркотической зависимостью достаточно нестабильна и резко меняется в зависимости от их состояния, местонахождения и установки на лечение. На момент снятия абстинентного синдрома самооценка наркозависимых характеризуется идеализированным представлением о себе, иллюзорностью, неспособностью критически оценивать свои характеристики и отрицанием существования у себя психологических проблем. Выявленный в данной группе уровень ситуативной тревоги и личностной тревожности свидетельствует о наличии дезадаптации как в интер- или интраиндивидуальных отношениях, так и дисгармонии со средой в целом. В структуре тревожности у молодых мужчин с наркотической зависимостью выражены эмоциональный дискомфорт, ощущение непонятной угрозы, общая озабоченность будущим на фоне повышения эмоциональной чувствительности. Способы совладающего поведения в группе наркозависимых сопровождаются проявлением чувства вины и неудовлетворенности собой в группе, использованием примитивных, инфантильно-защитных механизмов

Киселева О. В. Исследование личностно-психологических характеристик у молодых мужчин с наркотической зависимостью // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 19–36.

совладания со стрессом, таких как дистанцирование, избегание, конфронтация, игнорирование действенного решения проблемы в виде ее положительной переоценки.

Ключевые слова: системный подход, биопсихосоциальная модель, наркотическая зависимость, личностно-психологические характеристики, самооценка, тревога, тревожность, копинг-стратегии.

Несмотря на всестороннюю изученность проблемы наркомании, актуальность данного вопроса сохраняется и на сегодняшний день. Связано это во многом с необходимостью профилактики наркотической зависимости среди населения, а также реализацией реабилитационных программ и психотерапии для лиц с наркотической зависимостью. В данном контексте психологический подход к решению проблем зависимого поведения наряду с медициной и физиологией является значительным ресурсом, позволяющим более полно реализовать возможности психотерапии [Клиническая психотерапия в наркологии, 2012].

Теоретико-методологической основой рассмотрения проблемы наркотизации в нашем исследовании стала парадигма системного подхода в медицине и психологии, а также биопсихосоциальная модель заболевания и здоровья человека [Никольская, 2011; Клиническая психотерапия в наркологии, 2012; Бельков, 2014; Ковшова, Кувшинникова, 2016]. Болезни зависимости в настоящее время рассматриваются как мультифакториальные заболевания, понимание причин возникновения которых рассматривается с учетом генетической предрасположенности и «подверженности». Подверженность отражает вероятность возникновения заболевания, которая детерминирована всей совокупностью внешне- и внутрисредовых факторов, определяющихся биологическими, психологическими и социальными механизмами этиопатогенеза [Валентик, Сирота, 2002]. Выделяют отдельные психологические, психосоциальные, социокультурные факторы (культуральные, субкультуральные, микросоциальные), способствующие большему или меньшему распространению алкоголизма и других видов зависимостей от психоактивных веществ [Попов, Вид, 2002; Катков, 2010; Никольская, 2011; Клиническая психотерапия в наркологии, 2012; Бельков, 2014; Ковшова, Кувшинникова, 2016; Киселева, Агеева, 2017].

В клинической (медицинской) психологии, являющейся одной из научных основ современной клинической психотерапии, не проводится четкая грань между изучением причин возникновения зависимости и изучением механизмов ее возникновения и формирования.

Как отмечают исследователи, это может быть обусловлено структурой психологического знания и необходимостью создания целостных объяснительных психологических систем [Клиническая психотерапия в наркологии, 2012]. Говорить о полной изученности психологических механизмов формирования зависимости в настоящее время невозможно. В связи с этим в нашей работе акцент поставлен на исследовании личностно-психологических факторов наркотизации.

Существующие описания в области психологии зависимого поведения позволяют понять роль различных психологических феноменов в формировании зависимостей. Так, к факторам, связанным с формированием наркотической зависимости, исследователи относят: неуверенность в себе, недостаточный самоконтроль и самодисциплину, неумение распознавать и адекватно выражать свои чувства, склонность к самодеструктивному поведению, отсутствие навыков заботы о себе, неумение принимать ответственность за собственное поведение, получение сиюминутного удовольствия, наслаждение как ведущий мотив поведения, низкую толерантность к стрессовым ситуациям и отсутствие навыков управления стрессом, неумение эффективно разрешать конфликтные ситуации, заниженную или завышенную самооценку, несформированность коммуникативных навыков, собственной системы ценностей, пассивность в их достижении, акцентуации характера. Понимание роли аномалий личности, совладающего поведения, дефицитарности внутреннего контроля и структуры самооценки, нарушения переживания времени, нарушения саморегуляции функции самосознания, механизмов социализации, семантики внутреннего восприятия, мотивации к лечению, структуры психологического и психотерапевтического вмешательства, также расширило проблемное поле научных исследований в наркологии и обозначило широкую область применения клинической психологии как самостоятельного направления исследований в наркологии, а также клинических и психологических основ психотерапии зависимостей [Братусь, 1988; Грюнталь, 2002; Тхостов и др., 2005; Сирота, Ялтонский, 2008]. Тем не менее следует признать, что психологические механизмы формирования зависимости от алкоголя и наркотиков остаются не до конца раскрытыми.

В данной работе мы поставили цель дифференцированно подойти к исследованию таких личностно-психологических характеристик лиц с наркотической зависимостью, как самооценка, тревожность, копинг-стратегии, а также объяснить психологические механизмы, лежащие в основе их функционирования. Мы предполагаем, что самооценка молодых мужчин с наркотической зависимостью не всег-

да адекватна и не соответствует их реальным возможностям. Также для них характерно повышение показателей личностной тревожности на фоне переживаемого эмоционального дискомфорта и неопределенности в отношении своего будущего. Для совладания со стрессом лица с наркотической зависимостью используют инфантильные защитно-совладающие механизмы, которые не способствуют решению задач их адаптации.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 29 молодых мужчин в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст $24,2 \pm 5,04$) с наркотической зависимостью, находящихся в наркологическом реабилитационном центре «Берег надежды» г. Новосибирска. Период употребления наркотических веществ у них составляет от 2 мес. до 18 лет (средний стаж употребления 6 лет 7 мес. $\pm 5,6$). У 41 % (12 чел.) данной группы был поставлен диагноз сочетанной зависимости от алкоголя, опиоидов, психостимуляторов и синтетических каннабиноидов, 59 % (17 чел.) употребляли только синтетические каннабиноиды (курительные смеси, «Спайс»). Периоды ремиссии колебались от 1 месяца до 1 года и 7 мес. В качестве контрольной группы для участия в исследовании были привлечены 36 студентов мужского пола Новосибирского государственного университета в возрасте от 18 до 22 лет (средний возраст $21,2 \pm 1,2$). В общем в исследовании приняли участие 68 молодых мужчин. Далее по тексту исследуемые лица с наркотической зависимостью будут обозначены как **1-я группа**, лица без наркотической зависимости – **2-я группа**.

Методика

Для получения данных и их последующего анализа были использованы психодиагностический и статистический методы. Показатели самооценки в исследуемых группах были получены с помощью методики «Личностный дифференциал» (2002) (вариант, адаптированный в НИИ им. В. М. Бехтерева) [Методика личностного дифференциала, 2002]. Для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики использовалась методика «Интегративный тест тревожности (ИТТ)» адаптированная А. П. Бизюком, Л. И. Вассерманом, Б. В. Иовлевым (2001) [Методические рекомендации..., 2001].

Для исследования копинг-стратегий был применен опросник «Способов совладающего поведения» Р. Лазаруса, С. Фолькмана (1988). Используемая версия опросника адаптирована Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк, М. С. Замышляевой (2004) и дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. В. М. Бехтерева Л. И. Вассерманом, Б. В. Иовлевым, Е. Р. Исаевой, Е. А. Трифионовой, О. Ю. Щелковой, М. Ю. Новожиловой (2009) [Методика для психологической диагностики..., 2009]. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью лицензионного пакета программ IBM SP SS Statistics 22. Достоверность различий между группами устанавливалась с помощью *U*-критерия Манна–Уитни.

Исследование показателей самооценки с помощью методики «Полярные профили» выявило достоверно значимое различие по всем факторам: фактор «Оценка» (0,85 и 0,43 соответственно; $U = 292$; $p = 0,002$), фактор «Сила» (0,64 и 0,01 соответственно; $U = 368$; $p = 0,041$), фактор «Активность» (0,93 и 0,31 соответственно; $U = 368$; $p = 0,041$) (табл. 1). Полученные показатели в обеих группах находятся в пределах положительных значений и свидетельствуют о позитивной самооценке исследуемых лиц, при этом показатели как в 1-й, так и во 2-й группе относительно невысоки (диапазон показателей может находиться в пределах от -3 до $+3$).

Результаты исследования

Таблица 1

Показатели методики «Личностный дифференциал»
в двух группах

Критерий	1-я группа ($n = 28$)	2-я группа ($n = 29$)	<i>U</i> -критерий Манна – Уитни	<i>p</i>
	$m \pm \sigma$			
Фактор «Оценка»	0,85 ± 1,01	0,43 ± 0,38	292	0,002
Фактор «Сила»	0,64 ± 1,23	0,01 ± 1,14	368	0,041
Фактор «Активность»	0,93 ± 1,32	0,31 ± 1,26	368	0,041

Таблица 2

Показатели по методике
«Интегративный тест тревожности (ИТТ)» в двух группах

Критерий	1-я группа (n = 28)	2-я группа (n = 29)	U-критерий Манна – Уитни	p
	m ± σ			
Общий уровень ситуативной (реактивной) тревоги (СТ-С)	18,45 ± 10,80	10,89 ± 7,82	267	0,001
Общий уровень личностной тревожности (СТ-Л)	23,82 ± 8,26	19,11 ± 6,08	338	0,015
Астенический компонент тревожности (АСТ)	112,38 ± 68,27	125,72 ± 54,56	470	0,492
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	175,66 ± 57,31	135,78 ± 24,48	276	0,001
Фобический компонент тревожности (ФОБ)	119,38 ± 68,88	77,39 ± 61,71	340	0,016
Тревожная оценка перспектив (ОП)	179,55 ± 46,97	135,17 ± 47,25	250	0,000
Социальная защита (СЗ)	112,86 ± 69,64	71,44 ± 58,17	345	0,017

Показатели шкал опросника
«Способы совладающего поведения» в двух группах

Таблица 3

Критерий	1-я группа (n = 28)	2-я группа (n = 29)	U-критерий Манна – Уитни	p
	m ± σ			
Конфронтация	60,89 ± 20,48	48,76 ± 13,49	328	0,010
Дистанцирование	57,34 ± 21,96	37,04 ± 15,59	237	0,000
Самоконтроль	59,83 ± 11,33	56,88 ± 16,14	507	0,843
Поиск социальной поддержки	57,58 ± 16,96	53,09 ± 20,76	420	0,176
Принятие ответственности	70,67 ± 23,99	50,93 ± 23,21	283	0,002
Бегство / избегание	63,81 ± 26,18	37,96 ± 18,84	210	0,000
Планирование	63,95 ± 19,98	67,59 ± 19,63	452	0,355
Положительная переоценка	60,95 ± 11,74	51,06 ± 16,87	343	0,018

Для описания и интерпретации полученных результатов значения показателей ИТТ приведены в табл. 2 в сырых баллах, в текстовом описании эти значения переведены также в станайны. В результате сравнения показателей достоверно значимые различия между 1-й и 2-й группами были получены по показателям шкал: общий уровень ситуативной тревоги (18,45 (7 станайнов) и 10,89 (4 станайна) соответственно; $U = 267$; $p = 0,001$), общий уровень личностной тревожности (23,82 (8 станайнов) и 19,11 (7 станайнов) соответственно; $U = 338$; $p = 0,015$), эмоциональный дискомфорт (175,66 (8 станайнов) и 135,78 (6 станайнов) соответственно; $U = 276$; $p = 0,001$), фобический компонент тревожности (119,38 (7 станайнов) и 77,39 (6 станайнов) соответственно; $U = 340$; $p = 0,016$), тревожная оценка перспектив (179,55 (7 станайнов) и 135,17 (6 станайнов) соответственно; $U = 250$; $p = 0,000$), социальная защита (112,86 (5 станайнов) и 71,44 (3 станайна) соответственно; $U = 345$; $p = 0,017$).

При сравнении показателей шкал опросника «Способы совладающего поведения» также были выявлены достоверно значимые различия между 1-й и 2-й группами: конфронтация (60,89 и 48,76 соответственно; $U = 328$; $p = 0,010$), дистанцирование (57,34 и 37,04 соответственно; $U = 237$; $p = 0,000$), принятие ответственности (70,67 и 50,93 соответственно; $U = 283$; $p = 0,002$), бегство / избегание (63,81 и 37,96 соответственно; $U = 210$; $p = 0,000$) и положительная переоценка (60,95 и 51,06 соответственно; $U = 292$; $p = 0,002$) (табл. 3). При этом ведущей копинг-стратегией для 1-й группы является «Принятие ответственности», в то время как для 2-й группы максимальное количество баллов отмечено при использовании копинг-стратегии «Планирование». Следует отметить, что в ответах испытуемых 1-й группы диагностированные показатели практически по всем шкалам приближены к крайним значениям и свидетельствуют о выраженном предпочтении исследуемых стратегий. Для 2-й группы показатели по шкалам «Дистанцирование», «Бегство / избегание» свидетельствуют о редком использовании данных стратегий, остальные копинг-стратегии находятся в пределах умеренных значений (исключение представляет стратегия «Планирование», показатели которой говорят о выраженном предпочтении данной стратегии).

Обсуждение результатов

Полученные на момент исследования результаты самооценки показали, что лицам с наркотической зависимостью в большей степе-

ни свойственны принятие себя как личности, склонность осознавать себя носителями позитивных, социально желательных характеристик, в определенном смысле удовлетворенность собой; в их оценках присутствует большая уверенность в себе, независимость, склонность рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. Себя молодые мужчины с наркотической зависимостью описывали как общительных, активных, в какой-то степени импульсивных. Анализируя показатели самооценки в группе наркозависимых, можно сказать, что реальная ситуация их дезадаптации свидетельствует об идеализированном, субъективном представлении о своих характеристиках.

Представленные данные отражают одну из полярных сторон в самооценке наркозависимых. Как известно, аддиктов отличает крайне неустойчивая и поляризованная самооценка, которая резко меняется в зависимости от состояния больного, его местонахождения и установки на лечение. В период употребления наркотических средств, а также при выходе из состояния острой абстиненции (последнее характерно для исследуемой нами группы наркозависимых) больные склонны иметь завышенные показатели самооценки, выставлять себе позитивные оценки по здоровью, воле, характеру, отрицать свою зависимость от наркотиков [Ланда, 1989; Клиническая психотерапия в наркологии, 2012].

Позитивное представление о себе у наркозависимых может носить компенсаторный характер, описываемый на языке медицинских терминов как «анозогнозия», которая традиционно рассматривается как «отрицание болезни», «недооценка симптомов болезни», «игнорирование болезни», «отсутствие беспокойства по поводу своего состояния», «некритическая оценка имеющегося дефекта либо заболевания». Считается, что, являясь клиническим феноменом, на психологическом уровне она соответствует МПЗ «отрицание» (denial), которое рассматривается как стремление избежать новой информации, не совместимой со сложившимися представлениями о себе [Зенцова, Федорова, 2013; Узлов, 2013]. Такое идеализированное представление о себе у наркозависимых отличается иллюзорностью, неспособностью замечать и критически оценивать очевидное (результаты анализов, обследований, заключения врачей, психологов и пр.), что в значительной степени препятствует успешному прохождению программ реабилитации. Нередко требуются большие усилия, чтобы разрушить иллюзии «идеального субъективного мира», повернуть пациента лицом к жестокой реальности для принятия им ответственного решения за свое здоровье и жизнь в целом [Узлов, 2013].

На самом деле, анализ литературы показывает, что высокая самооценка служит «изолятором» от отклоняющегося поведения, а низкая самооценка сама является мощной детерминантой такого поведения [Клиническая психотерапия в наркологии, 2012]. Так, по данным П. Д. Шабанова, лицам с наркотической зависимостью присущи неведение в себя, склонность прибегать к психологической защите, чувство вины, низкая самооценка, недостаточность самоконтроля, пассивность по отношению к себе, зависимость от внешних обстоятельств [2001]. Если принять во внимание положения психодинамической теории развития, то у лиц с зависимым поведением отсутствует базовое чувство благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое создается как функция оптимальной успокоенности, сытости и защищенности в условиях сбалансированных отношений между родителями и развивающимся ребенком [Kohut, 1977]. Вследствие указанного дефицита задерживается обретение способности любить себя и других, наличие которой необходимо для развития у человека чувства собственной ценности и в итоге, – для целеустремленного и независимого существования. В результате такие личности находятся в постоянном метании между позициями малоценности с самоотречением и изоляцией и «всемогущества» с отказом от реальности, самовозвеличиванием и бравадой. Характерной особенностью самооценки аддиктов также являются ее слабая аргументированность реальными фактами прошлого, зависимость от сиюминутного состояния «здесь и сейчас» и, как следствие, – несоответствие ретроспективной самооценки проспективной [Клиническая психотерапия в наркологии, 2012].

В результате исследования было также выявлено значительное повышение показателей ситуативной (реактивной) тревоги, а также тревожности как личностной характеристики в группе наркозависимых. Выявленный в данной группе уровень ситуативной тревоги и личностной тревожности свидетельствует о наличии дезадаптации как в интер- или интраиндивидуальных отношениях, так и о наличии дисгармонии со средой в целом. При дифференцированном рассмотрении составляющих личностной тревожности у лиц с наркотической зависимостью было выявлено наличие эмоциональных расстройств, сниженного эмоционального фона, неудовлетворенности жизненной ситуацией, эмоциональной напряженности, элементов ажитации. В картине их эмоционального фона преобладают ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. В группе наркозависимых присутствует общая озабоченность

будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Тенденция к повышению тревожности в группе молодых мужчин с наркотической зависимостью касается и сферы социальных контактов, которая рассматривается как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе. В контрольной группе также было отмечено повышение одного из показателей – показателя общей личностной тревожности.

Согласно представлениям Р. Мэй, тревога в целом является фактором, сопряженным с получением нового опыта, и позитивные аспекты индивидуальности развиваются в том случае, если индивид противостоит вызывающему тревогу опыту, двигается через него, преодолевает его [2001]. Неспособность индивида решить задачи адаптации в ряде жизненных ситуаций может привести к повышению показателей их тревожности. В последнем случае некоторые индивиды склонны прибегать к потреблению алкоголя и иных психоактивных веществ, которые обладают выраженным свойством облегчать тревогу и влиять на другие эмоциональные проявления. В соответствии с теорией научения, временное разрешение имеющихся конфликтных ситуаций и снижение тревоги вследствие употребления спиртных напитков или психоактивного вещества может являться побудительной причиной к продолжению алкоголизации либо употребления психоактивного вещества. Изменение эмоционального состояния, возникающее при первых опытах соприкосновения с психоактивным веществом, является, таким образом, источником подкрепления при алкоголизме и зависимости от ПАВ [Сирота, Ялтонский, 2008].

Результаты изучения стратегий совладающего поведения, представленные в данном исследовании, позволяют говорить о том, что лица с наркотической зависимостью используют преимущественно неадаптивные способы совладания со стрессом. Выявленное критическое повышение показателей копинг-стратегии «Принятие ответственности» свидетельствует о переживании чувства вины и неудовлетворенности собой в группе наркозависимых. Еще одной стратегией совладающего поведения у них является конфронтация, которая характеризуется импульсивностью в поведении (иногда с элементами враждебности и конфликтности), враждебностью, трудностями планирования действий, прогнозирования их результата, коррекции стратегии поведения, неоправданным упорством. В последнем случае копинг-действия теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой

в группе наркозависимых осуществляются также и путем дистанцирования, которое проявляется в субъективном снижении значимости проблемной ситуации и степени эмоциональной вовлеченности в нее. В ситуации стресса для них также характерно уходить от решения проблем, отрицать их существование, фантазировать по поводу их разрешения, отвлекаться и т. п. Повышение показателей по такой стратегии совладающего поведения, как положительная переоценка, позволяет говорить о том, что возможность действенного разрешения проблемной ситуации у них игнорируется, скрываясь за позитивной переоценкой ситуации. Таким образом, можно сделать вывод, что примитивные, инфантильные защитно-совладающие механизмы у лиц с наркотической зависимостью не справляются с решением «кризисных» задач адаптации, в то время как новые, более зрелые и совершенные механизмы не могут быть востребованы и запущены ввиду стойкой фиксации личности на неразрешенных ранних, «базисных» внутренних конфликтах [Куттер, 1997; Балинт, 2002].

Заключение

Обобщая результаты проведенного исследования, мы можем сказать, что самооценка у молодых мужчин с наркотической зависимостью достаточно нестабильна и резко меняется в зависимости от их состояния, местонахождения и установки на лечение. На момент снятия абстинентного синдрома самооценка наркозависимых отличается идеализированным представлением о себе, иллюзорностью, неспособностью критически оценивать свои характеристики и отрицанием существования у себя психологических проблем. При таком некритическом отношении к себе успешное прохождение программ реабилитации и психотерапии может быть весьма затруднено. Выявленный в группе наркозависимых уровень ситуативной тревоги и личностной тревожности свидетельствует о наличии как дезадаптации в интер- или интраиндивидуальных отношениях, так и о дисгармонии со средой в целом. В структуре тревожности у них выявлены эмоциональный дискомфорт, ощущение непонятной угрозы, общая озабоченность будущим на фоне повышения эмоциональной чувствительности. Повышение показателей тревожности сопряжено с проявлениями у наркозависимых чувства вины, неудовлетворенности собой в группе и использованием примитивных, инфантильно-защитных механизмов совладания со стрессом, таких как дистанцирование,

избегание, конфронтация, игнорирование действенного решения проблемы в виде ее положительной переоценки.

Список литературы

- Балинт М.* Базисный дефект. М.: Когито-Центр, 2002. 256 с.
- Бельков С. Н.* Влияние родительского отношения к семье на успешность реабилитации наркозависимых // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 3. URL: http://psyjournals.ru/files/73326/krip_3_2014_belkov.pdf
- Братусь Б. С.* Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
- Валентик Ю. В., Сирота Н. А.* Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М.: Литера, 2002. 256 с.
- Грюнталь Н. А.* Нарушения регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2002. 22 с.
- Зенцова Н. И., Федорова С. С.* Склонность к манипулятивному поведению как одна из составляющих синдрома комплекса психологических нарушений при зависимостях от психоактивных веществ // Экспериментальная психология. 2013. Т. 6, № 2. С. 84–90.
- Катков А. Л.* Методология комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от психоактивных веществ // Вопросы наркологии Казахстана. Павлодар, 2010. Т. 10, № 1. С. 34–76.
- Киселева О. В., Агеева И. А.* Характеристики семейной идентичности у молодых мужчин с наркотической зависимостью // Reflexio. 2017. Т. 10, вып. 2. С. 95–109.
- Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей-психотерапевтов) / Под ред. Р. К. Назырова, Д. А. Федоряка, С. В. Ляшковой. СПб.: НИПНИ им. М. Бехтерева, 2012. 456 с.
- Ковшова О. С., Кувшинникова М. Б.* Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни в реабилитации наркозависимых // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2016. № 2 (37). URL: http://www.mprj.ru/archiv_global/2016_2_37/nomer01.php.
- Куттер П.* Современный психоанализ. СПб.: Б. С. К., 1997.
- Ланда А. Н.* Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами // Некоторые проблемы наркоманий и токсикоманий / Под ред. Г. В. Морозова. М., 1989.

Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб., 2009.

Методика личностного дифференциала (вариант, адаптированный в НИИ им. В. М. Бехтерева) / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., 2002. С. 20–21.

Методические рекомендации по применению интегративного теста тревожности (ИТТ) / Авт.-сост. А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. СПб., 2001. 15 с.

Мэй. Р. Проблема тревоги / Пер. с англ. А. Г. Gladkova. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. 432 с.

Никольская И. М. Клиническая психология и психотерапия семьи и детства в парадигме биопсихосоциальной модели болезни и здоровья // Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». Сб. материалов. 24–25 ноября 2011 г. М., 2011. URL: <http://medpsy.ru/library/library105.php>

Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. 2-е изд. СПб.: Речь, 2002. 399 с.

Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика наркомании и алкоголизма. М.: Академия, 2008.

Тхостов А. Ш., Елианский А. Ш. и др. Психологические аспекты зависимостей. Сб. науч. статей: Учеб. пособие для вузов. М.: Научный мир, 2005.

Узлов Н. Д. Анозогнозия как защитный механизм и способ совладания с болезнью // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 6 (23). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_6_23/nomer/nomer01.php

Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб., 2001.

Kohut H. The restoration of the self. New York: International Univ. Press, 1977.

O. V. Kiseleva

*Novosibirsk State University
1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

kiseleva_ov@inbox.ru

**THE STUDY OF PERSONAL AND PSYCHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF YOUNG MEN
WITH DRUG ADDICTION**

The article is devoted to the study of self-appraisal, anxiety and coping strategies in young men with drug addiction. The sample is consisted of 29 young men aged from 18 to 30 years with drug addiction, located in the rehabilitation center «Bereg Nadezhdy» («The Coast of Hope») in Novosibirsk. The control group includes 36 male students of Novosibirsk State University aged from 18 to 22 years without drug addiction. The methods «Personal Differential» (2002) (as adapted in The St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute), «Integrative anxiety test (ITT)» (adapted by A. P. Bizyuk, L. I. Wasserman, B. V. Iovlev, 2001) and Ways of Coping Questionnaire by R. Lazarus and S. Folkman (1988) were used for the psychodiagnostic study. According to the results obtained, the self-appraisal of young men with drug addiction is quite unstable and changes sharply, depending on their condition, location and treatment attitude. At the time of abstinence withdrawal, self-appraisal of drug addicts is characterized by the idealized image of themselves, illusiveness, inability to critical evaluation of their characteristics and the denial of the existence of psychological problems. The level of situational anxiety and personal anxiety revealed in this group indicates the presence of maladjustment both in inter- or intraindividual relations, and also the presence of disharmony with the environment as a whole. In the structure of anxiety, young men with drug addiction express emotional discomfort, the feeling of incomprehensible threat and general concern of the future against the background of increased emotional sensitivity. The methods of coping behavior in the group of drug addicts are accompanied by a feeling of guilt and dissatisfaction with themselves in the group, by the use of primitive, infantile defense mechanisms of coping with stress

such as distancing, avoidance, confrontive coping and ignoring the effective solution of the problem in the form of its positive reappraisal.

Keywords: system approach, biopsychosocial model, drug addiction, personal and psychological characteristics, self-appraisal, anxiety, uneasiness, coping strategies.

References

Balint M. *Bazisnyj defekt [Basic Defect]*. Moscow, Kogito-Centr Publ., 2002. (In Russ.)

Belkov S. N. Vlijanie roditel'skogo otnoshenija k sem'e na uspeshnost' reabilitacii narkozavisimyh [Parental attitudes toward family's influence on success of drug addict's rehabilitation]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija [Consultative Psychology and Psychotherapy]*, 2014, vol. 3. URL: http://psyjournals.ru/files/73326/kpip_3_2014_belkov.pdf (In Russ.)

Bratus' B. S. *Anomalii lichnosti [Anomalies of Personality]*. Moscow, Mysl' Publ., 1988. (In Russ.)

Valentik Ju.V., Sirota N. A. *Rukovodstvo po reabilitacii bol'nyh s zavisimost'ju ot psihoaktivnyh veshhestv [Guidelines for the Rehabilitation of Patients with Psychoactive Substance Dependence]*. Moscow, Litera Publ., 2002. (In Russ.)

Grjuntal' N. A. *Narushenija reguljatornoj funkcii samosoznanija u bol'nyh opijnoj narkomaniej [Violations of the Regulatory Function of Self-Awareness in Patients with Opiate Addiction]*: Avtoref. diss. ... kand. psihol. n. Moscow, 2002. (In Russ.)

Zencova N. I., Fjodorova S. S. Sklonnost' k manipuljativnomu povedeniju kak odna iz sostavljajushhix sindromokompleksa psihologicheskix narushenij pri zavisimostjah ot psihoaktivnyh veshhestv [Propensity to manipulative behavior as one of the components of the syndrome of psychological disorders in dependence on psychoactive substances]. *Jeksperimental'naja psihologija [Experimental Psychology]*, 2013, vol. 6 (2), p. 84–90. (In Russ.)

Katkov A. L. Metodologija kompleksnogo opredelenija jeffektivnosti psihoterapii zavisimyh ot psihoaktivnyh veshhestv [Methodology for the comprehensive assessment of the effectiveness of psychotherapy-dependent psychotherapy]. *Voprosy narkologii Kazahstana [Questions of Narcology of Kazakhstan]*. Pavlodar, 2010, vol. 10 (2), p. 34–76. (In Russ.)

Kiseleva O. V., Ageeva I. A. Harakteristiki semejnoj identichnosti u molodyh muzhchin s narkoticheskoj zavisimost'ju [Characteristics of fam-

ily identity in young men with drug dependence]. *Reflexio [Reflexio]*, 2017, vol. 10 (2), p. 95–109. (In Russ.)

Klinicheskaja psihoterapija v narkologii (Rukovodstvo dlja vrachej-psihoterapevtov) [Klinicheskaja Psihoterapija v Narkologii]. R. K. Nazyrova, D. A. Fedorjaka, S. V. Ljashkovskoj (eds.). St. Petersburg, 2012. (In Russ.)

Kovshova O. S., Kuvshinnikova M. B. Biopsihosocial'naja model' zdorov'ja i bolezni v rehabilitacii narkozavisimyh [Biopsychosocial model of health and illness in the rehabilitation of drug addicts]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. [Medical Psychology in Russia]*, 2016, vol. 2 (37). URL: http://www.mprj.ru/archiv_global/2016_2_37/number01.php. (In Russ.)

Landa A. N. Nekotorye voprosy izuchenija lichnosti i poznavatel'nyh funkcij u bol'nyh narkomaniej opiatami [Some issues of studying the personality and cognitive functions in patients with opiate addiction]. *Nekotorye problemy narkomanij i toksikomanij [Some Problems of Drug Addiction and Substance Abuse]*. G. V. Morozova (ed.). Moscow, 1989. (In Russ.)

Metodika dlja psihologicheskoj diagnostiki sposobov sovladanija so stressovymi i problemnymi dlja lichnosti situacijami [Methodology for Psychological Diagnosis of Coping with Stressful and Problematic for a Person Situations]. Posobie dlja vrachej i medicinskih psihologov. NIPNI im. Behetereva, St. Petersburg, 2009. (In Russ.)

Metodika lichnostnogo differenciala (variant, adaptirovannyj v NII im. V. M. Behtereva) [The method of personal differential (a variant adapted in the V. Bekhterev Research Institute)]. Fetiskin N. P., Kozlov V. V., Manujlov G. M. *Social'no-psihologicheskaja diagnostika razvitija lichnosti i malyh grupp [Socio-Psychological Diagnosis of Personality Development and Small Groups]*. Moscow, 2002, p. 20–21. (In Russ.)

Metodicheskie rekomendacii po primeneniju integrativnogo testa trevozhnosti (ITT) [Methodical Recommendations on the Use of Integrative Anxiety test (IAT)]. Avt.-sost.: A. P. Bizjuk, L. I. Vasserman., B. V. Iovlev. St. Petersburg, 2001. (In Russ.)

Mjej R. *Problema trevogi [Problem of Anxiety]* / Per. s angl. A. G. Gladkova. Moscow, Izd-vo JeKSMO-Press, 2001. (In Russ.)

Nikol'skaja I. M. Klinicheskaja psihologija i psihoterapija sem'i i detstva v paradigme biopsihosocial'noj modeli bolezni i zdorov'ja [Clinical psychology and psychotherapy of family and childhood in the paradigm of the biopsychosocial model of illness and health] [Jelektronnyj resurs]. *Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «Klinicheskaja psihologija v zdravoohranenii i obrazovanii»*.

Sbornik materialov [All-Russian Scientific-Practical Conference with International Participation «Clinical Psychology in Health Care and Education». Collection of materials]. 24–25 nojabrja 2011. Moscow, 2011. URL: <http://medpsy.ru/library/library105.php> (In Russ.)

Popov Ju. V., Vid V. D. *Sovremennaja klinicheskaja psihiatrija [Modern Clinical Psychiatry]*. 2-e izd. St. Petersburg, Rech' Publ., 2002. (In Russ.)

Sirota N. A., Jaltonskij V. M. *Profilaktika narkomanii i alkogolizma [Prevention of Drug Addiction and Alcoholism]*. Moscow, Akademija Publ., 2008. (In Russ.)

Thostov A. Sh., Elshanskij A. Sh i soav. *Psihologicheskie aspekty zavisimostej; Sb. nauch. statej; Ucheb. posobie dlja vuzov [Psychological aspects of dependencies: Sat. sci. Articles: Proc. manual for universities]*. Moscow, Nauchnyj mir Publ., 2005. (In Russ.)

Uzlov N. D. *Anozognozija kak zashhitnyj mehanizm i sposob sovladanija s bolezn'ju [Anosognosia as a protective mechanism and method of coping with the disease]*. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. [Medical Psychology in Russia: electron. sci. journal]*, 2013, vol. 6 (23). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_6_23/nomer/nomer01.php (In Russ.)

Shabanov P. D., Shtakel'berg O. Ju. *Narkomanii: patopsihologija, klinika, reabilitacija [Addiction: pathopsychology, clinic, rehabilitation]*. St. Petersburg, 2001. (In Russ.)

Kohut H. *The restoration of the self [Vosstanovlenie Samosti]*. New York, International Universities Press. 1977.

УДК 159.9

А. А. Фёдоров

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

fedleks@yandex.ru

БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ПОСТНЕКЛАССИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В SCOPUS *

Проведен анализ статей, связанных с постнеклассической психологией и представленных в международной базе данных Scopus. Идентифицировано 30 научных публикаций, вышедших с 2002 по 2017 г., содержащих термины (в названии, аннотации или списке ключевых слов), по которым определялась тема исследования («post-non-classical», «post-nonclassical» «postnonclassical») и представленные в отрасли знания «Психология». Показано, что подавляющее большинство статей, посвященных постнеклассической психологии, публикуется российскими авторами и / или в российских журналах. При помощи построения понятийной карты на основе анализа ключевых слов выделены три тематических кластера. Выявлено, что доля публикаций по постнеклассической психологии не превышает одного процента. Проведенный библиометрический анализ показывает, что утверждение о том, что современная психология является постнеклассической наукой, не подтверждается количественными данными.

Ключевые слова: постнеклассическая психология, российская психология, рациональность, библиометрический анализ.

Современное состояние психологической науки некоторые исследователи характеризуют как «постнеклассическое» [Гусельцева, 2013]. Однако существуют веские основания полагать, что сама схема выделения «классической – неклассической – постнеклассической науки» содержит в себе серьезные недостатки, которые делают ее не-

* Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (проект № 18-013-00715).

Фёдоров А. А. Библиометрический анализ публикаций по постнеклассической психологии в Scopus // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 37–46.

подходящей для описания и объяснения динамики научного знания [Фёдоров, 2014]. Кроме того, не ясно, насколько широко в психологической науке распространены научные публикации, посвященные постнеклассической психологии, что не позволяет дать объективную оценку того, можно ли современную психологию действительно считать постнеклассической. Одним из наиболее эффективных методов, позволяющих структурированно проанализировать публикации в некоторой области знаний, является библиометрический анализ, дающий возможность на основе количественных данных построить ее «карту». В данной статье при помощи библиометрического анализа изучены публикации, представленные в международной базе данных Scopus, которые посвящены постнеклассической психологии или открыто указывают на свою принадлежность к ней. Насколько нам известно, этот наукометрический метод пока не применялся по отношению к подобным публикациям ни в отечественной, ни в зарубежной психологии. Составленный библиометрический профиль позволит оценить тренды в данной области знаний, получить представление об основных направлениях работы, а также проанализировать вклад отдельных авторов и стран.

Методы и база исследования

Данные исследования извлекались из Scopus, являющейся одной из самых крупных в мире библиографических баз данных. Использование этой базы обладает как преимуществами, так и недостатками в контексте составления библиометрического профиля публикаций, посвященных постнеклассической психологии. С одной стороны, большое количество публикаций в этой области выходит в русскоязычных журналах, не представленных в Scopus. С другой стороны, «отсечение» этих публикаций позволяет понять, насколько подобные статьи распространены в *мировой* психологии. Кроме того, Российский индекс научного цитирования (база данных eLibrary), аккумулирующий статьи российских журналов, не предоставляет возможности экспорта данных о публикациях, что накладывает серьезное ограничение на использование современных библиометрических программ ¹.

¹ Тем не менее очевидно, что анализу публикаций по постнеклассической психологии, представленных в eLibrary, должно быть посвящено отдельное исследование, сопряженное, однако, с серьезными трудностями, поскольку потребует ручного составления информационной базы исследования.

В качестве терминов, на основе которых проводился поиск, использовались слова «post-non-classical», «post-nonclassical» и «postnonclassical» (различные варианты англоязычного перевода термина «постнеклассический») с логическим оператором «OR». В качестве поля поиска использовалось поле «Article title, Abstract, Keywords», означающее, что вышеперечисленные термины идентифицируются в названии, аннотации и / или ключевых словах. Составлялись две информационные базы: для первой ограничения по отрасли знания не было, для второй поиск был ограничен отраслью знаний «Психология». Временной интервал не ограничивался, поиск проводился по всем типам документов. Всего для отрасли знания «Психология» было идентифицировано 30 документов, удовлетворяющих условиям поиска, из них 24 – научные статьи, 13 – обзоры и 1 – редакционная статья.

Для конструирования и визуализации библиометрической сети на основе полученных данных использовалась свободно распространяемая программа VOSviewer, версия 1.6.7 [van Eck, Waltman, 2010]. Она позволяет строить библиометрические карты, основываясь на анализе цитирования, частоты совместной встречаемости ключевых слов, совместного авторства и др. параметров. В данном исследовании с помощью VOSviewer мы строили понятийную карту, основанную на частоте совместной встречаемости каждой пары терминов. В таких картах показателем связи между терминами является расстояние между ними. Также при визуализации используется цветовое обозначение. Термины одного цвета входят в один кластер, т.е. чаще встречаются совместно друг с другом по сравнению с терминами, которые отмечены другими цветами. Как указывают разработчики VOSviewer, лежащий в основе этой программы метод визуализации сходств позволяет создавать более структурированные карты, чем многомерное шкалирование, являющееся самым популярным методом в области библиометрического анализа [van Eck, Waltman, 2010].

Результаты и обсуждение

Временные тренды. На рис. 1 отображена динамика публикаций, посвященных постнеклассической психологии и проиндексированных в базе Scopus. Как видно, первая статья вышла в 2002 г. и относилась к отрасли «Психология». Примечательно, что если до 2013 г. большинство статей, посвященных постнеклассической науке, выходили в психологических журналах (за исключением 2007 г.), то после

2014 г. публикации в других областях начинают превалировать. Так, из вышедших в 2015 г. 19 публикаций только 2 относятся к психологии ($\approx 12\%$), а в 2017 г. не вышло ни одной психологической статьи, открыто связанной с темой постнеклассической науки, которая была бы проиндексирована в Scopus.



Рис. 1. Динамика количества публикаций, посвященных постнеклассической психологии (2002–2017 гг.)

В целом, с 2002 г. (год первой проиндексированной публикации) вышло 87 публикаций, связанных с постнеклассической наукой, из них 30 относятся к психологии ($\approx 35\%$), 34 – к области гуманитарных наук, включая философию ($\approx 40\%$), 24 – к области социальных дисциплин ($\approx 28\%$)². В других научных областях опубликовано не более 5 статей.

Понятийная карта. Для анализа и визуализации терминов использовалась программа VOSviewer. Подсчитывалась частота совместной встречаемости авторских ключевых слов с порогом вхождения, равным 2 (низкий порог вхождения обусловлен небольшим количеством статей). Были исключены понятия *psychology* и *postnonclassical psychology*, поскольку само составление информационной базы исследования очерчивает предметную область. Написание слов было

² Сумма процентов превышает 100, поскольку одна статья может относиться к нескольким научным областям.

приведено к одному варианту (например, *cultural-analytic approach* и *cultural analytical approach*, *post non-classical rationality* и *postnon-classical rationality*). Формы слов в единственном и множественном числе рассматривались как одно слово. В качестве синонимов рассматривались такие понятия, как (1) *activity theory* и *activity approach*; (2) *cultural-historical theory* и *cultural-historical psychology*; (3) *postnon-classical scientific rationality* и *postnonclassical rationality*. Итоговым критериям соответствует 16 слов из 128.

Визуализация полученной понятийной сети приведена на рис. 2.

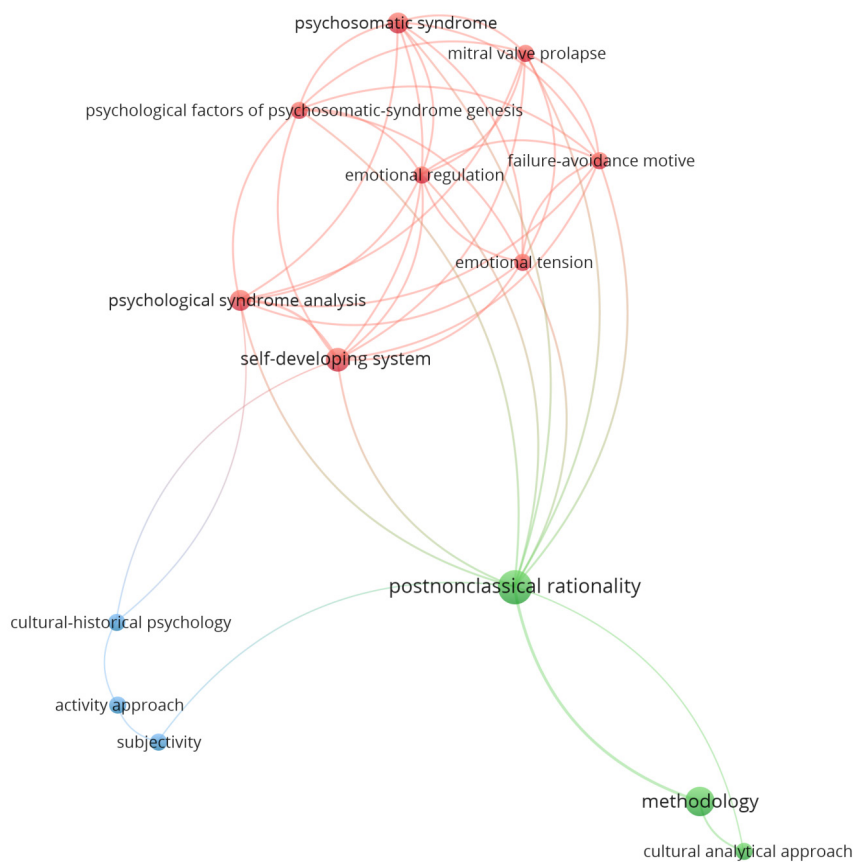


Рис. 2. Понятийная карта ключевых слов публикаций, посвященных постнеклассической психологии (2002–2017 гг.)

На этой карте размер круга отражает частоту встречаемости термина, т. е. чем больше его площадь, тем чаще встречается это слово или словосочетание в общем списке авторских ключевых слов. Расстояние между кругами является мерой связи терминов: чем оно меньше, тем сильнее связь, которая понимается как частота совместной встречаемости терминов. Для обозначения отдельных кластеров используются цвета.

Понятийная карта показывает, что термины образуют сеть, в которой можно выделить 3 тематических кластера. Первый кластер (отмечен зеленым цветом) связан с *методологическим анализом* в контексте *постнеклассической рациональности* (часто с позиций *культурно-аналитического подхода*). Второй кластер (красный цвет) связан с *психологическим синдромным анализом* и понятием *психосоматического синдрома*, при этом отдельно изучаются эмоциональная регуляция, мотив избегания неудачи и пр. Понятия третьего кластера (синий цвет) – *культурно-историческая психология*, *деятельностный подход* и *субъективность*. Понятием, которое связывает все три кластера, является *постнеклассическая рациональность*.

Анализ авторов и изданий. Ключевыми авторами в области постнеклассической психологии, если судить по базе данного исследования, являются М. С. Гусельцева (11 публикаций, $\approx 37\%$ публикаций), Ю. П. Зинченко (6 публикаций, $\approx 20\%$ публикаций) и Е. И. Первичко (5 публикаций, все написаны в соавторстве с Ю. П. Зинченко).

Большинство публикаций по постнеклассической психологии связано либо с российскими авторами (либо авторами, получившими в России образование), либо с российскими журналами. Из 28 авторов, которым принадлежат 30 публикаций из базы исследования, только 4 не являются российскими (все из Португалии). Ими написано 3 статьи, все 3 статьи при этом опубликованы в журнале «*Psychology in Russia: State of the Art*», который является изданием Российского психологического общества. Еще один автор аффилирован с австралийским Университетом Монаша, при этом базовое образование получил в России (Julia Vassilieva). Издания, публикующие статьи по постнеклассической психологии, представлены в таблице.

Как видно из приведенных данных, только 3 статьи вышли в иностранных журналах. При этом стоит учесть, что соиздателем журнала «*International Journal of Cognitive Research on Science Engineering and Education*» является Уральский государственный лесотехниче-

Распределение публикаций по изданиям

Название издания	Количество публикаций
Вопросы психологии	13
Psychology in Russia: State of the Art	8
Психологический журнал	5
International Journal of Cognitive Research on Science Engineering and Education	2
History of Psychology	1
Психология. Журнал Высшей школы экономики	1

ский университет (вероятно, поэтому доля авторов из России доходит в этом журнале до 30 %), а одна из двух вышедших в этом журнале публикаций является редакционной статьей. Следовательно, в журналах, которые никак не связаны с российскими учреждениями, опубликована только одна статья, а ее автором является уже упоминавшаяся J. Vassilieva.

В журналах «Вопросы психологии», «Psychology in Russia: State of the Art» и «Психологическом журнале» в совокупности опубликовано 26 из 30 статей ($\approx 87\%$). В базе Scopus содержится 2 827 документов из этих изданий, вышедших с 2002 по 2017 г. Из них 2 342 являются статьями, 329 – обзорами. Таким образом, если учесть тип документов, то доля публикаций, открыто связанных с постнеклассической психологией, в этих журналах составляет меньше одного процента ($\approx 0,97\%$). Если учесть другие издания из таблицы, то эта цифра будет еще ниже. Если же взять весь объем публикаций по отрасли «Психология» за 2002–2017 гг. (814 608 документов, из них 607 880 – статьи, 69 674 – обзоры), то доля статей, посвященных постнеклассической психологии, будет ничтожно мала.

Проведенный библиометрический анализ показывает, что утверждение о том, что современная психология является постнеклассической наукой, *не подтверждается* наукометрическими данными. Даже среди трех российских изданий доля статей, связанных с пост-

неклассической психологией, не достигает 1 %. Возможным возражением против этого вывода может быть то, что в данном исследовании учитывались только те публикации, которые открыто идентифицировали себя с постнеклассической психологией. Общий ответ на это возражение сводится к тому, что включение в анализ публикаций, которые сами не идентифицируют себя с постнеклассической психологией, приведет к тому, что в информационную базу попадет множество статей, принадлежность которых к постнеклассике может быть оспорена. Допустим, в Scopus оказались проиндексированы работы Л. С. Выготского. Должны ли мы включать их в базу исследования, если некоторые авторы считали его «классиком» постнеклассической психологии [Клочко, 2015]? Если да, что делать с теми, кто относит его к психологии неклассической, или с теми, кто полагает, что Л. С. Выготский не вышел за пределы классической рациональности? Если для расширения базы мы будем использовать определенные слова-метки, как, например, «самоорганизация», все ли статьи, содержащие это слово, действительно будут постнеклассическими? Кроме того, учитывая общий объем психологических статей, расширение базы статей кардинально ситуацию не меняет. Допустим, мы сформируем базу исследования, в которой, помимо слов «post-non-classical», «post-nonclassical» и «postnonclassical» (как в настоящем исследовании), будут слова «self-organization» и «self-organizing». Такая база будет включать в себя 994 документа (884 из которых – статьи и научные обзоры). Наибольшее их количество опубликовано в 2014 г. ($n = 56$). Общее количество статей и научных обзоров по психологии за этот год – 55 437. Таким образом, при таком формировании базы доля «постнеклассических публикаций» составит 0,1 %. При этом такие публикации будут включать в себя статьи, посвященные самоорганизации, принадлежность которых к постнеклассической психологии может быть оспорена.

Еще одним результатом данного библиометрического анализа является вывод о том, что постнеклассическая психология – исключительно феноменом российской науки. Несмотря на то, что монография В. С. Степина «Теоретическое знание» вышла на английском языке больше 10 лет назад [Stepin, 2005], его концепция трех типов научной рациональности остается за рубежом практически неизвестной (или невостребованной). Это заставляет задуматься о том, корректно ли вообще говорить о постнеклассической науке (включая психологию) и насколько обоснована идея смены типов рациональности?

Список литературы

Гусельцева М. С. Эволюция психологического знания в смене типов рациональности: историко-методологическое исследование. М.: Акрополь, 2013.

Клочко В. Е. Л. С. Выготский – классик постнеклассической психологии // От истоков к современности. 130 лет организации психологического общества при Московском университете: Сборник материалов юбилейной конференции в 5 т. / Под ред. Д. Б. Богоявленской. М.: Когито-Центр, 2015. Т. 1. С. 61–64.

Фёдоров А. А. Об иррелевантности истории психологии и философии науки (комментарий к статье М. С. Гусельцевой «Типы рациональности как основание для периодизации психологического знания») // Вопр. психологии. 2014. № 1. С. 98–105.

Stepin V. S. Theoretical Knowledge. Dordrecht, the Netherlands: Springer Netherlands, 2005.

van Eck N. J., Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping // Scientometrics. 2010. Vol. 84 (2). P. 523–538.

Материал поступил в редколлегию 10.04.2018

A. A. Fedorov

*Novosibirsk State University
1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

fedleks@yandex.ru

BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF PUBLICATIONS ON POST-NONCLASSICAL PSYCHOLOGY IN SCOPUS

The article analyzes publications on postnonclassical psychology indexed in Scopus. In total, 30 publications were identified in Scopus. They met the following conditions: (1) they contain terms (in the title, the abstract and/or in the author's key words) which were used as search topic: «post-non-classical», «post-nonclassical» «postnonclassical»: (2) their subject area is psychology. All publications were published between

2002 and 2017. It was shown that the vast majority of articles on postnon-classical psychology are published by Russian authors and / or in Russian journals. Three thematic clusters in the field of studying autism are highlighted by constructing the terms map based on keyword analysis. It was revealed that the share of publications on post-nonclassical psychology does not exceed one percent. The bibliometric analysis shows that the assertion that modern psychology is a post-nonclassical science is not supported by quantitative data

Keywords: post-nonclassical psychology, Russian psychology, rationality, bibliometric analysis.

References

Fedorov A. A. Ob irrelevantnosti istorii psikhologii i filosofii nauki (kommentarii k stat'e M. S. Gusel'tsevoi «Tipy ratsional'nosti kak osnovanie dlia periodizatsii psikhologicheskogo znaniia») [On irrelevance of history of psychology and philosophy of science (a commentary on M. S. Guseltseva's article «Types of rationality as the basis for periodizing psychological knowledge»)]. *Voprosy Psikhologii*, 2014, vol. 1, p. 98–105. (In Russ.)

Guseltseva M. S. *Evoliutsiia psikhologicheskogo znaniia v smene tipov ratsional'nosti: istoriko-metodologicheskoe issledovanie* [The Evolution of Psychological Knowledge in the Change of the Types of Rationality]. Moscow, Akropol' Publ., 2013. (In Russ.)

Klochko V. E. L. S. Vygotskii – klassik postneklassicheskoi psikhologii [L. S. Vygotsky as the classic of postnonclassical psychology]. *Ot istokov k sovremennosti. 130 let organizatsii psikhologicheskogo obshchestva pri Moskovskom universitete: sbornik materialov iubileinoi konferentsii. Volume 5*. Moscow, Kogito-Center, 2015, p. 61–64. (In Russ.)

Stepin V. S. *Theoretical Knowledge*. Dordrecht, the Netherlands: Springer Netherlands, 2005.

van Eck N. J., Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*, 2010, vol. 84 (2), p. 523–538. <https://doi.org/10.1007/s11192-009-0146-3>

УДК 159.9

О. Н. Первушина, А. С. Кудрявцева, М. П. Мезенцева

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

olgap7@yandex.ru, ana-kudryavceva@yandex.ru, mezya@mail.ru

**АДАПТАЦИЯ ОПРОСНИКА MODIFIED CHECKLIST
FOR AUTISM IN TODDLERS,
REVISED WITH FOLLOW-UP (M-CHAT-R/F)
ДЛЯ СКРИНИНГА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Представлены результаты адаптации опросника Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) для скрининга детей раннего возраста на русскоязычной выборке ($n = 105$). Произведена оценка психометрических характеристик русской версии опросника: надежности по внутренней согласованности, конструктивной валидности, конкурентной критериальной валидности и текущей критериальной валидности и дискриминативности заданий. По результатам адаптации опросник M-CHAT-R/F обладает хорошими психометрическими показателями, что свидетельствует о целесообразности проведения полной версии опросника с последующим интервью (M-CHAT-R/F). В силу большой популярности и частого использования данного опросника за рубежом, представляется перспективным сопоставление результатов, полученных на российской выборке, с результатами зарубежных исследований.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, валидизация, ранний возраст, M-CHAT-R/F, скрининг.

Введение

Повышенное внимание к проблеме расстройств аутистического спектра (далее – РАС) обусловлено значительным ростом случа-

* Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (проект № 18-013-00925).

Первушина О. Н., Кудрявцева А. С., Мезенцева М. П. Адаптация опросника Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) для скрининга детей раннего возраста // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 47–67.

ев этого заболевания в современном мире. Так, Американская сеть мониторинга аутизма и расстройств развития (American Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network) сообщает, что распространенность РАС составляет 1 : 68 (по данным Американских центров по контролю и предотвращению заболеваний, U. S. Centers for Disease Control and Prevention, 2013. Цит. по: [Keenan, 2015]). Аналогичные показатели зафиксированы в Великобритании и по всей Европе [Ibid.]. Эти показатели распространенности предъявляют огромные требования к системам здравоохранения. Экономические издержки, связанные с аутизмом, делают его самым дорогостоящим расстройством с общей стоимостью 61 млрд US\$ в год в США и не менее 3,1 млрд UK£ в год в Великобритании, это больше, чем расходуется на сердечные заболевания, инсульты и рак вместе взятые [Buescher et al., 2014].

В России отсутствует официальная статистика распространенности РАС и связанное с этим признание важности проблемы на государственном уровне. Число лиц с РАС, официально диагностированных и состоящих на учете, в десятки раз ниже оценок распространенности аутизма в мире, что связано с проблемами в системе диагностики.

При этом раннее выявление расстройства и раннее вмешательство часто оказываются наиболее значимыми факторами в организации помощи таким людям.

Постановкой диагноза РАС в России и за рубежом занимаются психиатры, тем не менее, в мировой практике важная роль отводится этапу прескрининга, который могут проводить врачи-педиатры, невропатологи, психологи и педагоги.

Эти исследования опираются на данные опросов родителей, в связи с чем возникает вопрос о критериях, на которые следует ориентироваться, и о достоверности результатов, полученных таким способом.

Обратимся к истории вопроса. В 1958 г. было создано «Отделение исследований социальной психиатрии», возглавляемое Г. Айзенком, что стало сдвигом к эмпирическим исследованиям и подтолкнуло британского детского психолога Милдред Грика к разработке критериев, на которые следует ориентироваться при наблюдении за ребенком: 1) ухудшение эмоциональных отношений с людьми; 2) неосознание личности другого; 3) озабоченность определенными объектами; 4) сопротивление к изменениям окружающей среды; 5) аномальное восприятие; 6) острая чрезмерная тревога; 7) отсутствие или задержка речи; 8) искажение моторики; 9) нарушение познавательной функ-

ции. Шэйн и Яннета выделяли в качестве критериев РАС «крайнюю озабоченность собой и несвязанность с людьми». Орниц и Ритво обращали внимание на проблемы, связанные с особенностями восприятия. Предложенные ими критерии охватывали симптомы в области перцептивной интеграции, моторики, возможностей устанавливать отношения, языка и уровня развития. Рендел-Шот и Клэнси создали «скрининг-тест», который включал в себя 14 симптомов, которые ребенок должен был продемонстрировать на половину и больше, для выявления у него аутизма. Среди основных характеристик авторы выделяли: трудности взаимодействия с другими детьми, действия наподобие глухого, сопротивляемость обучению, отсутствие страха реальной опасности, сопротивляемость изменениям рутины, неуместный смех, физическая сверхактивность, отсутствие визуального контакта, неадекватные привязанности к объектам, странная сдержанная игра и пр. [Matson, 2016].

В 1964 г. Римланд попытался перевести определение Каннера в эмпирическую рейтинговую шкалу для выявления раннего детского аутизма у детей в возрасте до 7 лет. Диагностическая форма E-1 представляла собой родительский отчет, который включал 76 вопросов, касающихся истории родов, начала и характера симптомов. Впоследствии форма была пересмотрена, чтобы отражать информацию о детях до 5 лет. Диагностический контрольный список для детей с нарушением поведения E-2 включал вопросы о раннем развитии и отражал характеристики аутизма, описанные Каннером, и симптомы детской шизофрении. Также Римланд обнаружил, что присутствие только аутистических симптомов в речи недостаточно для постановки диагноза. Надежность и точность отчета родителей была подставлена под сомнение, но Римланд утверждал, что ретроспективная информация необходима и что поведение ребенка в диагностической ситуации может отличаться от его обычного поведения, поэтому он считает оправданным использование родительского отчета [Rimland, 1971].

В последующие годы началась активная разработка методов раннего скрининга детей. Так, были созданы Инструмент оценки поведения аутичных и атипичных детей Руттенберга, Шкала оценки детского психоза (CPRS) в 1971 г., Шкала оценки детского аутизма (CARS). Обновленная версия CARS обычно используется для оценки в настоящее время [Matson, 2016].

Несмотря на появление многочисленных методов для диагностики аутизма, оставалось невозможным создать достаточно валидный инструмент, поскольку не существовало единых критериев для по-

становки диагноза. Аутизм как нозологическая единица не рассматривался в DSM-I и DSM-II. «Инфантильный аутизм» был впервые включен в классификацию болезней только в 1980 г. в DSM-III. Детский аутизм был включен в pervasive нарушения развития и четко отделен от детской шизофрении. Критерии были основаны на оригинальных описаниях Каннера, на его более подробном описании с Эйзенбергером, а также на описании Раттером поведенческих проявлений. К концу 1980-х гг. на основе данных критериев начинают разрабатываться стандартизированные методы диагностики, такие как ADOS и ADI. В Поздней версии DSM-III, в DSM-III-R, была предпринята попытка расширить критерии аутизма. Согласно исследованиям Волкмара, критерии МКБ-10 наиболее полно соответствовали клиническому диагнозу [Volkmar, McPartland, 2014]. В МКБ-10 и DSM-IV-TR для диагностики аутизма требуется оценка текущего поведения ребенка, его когнитивных и коммуникативных способностей, а также рассмотрение истории развития ребенка. В МКБ-10 выделена группа Общих расстройств психологического развития (F84), а в DSM-IV-TR – pervasive расстройства развития. В них входят такие диагнозы, как: детский аутизм, атипичный аутизм, синдромы Аспергера, дезинтегративное расстройство развития и др. В 2014 г. вышла публикация DSM-V. Были внесены значительные изменения относительно критериев аутизма. Все вышеперечисленные диагнозы были объединены в одну категорию – Расстройства аутистического спектра (РАС). Также триада была сокращена до двух критериев: нарушения социального взаимодействия / коммуникации и ограниченные повторяющиеся интересы [Matson et al., 2012].

Таким образом, уточнение симптоматики, а также долговременный опыт использования родительских описаний особенностей ребенка показывают, что для проведения ранней диагностики наблюдения родителей за ребенком и их отчеты являются важным материалом для дальнейшей постановки диагноза.

Американская психологическая ассоциация рекомендует проводить скрининг в 18 и 24 мес. жизни в сочетании с постоянным наблюдением за изменениями в развитии [Johnson, Myers, 2007].

В настоящее время в мире принят «золотой стандарт» для клинической диагностики аутизма на поведенческом уровне – это ADI-R (Интервью для диагностики аутизма (пересмотренное)) и ADOS (План диагностического обследования при аутизме, Autism Diagnostic Observation Schedule).

ADI-R [Lord et al., 1994] представляет собой полуструктурированное интервью для родителей детей, предположительно входящих в спектр. В 2005 и 2013 гг. текст интервью был переведен на русский язык и подвергнут процедуре адаптации. Разработка и валидизация данной методики производилась в соответствии со всеми необходимыми психометрическими нормами. Авторы указывают на то, что ADI-R является наиболее надежным стандартизированным инструментом для получения данных по ранней диагностике детей от 3 лет, предположительно входящих в РАС. Оценивается выраженность симптоматики, соответствующей аутистической триаде DSM IV, позволяет дифференцировать РАС и другие расстройства развития. Диагносты, работающие с данной методикой, предварительно обязаны пройти специальное обучение. Процедура проведения занимает от 2 и более часов. Обработка и шифрование занимают дополнительное время.

ADOS – это диагностическое обследование, проводимое в форме игры, где специалисты обращают внимание на коммуникацию, социальное взаимодействие, отличительные формы поведения. Обладает высокой чувствительностью при разграничении аутизма и других pervasive расстройств [Lord et al., 2000]. ADOS проводится в течение 35–40 мин, обработка результатов также требует дополнительное время для шифровки результатов. Методика поделена на отдельные блоки (модули), и в зависимости от возраста и навыков речевого развития специалисты выбирают нужный модуль для обследования. Минимальный возраст обследуемого относится к категории ясельного возраста, что предполагает проведение Т-модуля ADOS¹. Для использования данной методики необходимо иметь особую квалификацию и пройти дополнительное обучение исследователей.

На данный момент самая ранняя и надежная диагностика возможна уже в младенчестве [Dover, Le Couteur, 2007]. Несмотря на данную возможность ранней диагностики, средний возраст постановки диагноза по-прежнему остается более поздним и составляет в среднем 36–38 мес. [Matson, 2016], поскольку ранняя диагностика РАС – это трудоемкая и затратная процедура обследования [Bishop et al., 2008].

Трудоемкость, отсутствие квалифицированных специалистов затрудняют раннюю диагностику РАС. В связи с этим увеличивается потребность в методиках раннего скрининга, которые позволяют

¹ Giunti O. S. et al. ADOS-2 План диагностического обследования при аутизме. 2-е изд (<http://osrussia.com/ru/products1/диагностика-аутизма/ados11>) (дата обращения 10.12.2016).

определить зону риска и направить детей, попавших в эту зону, на дополнительную комплексную диагностику. Кроме того, исследователи направляют усилия на определение, выявление признаков, которые могут проявляться еще раньше и свидетельствовать о том, что в будущем может развиваться аутизм. Это позволит начать вмешательство еще до развития основных симптомов.

Методы ранней диагностики РАС в США и странах Европы используются достаточно широко, преимущественно в рамках посещения педиатров в первые годы жизни ребенка. Из наиболее часто используемых инструментов скрининга детей раннего возраста для выявления РАС на западе можно выделить следующие (табл. 1):

Early Screening for Autism Traits (ESAT) состоит из 14 вопросов для родителей или воспитателей. Используется для скрининга детей 16–30 мес. Обладает хорошей чувствительностью, низкой специфичностью (0,14), данные по валидности и надежности отсутствуют. Время заполнения 10–15 мин [Beuker et al., 2014].

The Screening Test for Autism in TwoYear-Olds (STAT) состоит из 12 вопросов и заданий, которые выполняются после взаимодействия с ребенком, поэтому требует предварительной подготовки. Используется для скрининга детей в возрасте двух лет. Обладает высокими валидностью (0,95) и чувствительностью (0,95), удовлетворительной специфичностью (0,73), данные о надежности отсутствуют. Время заполнения 20 мин [Towle, Patrick, 2016].

Pervasive Developmental Disorders Screening Test-II (PDDST-II) состоит из 22 вопросов для родителей или воспитателей. Предназначен для скрининга детей 12–24 мес. Направлен на дифференциацию РАС от других нарушений развития, рассматриваются невербальная коммуникация, игра, речь, темперамент и социальная активность. Обладает высокими чувствительностью (0,91) и специфичностью (0,92). Данные о надежности и валидности отсутствуют. Время проведения 10–20 мин [Ibid.].

Developmental checklist – Early screen (DBC-ES) состоит из 17 вопросов для родителей или воспитателей. Предназначен для скрининга детей 18–48 мес. Обладает хорошими надежностью (0,77) и специфичностью (0,83), удовлетворительными валидностью (0,53) и чувствительностью (0,5). Время проведения 5–10 мин [Ibid.].

The Communication and Symbolic Behavior Scales – Infant toddler checklist (CSBS-DP ITC) состоит из 24 вопросов для родителей или воспитателей. Предназначен для скрининга детей от 9 до 24 мес.

Обладает хорошими чувствительностью (0,85) и специфичностью (0,89), высокой внутренней согласованностью (0,92), данные о валидности отсутствуют. Время проведения 5–10 мин [Wetherby et al., 2008].

Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT), часть 1: Диагностика состоит из 62 утверждений, которые должны оценить родители или воспитатели. Опросник предназначен для скрининга детей от 17 до 37 мес. Обладает высокой внутренней согласованностью (0,97), высокой чувствительностью (0,93) и хорошей специфичностью (0,86). Время проведения 20–30 мин [Matson et al., 2011].

Checklist for autism in toddlers (CHAT), разработанный в Великобритании Baron-Cohen и коллегами в начале 90-х гг. для скрининга детей в возрасте 18–24 мес. Обладает хорошими надежностью (0,8) и валидностью (0,81), низкой специфичностью (0,38) и высокой надежностью (0,98). Данный опросник был несколько раз модифицирован (Q-CHAT, CHAT-23, M-CHAT) [Kleinman et al., 2008].

Скрининговые обследования детей в России – это насущная необходимость. В настоящее время наиболее распространенной методикой для скрининга детей в возрасте от трех лет является опросник М-CHAT. Это очень простой и удобный в обращении опросник, но опыт его применения показывает чрезвычайно большое количество случаев гипердиагностики, что требует внедрения в практику более эффективных инструментов. В качестве такого инструмента мы предлагаем опросник Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (М-CHAT-R/F), поскольку он хорошо зарекомендовал себя во многих странах мира и обладает отличными психометрическими характеристиками.

Модифицированный скрининговый тест на аутизм у детей раннего возраста, пересмотренный с дополнениями (М-CHAT-R/F)

Инструменты для скрининга должны обладать хорошими психометрическими характеристиками: надежностью, валидностью, высокой чувствительностью и специфичностью. Опросник М-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up) является инструментом для раннего скрининга, позволяет определить наличие или отсутствие риска РАС у детей в возрасте от 16 до 36 мес.

Таблица 1

Сравнительная таблица психометрических характеристик скрининговых методик на выявление риска РАС

Название	Возраст испытуемых	Кем заполняется	Кол-во вопросов / время обследования	Валидность	Надежность	Чувствительность, %	Специфичность, %
(PEDS) Parents Evaluation of Developmental Status	До 8 лет	Родитель + интервьюер	- / 5-7 мин	0,6-0,8	Ретеста 0,88	83,9	81,3
(CARS) The Childhood Autism Rating Scale	До 5 лет	Родитель + интервьюер	15 пунктов шкал / 5 мин	-	0,94	92-98	85
(ESAT) Early screening of autistic traits	16-30 мес.	Врачи после беседы с родителями	14 оценочных пунктов / 10-15 мин	-	-	14	88
(STAT) Screening tool for autism in children aged 2 years	2-3 года	Специалисты в неформальной беседе с ребенком	12 пунктов / 20 мин	0,95	-	95	73
(ITC) Infant toddler checklist	6-24 мес.	Родители	24 пункта / 5-10 мин	-	-	89	85
(CHAT) Checklist for autism in toddlers	18-24 мес.	Совместно родители и врачи	14 пунктов / 5 мин	0,81	0,80	18-38	98-100
(M-CHAT) Modified checklist for autism in toddlers	16-30 мес.	Родители	23 пункта / 10-15 мин	-	0,99	95-97	99
(BISCUIT- Part 1) Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits	17-37 мес.	Родители	62 пункта / 20-30 мин	-	0,97	93	86

Согласно данным по валидизации опросника, М-СНАТ-R/F обладает хорошей внутренней согласованностью (α -Кронбаха = 0,79), высокой специфичностью (0,95, $p < 0,05$) и чувствительностью (0,91, $p < 0,05$) [Robins et al., 2014]. М-СНАТ-R/F переведен и используется более чем в 30 странах мира. Психометрические характеристики более ранней версии опросника были подтверждены в кросс-культурных исследованиях в Испании [Canal-Bedia et al., 2011], Сингапуре [Koh et al., 2014], Корею [Seung et al., 2015].

Модифицированный скрининговый тест на аутизм у детей раннего возраста, пересмотренный с дополнениями (М-СНАТ-R/F) [Robins et al., 2014], представляет собой двухэтапный инструмент скринингового опроса родителей для оценки риска РАС. Родителям предлагается ответить на 20 «да-нет» вопросов, что занимает приблизительно 5 мин. Если ребенок диагностируется положительно, т. е. попадает в группу риска (итоговая оценка от 3 и более баллов), родители отвечают на дополнительные вопросы, с целью получения более подробной информации и примеров по тем вопросам, за счет которых набраны баллы.

М-СНАТ-R может быть использована как при регулярном осмотре у врача, так и специалистами для оценки риска РАС. Основной целью М-СНАТ-R является максимизация чувствительности теста, т. е. обнаружения как можно большего количества случаев РАС. Поэтому существует риск ошибочной диагностики, т. е. не у всех детей, попавших в зону риска, будет диагностировано РАС. Для решения этой проблемы были разработаны последующие вопросы (М-СНАТ-R / F). Необходимо учитывать, что при использовании последующих вопросов значительное число детей, которые при скрининге на М-СНАТ-R были диагностированы положительно, могут не быть диагностированы с РАС. Тем не менее данные дети имеют высокий риск нарушения или задержки развития, поэтому оценка является верной для любого ребенка, диагностированного положительно.

Алгоритм оценивания в М-СНАТ-R / F является простым и доступным. Для всех пунктов, кроме 2, 5 и 12, ответ «нет» указывает на риск РАС. Для пунктов 2, 5, 12 ответ «да» указывает на риск РАС. Далее все ответы суммируются и определяется уровень риска.

Низкий риск. Итоговая оценка 0–2; если ребенок младше 24 мес., проверка проводится повторно после второго дня рождения. Никаких дополнительных действий не требуется, если наблюдение не указывает на риск РАС.

Средний риск. Итоговая оценка 3–7; применяются последующие вопросы (второй этап M-CHAT-R/F), чтобы получить дополнительную информацию о риске РАС. Если оценка остается на уровне 2 и более, то ребенок диагностируется как положительный. Необходимые действия: направить ребенка на диагностику для возможного раннего вмешательства. Если оценка 0–1, то ребенок диагностируется как отрицательный. Никаких дополнительных действий не требуется, если наблюдение не указывает на риск РАС. Ребенок должен быть повторно диагностирован при следующем визите к врачу.

Высокий риск. Итоговая оценка 8–20; допускается не использовать последующие вопросы и немедленно обратиться для дальнейшей диагностики и раннего вмешательства.

Процедура исследования. Процедура адаптации методики включала в себя проверку следующих психометрических характеристик.

1. Надежность по внутренней согласованности – α -Кронбаха.

2. Конструктивная валидность. Конструктивной мерой выступил Профиль развития коммуникативных и символических навыков у детей раннего возраста (The Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile Infant-Toddler Checklist - CSBS-DP ITC), поскольку этот опросник не имеет дифференциации нарушений, связанных с проблемами общения [Wetherby, Prizant, 2003].

3. Конкурентная критериальная валидность. В качестве конкурентной меры валидизации был выбран Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits – BISCUIT (часть 1) – скрининговый тест для диагностики РАС у детей в возрасте от 17 до 37 мес. Мерой текущей критериальной валидности послужил диагноз детского психиатра, а также заключение по ADOS.

4. Стандартизация норм теста.

Обработка данных осуществлялась с помощью статистического пакета SPSS 22.0.

Выборку составили 105 родителей (законных представителей) детей в возрасте от 16 до 36 мес., проживающих на территории Новосибирска и Новосибирской области. Каждому родителю предлагалось заполнить социально-демографическую анкету и три методики, касающиеся развития их ребенка (M-CHAT-R/F; BISCUIT; CSBS-DP ITC). Инструкция к опросникам предъявлялась как в устном, так и в письменном виде. Методика M-CHAT-R обрабатывалась сразу после заполнения, после чего при необходимости дополнялась последующим интервью согласно протоколу M-CHAT-R with Follow-up. По ее результатам давалась обратная связь.

Дополнительно детям предлагалось пройти ADOS для уточнения результатов. Фиксировалось также наличие / отсутствие диагноза детского психиатра.

Результаты и обсуждение

Все результаты психометрической проверки даны относительно двух этапов проведения М-CHAT-R/F: первого этапа – М-CHAT-R, а также второго этапа (с последующим интервью) – М-CHAT-R/F. При распределении вероятностей, отличном от нормального закона, были использованы непараметрические критерии.

1. Для проверки надежности по внутренней согласованности опросника М-CHAT-R/F вычислялся коэффициент α -Кронбаха. Были получены хорошие показатели надежности по внутренней согласованности как для первого, так и для второго этапа (для М-CHAT-R $\alpha = 0,851$; для М-CHAT-R/F $\alpha = 0,841$).

2. В качестве меры конструктивной валидности использовался опросник CSBS-DP ИТС. Полученное значение коэффициента ранговой корреляции Спирмена для М-CHAT-R ($\rho = 0,358, p = 0,00$) и М-CHAT-R/F ($\rho = 0,268, p = 0,00$) свидетельствует о хорошей конструктивной валидности.

3. В качестве меры конкурентной критериальной валидности выступил другой скрининговый тест для ранней диагностики РАС – BISCUIT (часть 1). Полученные значения ранговой корреляции Спирмена между М-CHAT-R и BISCUIT ($\rho = 0,385, p = 0,00$), а также между М-CHAT-R/F и BISCUIT ($\rho = 0,4, p = 0,00$) свидетельствуют об удовлетворительной конкурентной валидности.

Данные об интеркорреляции мер валидации приведены в табл. 2, все связи являются значимыми на уровне 0,01, хотя и достаточно слабыми с точки зрения психометрической проверки.

4. Мерами текущей критериальной валидности служили результаты обследования по методике ADOS и заключение детских психиатров. Критериальная валидность оценивалась двумя методами: методом контрастных групп и построением ROC-кривой.

Контрастные группы были получены следующим образом: в группу с РАС входили дети, которым по результатам прохождения ADOS и посещения психиатра был поставлен диагноз РАС; в группу без РАС входили условно здоровые дети. Таким образом, в группу с РАС входили 6 из 105 детей.

Таблица 2

Интеркорреляция опросников, направленных на раннюю диагностику общих нарушений развития и РАС

Опросник		М-CHAT-R/F	BISCUIT	ITC
М-CHAT-R	ρ Спирмена	0,609	0,385	0,358
	p (2-х ст.)	0,000	0,000	0,000
	N	105	105	105
М-CHAT-R/F	ρ Спирмена		0,400	0,268
	p (2-х ст.)		0,000	0,006
	N		105	105
BISCUIT	ρ Спирмена			0,401
	p (2-х ст.)			0,000
	N			105

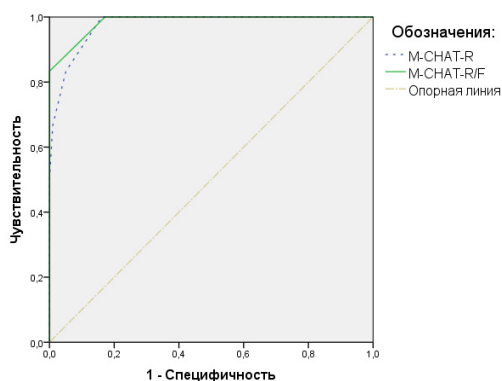
Контрастные группы сравнивались U -критерием Манна–Уитни.

Для М-CHAT-R: $U = 14,0$; $p = 0,00$; средний ранг по группе аутистов $R = 100,17$; средний ранг по группе здоровых детей $R = 50,14$.

Для М-CHAT-R/F: $U = 8,5$; $p = 0,00$; средний ранг по группе аутистов $R = 101,08$; средний ранг по группе здоровых детей $R = 50,09$.

Таким образом, сравнение контрастных групп показало статистически значимое различие баллов М-CHAT-R и М-CHAT-R/F, причем преобладание баллов наблюдалось, как и задумано в опроснике, в группе детей с диагнозом РАС.

Показателем текущей критериальной валидности служит также площадь под кривой (AUC), которая рассчитывалась отдельно для М-CHAT-R и М-CHAT-R/F. В качестве критериальной переменной выступало то же деление, что и для контрастных групп – диагноз психиатра и прохождение ADOS. Площадь под кривой (табл. 3, см. рисунок) статистически значимо отклоняется



Диагональные сегменты, сгенерированные связями.

от нулевой гипотезы об отсутствии различительной способности теста по диагностическому критерию. Абсолютное значение AUC свидетельствует об отличной диагностической точности обеих версий опросника; в оригинальной версии $AUC = 0,907$ [Robins et al., 2014].

ROC-кривая для М-CHAT-R и М-CHAT-R/F по критериальной переменной: диагноз психиатра и результат прохождения ADOS

Таблица 3

Область под кривой для М-CHAT-R и М-CHAT-R/F по критериальной переменной: диагноз психиатра и результат прохождения ADOS

Опросник	Область (AUC)	Стандартная ошибка	Асимптотическая значимость	Асимптотический 95 % доверительный интервал	
				Нижняя граница	Верхняя граница
М-CHAT-R	0,976	0,019	0,00	0,939	1
М-CHAT-R/F	0,986	0,016	0,00	0,953	1

5. В оригинальной версии опросника использовался следующий алгоритм определения группы риска [Ibid.]:

- 0 – 2 балла – низкий риск РАС;
- 3 – 7 баллов М-CHAT-R – требуется проведение последующего интервью (F) и, если балл останется на отметке 2 и выше, результат скрининга положителен на аутизм;
- 8 – 20 баллов – положительный результат скрининга, проведение последующего интервью (F) не требуется, необходимо обратиться за диагностикой к врачу.

Сравнение критериальных норм оригинала и русскоязычной версии дано в табл. 4.

Таблица 4

Чувствительность и специфичность оригинальной и русскоязычной версий М-CHAT-R/F с указанием критериальных норм

М-CHAT-R/F (англ. ориг.)			М-CHAT-R (рус.)			М-CHAT-R/F (рус.)		
балл, ≥	чувств.	1-спец.	балл, ≥	чувств.	1-спец.	балл, ≥	чувств.	1-спец.
1	0,96	0,44	1	1	0,39	1	1	0,17
2	0,94	0,17	2	1	0,16	2	0,83	0
3	0,73	0,11	3	0,83	0,05	3	0,67	0
4	0,56	0,07	4	0,67	0,01	4	0,5	0
5	0,44	0,03	8	0,5	0	6	0,33	0
6	0,38	0,02	12	0,33	0	11	0,17	0
7	0,28	0,01	14	0,17	0	15	0	0
8	0,14	0,01	15	0	0			

В качестве критических значений для русскоязычной версии нами были выбраны идентичные оригиналу значения. Для М-CHAT-R мы выбрали значение в 3 балла, что предполагает проведение последующего интервью (F), а для М-CHAT-R/F значение в 2 балла. В русскоязычном варианте последующее интервью (при заданных нами критических точках) имеет преимущество для задачи уменьшения потенциальной выборки диагностируемых, но при этом страдает чувствительность. Как видно из значений чувствительности и специфичности, последующее интервью снижает чувствительность, но повышает специфичность опросника. Сопоставление результатов оригинала и русскоязычной версии показало идентичные критические значения, но сами показатели чувствительности и специфичности несколько отличаются. Оригинальная версия опросника обладает большей чувствительностью, а русскоязычная – большей специфичностью.

Итак, в ходе психометрической проверки было показано, что опросник М-CHAT-R/F имеет хорошую надежность по внутренней согласованности, хорошую конструктивную валидность, удовлетворительную конкурентную валидность, а также является диагностически ценным с точки зрения текущей критериальной валидности. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности проведения полной версии опросника с последующим интервью (М-CHAT-R/F). В силу большой популярности и частого использования данного опросника за рубежом, представляется перспективным сопоставление результатов, полученных на российской выборке, с результатами зарубежных исследований.

Список литературы

Лорд К., Раттер М., ДиЛаворе П., Ризи С., Готэм К., Бишоп С., Лайстер Р., Гатри У. ADOS-2. План диагностического обследования при аутизме. 2-е изд.: Руководство / Пер. на рус. и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O. S., 2016.

Bishop D., Whitehouse A., Watt H., Line E. Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder // *Developmental Medicine and Child neurology*. 2008. Vol. 50 (5). P. 341–345.

Beuker K. T., Schjølberg S., Lie K. K., Swinkels S., Rommelse N. N. J., Buitelaar J. K. ESAT and M-CHAT as screening instruments for autism

spectrum disorders at 18 months in the general population: issues of overlap and association with clinical referrals // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014. Vol. 23 (11). P. 1081–1091.

Buescher A. V. S., Cidav Z., Knapp M., Mandell D. S. Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States // *JA MA Pediatrics*. 2014. Vol. 168 (8). P. 721–728.

Canal-Bedia R., Garcia-Primo P., Martin-Cilleros M. V., Santos-Borbujo J., Guisuraga-Fernandez Z., Herraiez-Garcia L., Herraiez-Garcia M. D., Boada-Munoz L., Fuentes-Biggi J., Posada-de la Paz M. Modified checklist for autism in toddlers: cross-cultural adaptation and validation in Spain. // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011. Vol. 41 (10). P. 1342–1351.

Dover C. J., Couteur A. L. How to diagnose autism // *Archives of Disease in Childhood*. 2007. Vol. 92 (6). P. 540–545.

Johnson C. P., Myers S. M., American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders // *Pediatrics*. 2007. Vol. 120 (5). P. 1183–1215.

Keenan M., Dillenburger K., Röttgers H. R., Dounavi K., Jónsdóttir S. L., Moderato P., Schenk J. J. A. M., Virués-Ortega J., Roll-Pettersson L., Martin N. Autism and AB A: The Gulf Between North America and Europe // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. Vol. 2 (2). P. 167–183.

Kleinman J. M., Robins D. L., Ventola P. E., Pandey J., Boorstein H. C., Esser E. L., Wilson L. B., Rosenthal M. A., Sutera S., Verbalis A. D., Barton M., Hodgson S., Green J., Dumont-Mathieu T., Volkmar F., Chawarska K., Klin A., Fein D. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: A Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008. Vol. 38 (5). P. 827–839.

Koh H. C., Lim S. H., Chan G. J., Lin M. B., Lim H. H., Choo S. H. T., Magiati I. The Clinical Utility of the Modified Checklist for Autism in Toddlers with High Risk 18–48 Month Old Children in Singapore // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014. Vol. 44 (2). P. 405–416.

Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E. H. Jr., Leventhal B. L., DiLavore P. C., Pickles A., Rutter M. The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2000. Vol. 30 (3). P. 205–223.

Lord C., Rutter M., Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individ-

uals with possible pervasive developmental disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1994. Vol. 24 (5). P. 659–685.

Matson J. L. (Ed.). *Handbook of Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder*: Springer International Publ., 2016.

Matson J. L., Kozlowski A. M., Hattier M. A., Horovitz M., Sipes M. DSM-IV vs DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with Autism // *Developmental Neurorehabilitation*. 2012. Vol. 15 (3). P. 185–190.

Matson J. L., Wilkins J., Fodstad J. C. The validity of the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits: Part 1 (BISCUIT: Part 1) // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011. Vol. 41 (9). P. 1139–1146.

Rimland B. The differentiation of childhood psychoses: An analysis of checklists for 2,218 psychotic children // *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*. 1971. Vol. 1 (2). P. 161–174.

Robins D., Casagrande K., Barton M., Chen C. M. A., Dumont-Mathieu T., Fein D. Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F) // *Pediatrics*. 2014. Vol. 133 (1). P. 37–45.

Seung H., Ji J. Y. Kim S.-J., Sung I., Youn Y.-A., Hong G., Lee H., Lee Y. H., Lee H., Youm H. K. Examination of the Korean Modified Checklist of Autism in Toddlers: Item Response Theory // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. Vol. 45 (9). P. 2744–2757.

Towle P. O., Patrick P. A. Autism Spectrum Disorder Screening Instruments for Very Young Children: A Systematic Review // *Autism Research and Treatment*. 2016. Vol. 2016. Article ID 4624829.

Volkmar F. R., McPartland J. C. From Kanner to DSM-5: autism as an evolving diagnostic concept // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014. Vol. 10. P. 193–212.

Wetherby A. M., Brosnan-Maddox S., Peace V., Newton L. Validation of the Infant – Toddler Checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age // *Autism*. 2008. Vol. 12 (5). P. 487–511.

Wetherby A., Prizant B. *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS DP) Infant-Toddler Checklist and Easy-Score*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publ., 2003.

O. N. Pervushina, A. S. Kudrjavzeva, M. P. Mezentseva

*Novosibirsk State University
1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

olgap7@yandex.ru, ana-kudryavceva@yandex.ru, mezya@mail.ru

**ADAPTATION OF THE QUESTIONNAIRE MODIFIED
CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS,
REVISED WITH FOLLOW-UP (M-CHAT-R/F)
FOR THE EARLY SCREENING OF CHILDREN**

The article presents the results of the adaptation of the questionnaire Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) for early diagnosis of autism spectrum disorders (ASD) in the Russian-speaking sample (n = 105). Evaluated the psychometric properties of Russian version of the questionnaire: reliability for internal consistency, the construct validity of the competitive the validity of the criteria, the current criteria of validity. According to the results of the adaptation M-CHAT-R/F questionnaire has good psychometric indicators. This demonstrates advisability of conducting full version of questionnaire with Follow-UP (M-CHAT-R/F). Due to a big popularity and broad usage of this questionnaire abroad, it seems perspective to compare the results obtained on Russian sample with foreign researches.

Keywords: autism spectrum disorders (ASD), validity, M-CHAT-R/F, early aged children, screening.

References

Bishop D., Whitehouse A., Watt H., Line E. Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. *Developmental medicine and child neurology*, 2008, vol. 50 (5), p. 341–345. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.02057.x>

Beuker K. T., Schjølberg S., Lie K. K., Swinkels S., Rommelse N. N. J., Buitelaar J. K. ESAT and M-CHAT as screening instruments for autism spectrum disorders at 18 months in the general population: issues of overlap and association with clinical referrals. *European Child & Adolescent*

Psychiatry, 2014, vol. 23 (11), p. 1081–1091. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0561-8>

Buescher A. V. S., Cidav Z., Knapp M., Mandell D. S. Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *JA MA Pediatrics*, 2014, vol. 168 (8), p. 721–728. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.210>

Canal-Bedia R., García-Primo P., Martín-Cilleros M. V., Santos-Borbujo J., Guisuraga-Fernández Z., Herráez-García L., Herráez-García M. D., Boada-Munoz L., Fuentes-Biggi J., Posada-de la Paz M. Modified Checklist for Autism in Toddlers: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Spain. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011, vol. 41 (10), p. 1342–1351. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1163-z>

Dover C. J., Couteur A. L. How to diagnose autism. *Archives of Disease in Childhood*, 2007, vol. 92 (6), p. 540–545. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.086280>

Johnson C. P., Myers S. M., & American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 2007, vol. 120 (5), p. 1183–1215. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2361>

Keenan M., Dillenburger K., Röttgers H. R., Dounavi K., Jónsdóttir S. L., Moderato P., Schenk J. J. A. M., Virués-Ortega J., Roll-Pettersson L., Martin N. Autism and AB A: The Gulf Between North America and Europe. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 2 (2), p. 167–183. <https://doi.org/10.1007/s40489-014-0045-2>

Kleinman J. M., Robins D. L., Ventola P. E., Pandey J., Boorstein H. C., Esser E. L., Wilson L. B., Rosenthal M. A., Sutera S., Verbalis A. D., Barton M., Hodgson S., Green J., Dumont-Mathieu T., Volkmar F., Chawarska K., Klin A., Fein D. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: A Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2008, vol. 38(5), p. 827–839. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0450-9>

Koh H. C., Lim S. H., Chan G. J., Lin M. B., Lim H. H., Choo S. H. T., Magiati I. The Clinical Utility of the Modified Checklist for Autism in Toddlers with High Risk 18–48 Month Old Children in Singapore. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2014, vol. 44 (2), p. 405–416. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1880-1>

Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E. H., Leventhal B. L., DiLavore P. C., Pickles A., Rutter M. The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits asso-

ciated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2000, vol. 30(3), p. 205–223.

Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S., Gotham K., Bishop S., Luyster R., Gutrie, W. *ADOS-2. Plan diagnosticheskogo obsledovaniya pri autizme*. Izdanie vtoroe: rukovodstvo [*Autism Diagnostic Observation Schedule*. Second Edition: Manual]. Torrance, CA: Western Psychological Services; Giunti O. S., 2016. (In Russ.)

Lord, C., Rutter, M., Le Couteur, A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1994, vol. 24 (5), p. 659–685.

Matson J. L. (Ed.). *Handbook of Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder*. Springer International Publishing, 2016. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27171-2>

Matson J. L., Kozlowski A. M., Hattier M. A., Horovitz M., Sipes M. DSM-IV vs DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with Autism. *Developmental Neurorehabilitation*, 2012, vol. 15 (3), p. 185–190. <https://doi.org/10.3109/17518423.2012.672341>

Matson J. L., Wilkins J., Fodstad, J. The Validity of the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits: Part 1 (BISCUIT: Part 1). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011, vol. 41 (9), p. 1139–1146. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0973-3>

Rimland B. The differentiation of childhood psychoses: An analysis of checklists for 2,218 psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1971, vol. 1 (2), p. 161–174. <https://doi.org/10.1007/BF01537955>

Robins D. L., Casagrande K., Barton M., Chen C.-M. A., Dumont-Mathieu T., Fein, D. Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*, 2014, vol. 133 (1), p. 37–45. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1813>

Seung H., Ji J. Y., Kim S.-J., Sung I., Youn Y.-A., Hong G., Lee H., Lee Y. H., Lee H., Youm H. K. Examination of the Korean Modified Checklist of Autism in Toddlers: Item Response Theory. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 45 (9), p. 2744–2757. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2439-0>

Towle P. O., Patrick, P. A. Autism Spectrum Disorder Screening Instruments for Very Young Children: A Systematic Review. *Autism Research and Treatment*, 2016, Article ID 4624829. <https://doi.org/10.1155/2016/4624829>

Volkmar F. R., McPartland J. C. From Kanner to DSM-5: autism as an evolving diagnostic concept. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2014, vol. 10, p. 193–212. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153710>

Wetherby A. M., Brosnan-Maddox S., Peace V., Newton L. Validation of the Infant–Toddler Checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age. *Autism*, 2008, vol. 12 (5), p. 487–511. <https://doi.org/10.1177/1362361308094501>

Wetherby A., Prizant B. *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS DP) Infant-Toddler Checklist and Easy-Score*. Baltimore, MD, Paul H Brookes Publishing, 2003.

УДК 159.9

П. А. Носова

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

nosova.polina@yandex.ru

АПРОБАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА ВОСПРИИМЧИВОСТИ К КРАСОТЕ

Представлены результаты апробации русскоязычной версии опросника восприимчивости к красоте «Engagement with beauty scale» (R. Diessner, R. D. Solom, N. K. Frost, L. Parsons, J. Davidson). Восприимчивость к красоте определяется как степень вовлеченности во взаимодействие с красотой природы, искусства и нравственной красотой человека. Основная философская идея, на которую опирались американские исследователи при создании методики, это единство трех составляющих бытия – истины, красоты и добра. Проверка внутренней структуры опросника «Восприимчивость к красоте» при помощи конфирматорного факторного анализа показала, что он обладает трехфакторной структурой, соответствующей исходной авторской модели. Проведенный психометрический анализ свидетельствует, что данный опросник имеет хорошую внутреннюю согласованность, ретестовую надежность, конвергентную, дискриминантную и критериальную валидность. Были получены дополнительные интересные результаты по взаимосвязи личностных факторов с восприимчивостью к красоте в целом, а также с красотой природы, искусства и нравственной красотой человека в частности. Полученные результаты позволяют считать русскоязычную версию «Engagement with beauty scale» надежным и валидным инструментом оценки восприимчивости к красоте.

Ключевые слова: восприимчивость к красоте, красота искусства, красота природы, нравственная красота.

В современной психологии недостаточно изучена область, связанная с восприятием человеком красоты окружающего мира. Одной из причин такого положения вещей является отсутствие инструмен-

Носова П. А. Апробация русскоязычной версии опросника восприимчивости к красоте // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 68–82.

тария, позволяющего проводить исследования в данном направлении. В 2012 г. американские психологи (Rhett Diessner, Rebecca D. Solom, Nellie K. Frost, Lucas Parsons, John Davidson) опубликовали статью, в которой предложили опросник «Engagement with beauty scale», измеряющий восприимчивость к красоте природы, искусства и нравственной красоте человека, а также изложили результаты его апробации [Diessner et al., 2012]. Главной философской идеей, на которую опирались американские исследователи при создании методики и которая присутствует в западной философии еще со времен Сократа, явилось единство трех составляющих бытия – истины, красоты и добра. Значения, придаваемые этим понятиям, были значительно субъективированы с течением времени, однако они до сих пор продолжают оказывать мощное влияние на людей. Опираясь на западные философские и религиозные взгляды, авторы выделили три категории – «природная красота», «художественная красота» и «нравственная красота».

Интересным представляется раскрытие в статье американских психологов понятия «нравственная красота» на основании исследований, проведенных Джонатаном Хайдтом, и описание истории красоты Умберто Эко.

Д. Хайдт пишет о том, что если мы можем наблюдать за прекрасными в своей добродетели людьми, у нас возникает особое возвышенное чувство и мы сами начинаем испытывать желание стать лучше и в дальнейшем следовать этому высокоморальному примеру [Haidt, 2002]. У. Эко отмечает: «Даже когда мы называем хорошим добродетельный поступок, это значит, что мы сами не прочь его совершить или в будущем постараемся совершить что-нибудь столь же похвальное, вдохновляясь примером того, что представляется нам добром» [2005. С. 5]. Здесь возникает вопрос психологического различия между восприятием нравственной доброты и нравственной красоты. Отличие заключается в эмоциональном отклике и мотивации. Можно на когнитивном уровне отметить некий поступок как проявление нравственной добродетели, но при этом эмоционально оставаться равнодушным и не испытывать желания следовать этому примеру. Если же данный поступок можно рассмотреть со стороны нравственной красоты, то наблюдатель ощутит эмоциональный подъем, желание стать лучше и в дальнейшем самому совершать хорошие поступки. Получается, что объективно нравственная добродетель и нравственная красота могут относиться к одному и тому же человеческому акту или добродетели, но субъективно они различаются. Когда говорят о нравственной красоте, то подразумевают, что был эмоциональный

отклик и человек почувствовал, что он захотел стать выше в нравственном плане [Diessner et al., 2012].

На основе анализа подхода, представленного в работе Р. Диснер и др., нами было сформулировано рабочее определение восприимчивости к красоте. *Восприимчивость к красоте* – это степень вовлеченности во взаимодействие с красотой природы, искусства и нравственной красотой человека.

В настоящей статье представлены результаты апробации русскоязычной версии опросника «Engagement with beauty scale», включающие проверку его факторной структуры, оценку внутренней согласованности, ретестовой надежности, конвергентной, дискриминантной и критериальной валидности ¹.

Методика

Выборка. В исследовании приняли участие 405 чел. в возрасте от 17 до 65 лет ($M = 26,44$), 124 мужчины и 281 женщина. Из них 40 чел. (13 мужчин, 27 женщин) прошли процедуру ретеста через 4 недели после основного тестирования.

Подвыборки по использованным методикам: опросник восприимчивости к красоте – 405 человек, пятифакторный личностный опросник NEO PI-R Коста и Маккрея – 48 чел., шкала социальной желательности Марлоу – Кроуна – 48 чел.

Инструменты

1. *Опросник восприимчивость к красоте (EBS)* (R. Diessner, R. D. Solom, N. K. Frost, L. Parsons, J. Davidson) направлен на измерение степени вовлеченности во взаимодействие с красотой природы, искусства и нравственной красотой человека и состоит из 14 пунктов [Diessner et al., 2012]. Субшкалы «Красота природы» и «Красота искусства» содержат по четыре пункта, а субшкала «Нравственная красота» содержит шесть пунктов. Участнику исследования предлагается оценить каждое утверждение по степени похожести на него по семибалльной шкале от «совсем не похоже на меня» (1) до «в точности похоже на меня» (7). В целях контроля качества перевода нами был осуществлен двойной (прямой и обратный) перевод опросника с английского языка на русский язык и обратно.

Примеры утверждений на русском языке по каждой шкале:

¹ Выражаем благодарность Марине Максимовне Василевской за помощь в сборе данных для исследования.

- субшкала «Красота природы»:

3. Когда я вижу красоту в природе, во мне рождаются эмоциональные переживания, она «трогает меня», я испытываю благоговение, удивление, волнение, восхищение или возвышение.

- субшкала «Красота искусства»:

8. Когда я вижу красоту в произведении искусства, я переживаю нечто вроде духовного опыта, возможно, чувство целостности, единения со вселенной или любви ко всему миру.

- субшкала «Нравственная красота»:

13. Когда я вижу нравственно красивый поступок, я хочу стать лучше.

II. *Пятифакторный личностный опросник NEO PI-R Коста и Маккрея*, адаптированный В. Е. Орелом и И. Г. Сениным [2004; Costa, McCrae, 1992], был использован для проверки конвергентной валидности. Методика содержит пять шкал: нейротизм, экстраверсия, открытость к опыту, сотрудничество и добросовестность, каждая из которых имеет по шесть субшкал. Испытуемому предлагается оценить 220 утверждений: от полностью не согласен – АН (1) до полностью согласен – АС (5).

III. *Методика Марлоу – Кроуна для исследования мотивации одобрения* была использована для проверки дискриминативной валидности. Эта сокращенная версия оригинальной шкалы социальной желательности Марлоу – Кроуна в адаптации Ю. Л. Ханина [1976]. Шкала содержит 20 пунктов, с каждым из которых испытуемый должен согласиться или нет.

Результаты

Факторная структура методики «Восприимчивость к красоте». Структура методики «Восприимчивость к красоте» проверялась методом конфирматорного факторного анализа в статистическом пакете *EQS 6.2 for Windows* (выборка 361 чел.). В соответствии с исходными теоретическими положениями проверялась модель, в которой каждый пункт имел нагрузку на соответствующий ему фактор первого порядка (по 4 пункта на 1-й (Natural Beauty) и 2-й (Artistic Beauty) фактор и 6 пунктов на 3-й фактор (Moral Beauty)). При этом мы так же, как в исходной модели, отметили связь между пунктами 1, 5 и 9 (восприятие красоты), 2, 6 и 10 (физиологическая реакция), 3, 7 и 11 (эмоциональный отклик), 4, 8 и 12 (духовный опыт) и между пунктами 13 и 14 (изменение к лучшему) [Diessner et al., 2012].

Поскольку анализ показал, что распределение переменных отклоняется от многомерной нормальности, конфирматорный факторный анализ проводился с поправкой Саторры – Бентлера [Satorra, Bentler, 1994]. Результаты проверки модели представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели модели по итогам CFA

$(S-B) \chi^2, p$	RMSEA (90 % CI)	CFI	IFI	MFI
136,85, $p < 0,001$	0,060 (0,046 0,073)	0,955	0,956	0,899

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют в пользу рассмотрения опросника «Восприимчивость к красоте» как обладающего трехфакторной структурой, соответствующей исходной авторской модели. Факторная структура методики «Восприимчивость к красоте» (американская выборка) [Diessner et al., 2012] представлена на рис. 1. Факторная структура методики «Восприимчивость к красоте» (российская выборка) представлена на рис. 2.

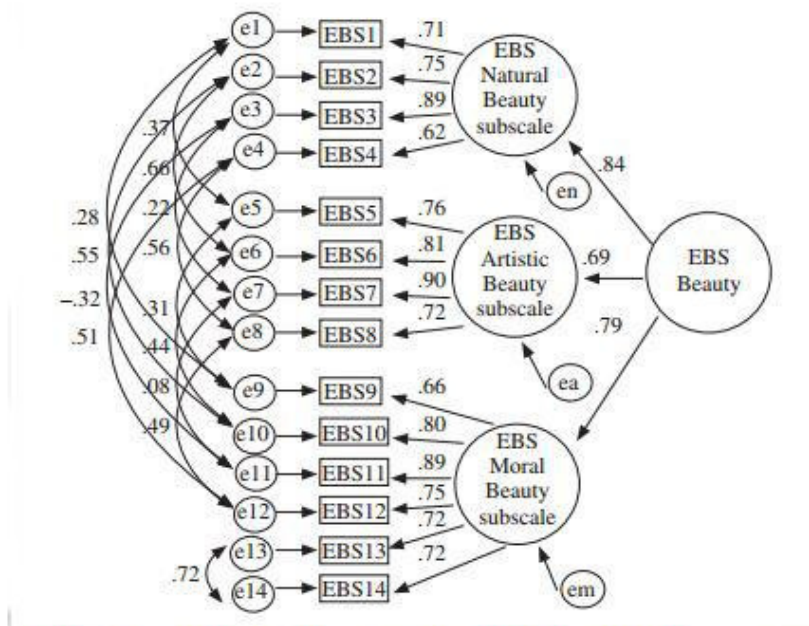


Рис. 1. Факторная структура методики «Восприимчивость к красоте» (американская выборка)

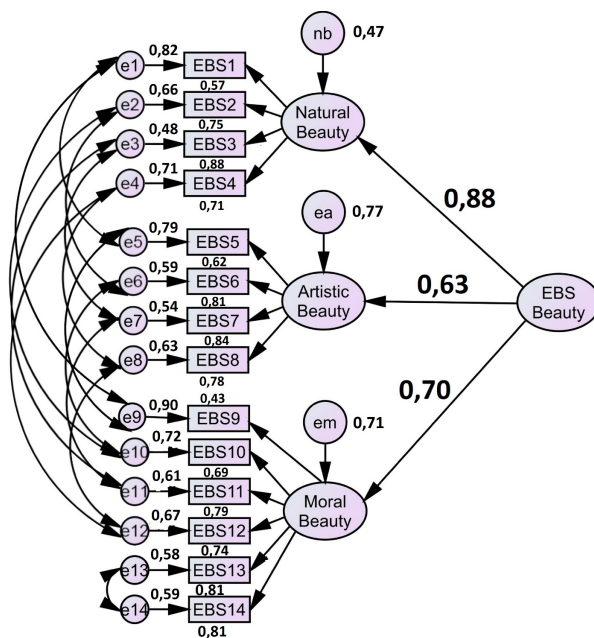


Рис. 2. Факторная структура методики «Восприимчивость к красоте»
(русская выборка)

Ретестовая надежность шкал методики «Восприимчивость к красоте». Для установления ретестовой надежности была использована программа SPSS, расчет производился с помощью коэффициента корреляции Пирсона на выборке из 40 чел. Результаты подсчета (в сравнении с результатами американских коллег) приведены в табл. 2.

Таблица 2

Корреляции между шкалами EBS (тест и ретест)

Американская выборка	Российская выборка
EBS: 0,85	EBS: 0,86
Красота природы: 0,84	Красота природы: 0,85
Красота искусства: 0,77	Красота искусства: 0,79
Нравственная красота: 0,61	Нравственная красота: 0,87

Таким образом, можно говорить о хорошей ретестовой надежности как шкалы EBS в целом, так и отдельных ее субшкал.

Внутренняя согласованность методики «Восприимчивость к красоте». Для проверки внутренней согласованности была использована программа SPSS, расчет производился с помощью коэффициента α -Кронбаха на выборке из 361 чел. Результаты подсчета (в сравнении с результатами американских коллег) приведены в табл. 3.

Таблица 3

Коэффициент α -Кронбаха

Шкала	Американская выборка	Российская выборка
EBS	0,90	0,89
Красота природы	0,80	0,81
Красота искусства	0,87	0,84
Нравственная красота	0,85	0,86

Таким образом, можно говорить о хорошей внутренней согласованности методики «Восприимчивость к красоте».

Дискриминантная валидность методики «Восприимчивость к красоте». Для установления дискриминантной валидности была использована программа STATISTICA. Вначале была проверена нормальность распределения данных трех субшкал и шкалы в целом EBS и шкалы социальной желательности при помощи критерия Колмогорова – Смирнова. Далее с помощью коэффициента корреляции Пирсона на выборке из 48 чел. проверили отсутствие значимых связей между данными методики «Восприимчивость к красоте» и методики «Шкала социальной желательности Марлоу – Кроуна». Результаты подсчета представлены в табл. 4.

Таким образом, результаты свидетельствуют о том, что связь между данными методики «Восприимчивость к красоте» и методики «Шкала социальной желательности Марлоу – Кроуна» отсутствует, что говорит в пользу дискриминантной валидности методики «Восприимчивость к красоте».

Таблица 4

Корреляции между шкалами EBS и социальной желательности
($N = 48, p < ,01$)

Шкала	Красота природы	Красота искусства	Нравственная красота	EBS
Социальная желательность	0,32	0,07	0,25	0,28

Критериальная валидность методики «Восприимчивость к красоте». Для проверки критериальной валидности была использована программа STATISTICA, расчет производился с помощью критерия Манна – Уитни (выборка 44 чел., 2 группы). Испытуемые в 1-й группе (22 чел.) имеют художественное образование (закончили художественную школу и в настоящий момент обучаются в архитектурно-художественной академии), испытуемые во 2-й группе (22 чел.) художественного образования не имеют. Результаты анализа приведены в табл. 5.

Таблица 5

Результаты расчета критерия Манна – Уитни

Шкала	Rank sum art	Rank sum layman	U	Z	p-level	Valid № 1	Valid № 2
Красота природы	477,0	513,0	224,0	-0,423	0,672	22	22
Красота искусства	610,0	380,0	127,0	2,699	0,007	22	22
Нравственная красота	528,0	462,0	209,0	0,775	0,438	22	22
EBS	546,5	443,5	190,5	1,209	0,226	22	22

Примечание. Art – испытуемые, имеющие художественное образование; layman – испытуемые, не имеющие художественного образования.

Таким образом, результаты свидетельствуют о том, что группа художников более восприимчива к красоте искусства, что говорит в пользу критериальной валидности методики «Восприимчивость к красоте».

Конвергентная валидность методики «Восприимчивость к красоте». Анализ конвергентной валидности проводился при сопоставлении данных, полученных по методике «Восприимчивость к красоте» и шкале «Открытость к опыту» («Пятифакторный личностный опросник NEO PI-R Коста и Маккрея»). Вначале была проверена нормальность распределения данных трех субшкал и шкалы в целом методики «Восприимчивость к красоте», а также всех основных шкал и субшкал методики «Пятифакторный личностный опросник NEO PI-R Коста и Маккрея» при помощи критерия Колмогорова – Смирнова. Далее с помощью коэффициента корреляции Пирсона на выборке из 48 чел. проверили наличие значимых связей. Результаты проверки представлены в табл. 6.

Таблица 6

Корреляции между шкалами
«Открытость к опыту» и «Восприимчивость к красоте»
($N = 48$, $*p < ,05$, $**p < ,01$)

NEO PI-R	Красота природы	Красота искусства	Нравственная красота	EBS
О – Открытость к опыту	0,32*	0,44**	0,21	0,38**
О1 – Фантазия	0,09	0,30*	0,09	0,19
О2 – Эстетика	0,34*	0,52**	0,24	0,43**
О3 – Чувства	0,30*	0,44**	0,42**	0,49**
О4 – Действия	0,21	0,08	0,12	0,17
О5 – Идеи	0,17	0,18	-0,13	0,06
О6 – Ценности	-0,03	-0,08	-0,09	-0,09

Для людей с высокими значениями по фактору «Открытость к опыту» характерен сильный интерес к опыту как таковому. «Они стремятся к новизне и разнообразию и отдают заметное предпочтение сложности. Они отличаются повышенным вниманием к своим собственным чувствам и способностью распознавать эмоции других людей. Они очень восприимчивы к красоте в искусстве и в природе. Их влечение к новым идеям и альтернативным системам ценностей делает их особенно терпимыми к людям и позволяет принимать нетрадиционные взгляды и установки. Окружающие считают подобных людей впечатлительными, имеющими богатое воображение, смелыми, независимыми и творческими» [Первин, Джон, 2001. С. 306]. Конструкт «Восприимчивость к красоте» нами определяется как степень вовлеченности во взаимодействие с красотой природы, искусства и нравственной красотой человека. Соответственно, на основании анализа содержания конструктов «Открытость к опыту» и «Восприимчивость к красоте» можно говорить о предсказуемости полученных значимых связей между фактором «Открытость к опыту» и субшкалами «Красота природы» и «Красота искусства»; субшкалой «Фантазия» и субшкалой «Красота искусства»; субшкалой «Эстетика» и субшкалами «Красота природы» и «Красота искусства»; субшкалой «Чувства» и всеми субшкалами EBS.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что существует связь между данными субшкалами и шкалой в целом методики «Восприимчивость к красоте» и субшкалами и шкалой в целом «Открытость к опыту» методики «Пятифакторный личностный опросник NEO PI-R Коста и Маккрея», что говорит в пользу конвергентной валидности методики «Восприимчивость к красоте».

Связи с другими личностными факторами. При проверке конвергентной валидности были получены дополнительные интересные результаты по взаимосвязи личностных факторов с восприимчивостью к красоте. Например, обращает на себя внимание, что испытуемые с более высокими баллами по субшкале E6 (оценивает тенденцию испытывать такие эмоции, как радость, счастье, любовь и волнение, люди часто и легко смеются, они бодры и оптимистичны) имеют более высокий уровень восприимчивости к красоте природы и нравственной красоте человека. При этом более тревожные люди (субшкала № 1) лучше воспринимают красоту искусства. Также интересной представляется единственная статистически значимая отрицательная связь между субшкалой № 2 (оценивает тенденцию испытывать гнев и связанные с ним состояния, такие как фрустрация и озлобленность)

и восприимчивостью к нравственной красоте человека. При этом, например, более сердечные люди (субшкала E1) имеют высокий уровень восприимчивости и к красоте природы, и красоте искусства, и нравственной красоте человека.

Матрица корреляционных связей между шкалами NEO PI-R и EBS представлена в табл. 7.

Таблица 7

Корреляции между шкалами NEO PI-R и EBS
($N = 48$, * $p < ,05$, ** $p < ,01$)

NEO PI-R	Красота природы	Красота искусства	Нравственная красота	EBS
N – НЕЙРОТИЗМ	0,07	0,37**	0,13	0,22
E – ЭКСТРАВЕРСИЯ	0,43**	0,11	0,37*	0,39**
A – СОТРУДНИЧЕСТВО	0,30*	0,29*	0,55**	0,50**
N1 – Тревожность	0,14	0,42**	0,26	0,33*
N2 – Злобная враждебность	-0,25	0,14	-0,37*	-0,24
N3 – Депрессия	0,01	0,29*	0,07	0,14
N4 – Рефлексия	0,14	0,29*	0,30*	0,31*
N6 – Ранимость	0,14	0,39**	0,12	0,25
E1 – Сердечность	0,35*	0,31*	0,49**	0,50**
E2 – Общительность	0,30*	-0,00	0,30*	0,27
E6 – Позитивные эмоции	0,59**	0,14	0,57**	0,57**
A1 – Доверие	0,39**	0,28	0,44**	0,47**
A3 – Альтруизм	0,22	0,31*	0,54**	0,48**
A4 – Уступчивость	0,24	0,00	0,47**	0,34*
A5 – Скромность	0,11	0,33*	0,26	0,29*
A6 – Чуткость	0,21	0,15	0,52**	0,40**
C3 – Послушность долгу	0,38**	0,02	0,37*	0,34*

Обсуждение результатов

В данном исследовании нами была апробирована русскоязычная версия опросника «Engagement with beauty scale», направленного на измерение восприимчивости к красоте в целом и восприимчивости к красоте природы, искусства и нравственной красоте человека в частности.

Проверка внутренней структуры опросника «Восприимчивость к красоте» при помощи конфирматорного факторного анализа показала, что он обладает трехфакторной структурой, соответствующей исходным положениям и теоретическим представлениям авторов опросника.

Проведенный психометрический анализ свидетельствует о том, что апробируемый опросник «Восприимчивость к красоте» обладает хорошей внутренней согласованностью, ретестовой надежностью, конвергентной, дискриминантной и критериальной валидностью.

Из всех дополнительных результатов, полученных при проверке конвергентной валидности, нам показались наиболее интересными значимые связи подшкалы «Сердечность» со всеми подшкалами опросника «Восприимчивость к красоте» («Красота природы», «Красота искусства», «Нравственная красота»), а также, соответственно, со шкалой EBS в целом. Это может частично подтверждать идею о неразрывном единстве трех составляющих бытия: истины, красоты и добра.

Параллельно с нами проблемой апробации методики EBS занимался Павел Александрович Сабадош, который в первом номере журнала «Психология. Журнал Высшей школы экономики» за 2017 г. опубликовал статью на английском языке «Русская версия Шкалы сопричастности красоте EBS (the Engagement With Beauty Scale): многочертная-многометодная модель» [Sabadosh, 2017]. Различие между данными исследованиями состоит в следующем. Во-первых, в них апробируются разные версии EBS. В статье используется модифицированная версия, в которой добавлена 4-я субшкала, связанная с красотой идей (автор статьи пытался добавить и 5-ю субшкалу (красота техники), но она не обнаружила консистентности с остальной методикой). Во-вторых, в этих исследованиях используются различные выборки. Автор статьи проводит исследование на подростках (191 чел.), а в нашу выборку вошли люди от 17 до 65 лет (405 чел.). В-третьих, мы не ограничиваемся проверкой внутренней структуры при помощи конфирматорного факторного анализа и оценкой внутренней согласо-

ванности, но также приводим данные, свидетельствующие о ретестовой надежности, дискриминантной, конвергентной и критериальной валидности EBS.

Выводы

1. При проверке модели русскоязычной версии опросника «Восприимчивость к красоте» методом конфирматорного факторного анализа были получены результаты, которые свидетельствуют в пользу рассмотрения опросника как обладающего трехфакторной структурой, что соответствует исходной авторской модели опросника.

2. Русскоязычная версия опросника «Восприимчивость к красоте» обладает хорошей ретестовой надежностью, внутренней согласованностью, дискриминантной, критериальной и конвергентной валидностью.

3. Получены дополнительные интересные результаты по взаимосвязи личностных факторов, измеряемых методикой «Пятифакторный личностный опросник NEO PI-R Коста и Маккрея», со шкалой в целом и субшкалами опросника «Восприимчивость к красоте».

Список литературы

Орел В. Е., Сенин И. Г. Личностный опросник NEO PI-R / Руководство по применению. Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 2004.

Первин Л. А., Джон О. П. Психология личности. Теория и исследования / Пер. с англ. М. С. Жамкочьян; под ред. В. С. Магуна. М.: Аспект Пресс, 2001. 607 с.

Ханин Ю. Л. Шкала Марлоу – Кроуна для исследования мотивации одобрения. Методическое письмо. Л.: НИИ физической культуры, 1976.

Эко У. История Красоты. М.: Изд-во СЛОВО / SLOVO, 2005.

Costa P. T., Jr., McCrae R. R. NEO PI-R professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992.

Diessner R., Solom R. D., Frost N. K., Parsons L., Davidson J. Engagement With Beauty: Appreciating Natural, Artistic, and Moral Beauty // The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 2012. P. 303–329.

Haidt J. The moral emotions // Handbook of affective sciences / Eds. R. J. Davidson, K. Scherer, & H. H. Goldsmith. Oxford, England: Oxford Univ. Press. 2002. P. 852–870.

Sabadosh P. A. Russian version of the engagement with beauty scale: the multitrait-multimethod model // *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2017. Vol. 14. No. 1. P. 7–21.

Satorra A., Bentler P. M. Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis // *Latent variables analysis: Applications for developmental research* / Eds. A. von Eye, C. Clogg. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. P. 399–419.

Материал поступил в редколлегию 14.03.2018

P. A. Nosova

*Novosibirsk State University
1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

nosova.polina@yandex.ru

APPROBATION OF THE RUSSIAN-LANGUAGE VERSION OF THE ENGAGEMENT WITH BEAUTY SCALE

The results of approbation of the Russian-language version of questionnaire «Engagement with beauty scale» (Diessner R., Solom R. D., Frost N. K., Parsons L., Davidson J.) are presented. Engagement with beauty is defined as the degree of involvement in interaction with the beauty of nature, art and the moral beauty of a person. The basic philosophical idea on which American researchers relied on the creation of a technique is the unity of the three components of being - truth, beauty and good. Checking the internal structure of the questionnaire “Susceptibility to Beauty” by means of confirmatory factor analysis showed that it has a three-factor structure corresponding to the original author's model. The conducted psychometric analysis testifies that this questionnaire has good internal consistency, retest reliability, convergent, discriminant and criterial validity. Additional interesting results were obtained on the relationship between personal factors and sensitivity to beauty in general, and, in particular, to the beauty of nature, art and the moral beauty of a person. The results make it possible to consider the Russian-language version of the «Engagement with beauty scale» as a reliable and valid instrument for assessment of engagement with beauty.

Keywords: engagement with beauty, beauty of art, beauty of nature, moral beauty.

References

Orel V. E., Senin I. G. *Lichnostnyiy oprosnik NEO PI-R [The Personal Questionnaire NEO PI-R]*. Rukovodstvo po primeneniyu. NPTs «Psihodiagnostika», 2004. (In Russ.)

Hanin Yu. L. Shkala Marlou-Krauna dlya issledovaniya motivatsii odobreniya (The Marlow-Crown scale for the study of motivation for approval). Metodicheskoe pismo. Leningrad, NII fizicheskoy kulturyi, 1976. (In Russ.)

Eko U. *Istoriya Krasoty [History of Beauty]*. Moscow, Izdatelstvo SLOVO/SLOVO, 2005. (In Russ.)

Pervin L. A., Dzhon O. P. *Psihologiya lichnosti. Teoriya i issledovaniya [Psychology of Personality. Theory and Research]*. M. S. Zhamkochyan (transl.). V. S. Maguna (ed.). Moscow, Aspekt Press Publ., 2001. 607 p. (In Russ.)

Costa P. T., Jr., McCrae R. R. NEO PI-R professional manual. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources, 1992. (In Russ.)

Diessner R., Solom R. D., Frost N. K., Parsons L., Davidson J. Engagement With Beauty: Appreciating Natural, Artistic, and Moral Beauty. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 2012, p. 303–329.

Haidt J. The moral emotions. In R. J. Davidson, K. Scherer, & H. H. Goldsmith (eds.), *Handbook of affective sciences*. Oxford, England, Oxford University Press, 2002, p. 852–870.

Sabadosh P. A. Russian version of the engagement with beauty scale: the multitrait-multimethod model. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*, 2017, vol. 14, no. 1, p. 7–21.

Satorra A., Bentler P. M. Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. *Latent variables analysis: Applications for developmental research*. A. von Eye, C. Clogg (eds.). Thousand Oaks, CA, Sage, 1994, p. 399–419.

УДК 159.9

М. В. Злобина, О. Н. Первушина

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

marinazlobina1991@mail.ru, olgap7@yandex.ru

АНАЛИЗ ОПРОСНИКОВ САМООЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ PHQ-9 И VDI-II

Рассматриваются два наиболее широко используемых опросника самооценки депрессии VDI-II и PHQ-9. Целью исследования является анализ результатов данных опросников и их психометрических характеристик на выборке 392 студентов и сотрудников университетов г. Новосибирска (НГУ, НГМУ, СибАГС). По результатам опросника PHQ-9, 8 чел. попали в группу тяжелой депрессии, 38 – в группу умеренно тяжелой депрессии. По опроснику VDI-II в группу тяжелой депрессии попали 20 чел., 50 чел. – в группу депрессии средней степени тяжести. Опросники продемонстрировали хорошую и отличную надежность (коэффициент надежности альфа Кронбаха составил 0,83 для PHQ-9 и 0,905 для VDI-II). Корреляция между опросниками составила $r = 0,71$, $p < 0,001$. При проверке факторной структуры опросников была подтверждена однофакторная модель PHQ-9. Факторную структуру VDI-II установить не удалось, хотя наиболее адекватное соответствие данным продемонстрировала двухфакторная модель. Подобное расхождение в уровнях депрессии, а также отсутствие в нашем исследовании факторной структуры VDI-II может быть связано с тем, что данный опросник отражает не специфические компоненты депрессии, а особенности студенческой выборки. Обсуждается вопрос о возможности применения опросника VDI-II на неклинической выборке.

Ключевые слова: депрессия, опросник депрессии Бека, VDI-II, опросник депрессии PHQ-9.

Введение

В настоящее время депрессия является одним из наиболее распространенных психических заболеваний. Большое количество ис-

Злобина М. В., Первушина О. Н. Анализ опросников самооценки депрессии PHQ-9 и VDI-II // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 83–98.

следований посвящено изучению не только клинической депрессии, но и более легких ее степеней тяжести и склонности к депрессии. Наиболее часто используемыми инструментами для оценки депрессивного состояния на неклинической выборке являются опросники. Среди них самым широко применяемым опросником в России является опросник депрессии Бека (BDI-I). Наиболее распространенными англоязычными методиками являются опросник депрессии Бека (Beck depression inventory, BDI-II) и опросник депрессии при помощи анкеты состояния здоровья (Patient Health Questionnaire, PHQ-9).

Первый вариант опросника депрессии Бека (BDI-I) был разработан А. Беком в 1961 г. на выборке 226 пациентов психиатрических клиник. В 1978 г. Беком был создан второй вариант опросника (BDA-IA). Окончательный (на сегодняшний день) вариант опросника депрессии Бека (BDI-II) был создан в 1996 г. с целью согласовать пункты опросника с диагностическими критериями DSM-IV, вышедшего в 1994 г. Исследование проводилось на выборке 140 пациентов психиатрических клиник, все пациенты были диагностированы в соответствии с DSM-IV. Коэффициент альфа Кронбаха для BDI-II составил 0,91. В результате факторного анализа, Beck, Steer и Brown [1996] выделили соматоаффективный и когнитивный факторы (факторные нагрузки > 0,35). При этом некоторые аффективные симптомы, такие как «печаль» и «слезливость», имели нагрузки на оба фактора. Beck, Steer и Brown рассматривали факторную структуру опросника на пациентах с различными диагнозами. Steer, Ball, Ranieri и Beck в 1999 г. решили проверить факторную структуру опросника на пациентах с диагнозом депрессия (в соответствии с критериями DSM-IV). В результате ими было установлено, что двухфакторная структура опросника является устойчивой, а симптомы «печаль» и «слезливость» действительно могут нагружать как когнитивный, так и некогнитивный фактор. Однако если симптом «печаль» в данном исследовании имел нагрузку на оба фактора, то «слезливость» имела нагрузку на когнитивный, а не на соматоаффективный фактор, как было в исследовании Beck, Steer и Brown [1996]. Кроме того, некогнитивные симптомы были положительно связаны с женским полом, тогда как когнитивные симптомы не были связаны с полом.

В России BDI-I впервые был использован, по-видимому, Н. В. Тарабриной. Она указывает, что опросник «применялся в комплексном исследовании, которое проводилось лабораторией психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН (Тарабрина Н. В. с соавт., 1992, 1994, 1996, 1997)» [2001. С. 183]. В работе представлено

две шкалы, первые 13 пунктов опросника отражают когнитивно-аффективные компоненты депрессии, остальные 8 пунктов опросника – соматические компоненты. Показатель надежности альфа Кронбаха составил 0,79 для когнитивно-аффективной шкалы, 0,79 – для соматической шкалы и 0,86 по опроснику в целом.

PHQ-9 представляет собой шкалу, состоящую из 9 вопросов, направленных на оценку депрессии в соответствии с критериями DSM-IV. Данная шкала входит в опросник состояния здоровья (Patient Health Questionnaire) наряду со шкалой оценки тревоги (Generalized Anxiety Disorder 7, GAD-7), соматических заболеваний (PHQ-15) и расстройств пищевого поведения (PHQ-A). Опросник был разработан Spitzer, Kroenke и Williams в 1999 г. [1999]. В России опросник был адаптирован Н. В. Погосовой и коллегами в 2014 г. Всего в их исследовании приняли участие 193 чел. (130 женщин и 60 мужчин), обратившихся в поликлинику ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины МЗ России. Были установлены пороговые значения 5, 10, 15 и 20 баллов, оценены чувствительность, специфичность, прогностическая ценность положительного результата и вероятность ложнонегативного результата [Погосова и др., 2014].

Большое количество авторов предпринимали попытки сравнения данных методик и анализа их психометрических показателей. При этом ряд авторов указывает на преимущества PHQ-9 по сравнению с BDI-II. Так, Herpner et al. [2009] говорят о том, что PHQ-9 обладает рядом преимуществ, так как имеет меньшее количество пунктов и доступен бесплатно. Titov et al. [2011] соглашаются с ними, указывая, кроме того, на тот факт, что PHQ-9 разработан на основе диагностических критериев DSM-IV. Choi, Schalet, Cook и Cella [2014] указывают, что BDI-II и PHQ-9 имеют разные теоретические основания. BDI-II делает акцент только на когнитивных симптомах, тогда как PHQ-9 строго оценивает каждый из 9 симптомов DSM-IV, обеспечивая больший акцент на физиологических симптомах, хотя Сессарини, Manzoni и Castelnovo [2014] пишут о том, что последняя версия BDI также разработана с опорой на DSM-IV. В своей работе они сравнивают итальянские версии PHQ-9 и BDI-II с пятью другими методиками (the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Cognitive Behavioural Assessment Hospital Form (CBA-H), the Depression Interview and Structured Hamilton (DISH), the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D/HRSD), the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)), направленными на измерение депрессии у пациентов с сердечными заболеваниями. Они приходят к выводу, что PHQ-9

и BDI-II являются наилучшими. Среди достоинств обоих опросников авторы выделяют возможность самостоятельного заполнения пациентами и опору на диагностические критерии DSM-IV. PHQ-9, кроме того, отличается тем, что он короче большинства опросников почти в два раза, может установить диагноз депрессии и «дать точное описание серьезности симптомов, не оставляя важных аспектов связанного со здоровьем качества жизни и функционального статуса госпитализированных пациентов» [Ibid.]. BDI-II более чем в 90 % случаев согласуется с клиническим диагнозом депрессии и является «золотым стандартом» измерительных инструментов, точно измеряет тяжесть заболевания и имеет четкий порог клинического уровня депрессии. Из недостатков BDI-II авторы отмечают измерение опросником отношений и когний, являющихся довольно стабильными, и возможную вследствие этого недооценку улучшений в течение фармакологической терапии. Так как BDI заполняется самим пациентом, возможно преувеличение симптомов. Авторы также подчеркивают необходимость использования опросника совместно с другими инструментами. Обращаясь к недостаткам PHQ-9, авторы рекомендуют следить за пациентами с сердечными заболеваниями, которые проявляют слабые признаки депрессии, в то время как у пациентов с высокими показателями депрессии должен быть специалист, просматривающий их ответы, чтобы получить более четкую картину. Признаки ремиссии должны рассматриваться в логике правил большого пальца, требующей индивидуальной клинической оценки пациента с сердечным заболеванием.

Dum et al. [2008] исследовали психометрические показатели обеих методик на выборке лиц, страдающих алкогольной (69 чел.) и наркотической (39 чел.) зависимостью (по критериям DSM-IV-TR). Коэффициент альфа Кронбаха составил 0,95 для BDI-II и 0,90 для PHQ-9. Эксплораторный факторный анализ выявил трехфакторную структуру опросника BDI-II (соматический, когнитивный и аффективный факторы) и однофакторную структуру PHQ-9. Коэффициент корреляции между двумя опросниками составил 0,84 ($p < 0,001$).

Нернер et al. [2009] также сравнивали показатели данных методик на выборке лиц, страдающих химической зависимостью (всего 240 чел.). Как и ожидалось, опросники имели высокий коэффициент корреляции ($r = 0,76$, $p < 0,0001$). Методики продемонстрировали хорошую надежность по внутренней согласованности (BDI-II = 0,91, PHQ-9 = 0,87). В результате конфирматорного факторного анализа опросника BDI-II было установлено, что двух- и трехфакторная мо-

дели обнаруживают практически одинаково хорошее соответствие данным, однако, исходя из принципа экономичности, была принята двухфакторная модель. Для PHQ-9 была установлена однофакторная модель, хотя не все показатели соответствия были согласованы (для более детальной информации см.: [Herper et al., 2009]).

Titov et al. [2011] проанализировали результаты PHQ-9 и BDI-II 172 чел., страдающих депрессией, во время их лечения. Согласно их данным, обе методики продемонстрировали адекватную внутреннюю согласованность до и после лечения (PHQ-9 $\alpha = 0,74$ и $0,81$; BDI-II $\alpha = 0,87$ и $0,90$, соответственно). В отличие от исследования Dum et al. [2008], факторный анализ не подтвердил однофакторную модель PHQ-9, и подтвердил двухфакторную модель BDI-II (были выделены когнитивный и соматоаффективный факторы). Обе шкалы сходились больше друг с другом, чем с Sheehan Disability Scale, до, но не после лечения. Чувствительность к изменениям была одинаковой, как до, так и после лечения. Согласованность по показателям клинической значимости была умеренной, но BDI-II определил большую долю участников с тяжелой депрессией, чем PHQ-9.

Kung et al. [2013], сравнивая результаты PHQ-9 и BDI-II на выборке 625 стационарных и амбулаторных больных с биполярной или униполярной депрессией, обнаружили корреляцию $r = 0,77$. В их исследовании приняли участие 287 амбулаторных и 338 стационарных больных, причем корреляция между двумя опросниками на выборке амбулаторных больных была выше, чем на выборке стационарных больных ($r = 0,81$ и $r = 0,67$ соответственно, $p < 0,0001$).

Несмотря на то, что опросники используются довольно широко, разные исследователи сообщают о разных психометрических характеристиках опросника депрессии Бека, а результаты исследований по двум опросникам могут быть несогласованными.

В нашем исследовании было установлено некоторое несоответствие в результатах (например, различия в одних и тех же группах по уровню депрессии по одному опроснику, но отсутствие по другому) (см. Приложение, табл. 2). Кроме того, нами было обнаружено рассогласование уровней депрессии по результатам двух опросников у 30 человек (например, отсутствие депрессивной симптоматики по одному из опросников и депрессия средней степени тяжести – по результатам другого) (см. Приложение, табл. 3).

Цель данной работы – сравнение и анализ опросников PHQ-9 и BDI-II.

Методики

BDI-II. Опросник включает в себя 21 группу утверждений, описывающих симптомы депрессии. Испытуемому предлагается выбрать из каждой группы только одно утверждение, которое наилучшим образом описывает его состояние за последние две недели. Утверждения ранжированы по степени выраженности симптома от 0 (отсутствие симптома) до 3 (максимальная степень выраженности симптома). В зависимости от количества набранных баллов, у испытуемого диагностируется отсутствие депрессивных симптомов (0–9 баллов), легкая (10–15 баллов), умеренная (16–19 баллов), выраженная (20–29 баллов) или тяжелая (30–63 балла) депрессия.

RHQ-9. Опросник состоит из 9 утверждений, описывающих симптомы депрессии. Испытуемый должен оценить, как часто за последние две недели его беспокоили данные симптомы (ни разу, насколько дней, более недели, почти каждый день). Каждому ответу соответствует определенное количество баллов (от 0 до 3 соответственно). По результатам опросника у испытуемого диагностируется отсутствие депрессии (0–4 балла), легкая (5–9), умеренная (10–14), умеренно тяжелая (15–19) и тяжелая (20–27) депрессия.

Выборка. Всего в анкетировании приняли участие 392 чел. в возрасте от 19 до 59 лет (272 женщины и 120 мужчин). Из них 299 чел. – студенты и преподаватели НГУ (291 студент и 8 преподавателей), 41 чел. – студенты факультета клинической психологии НГМУ, 7 чел. – студенты СибАГС (факультет не указан); 7 чел. в графе работа / учеба указали следующее: юрист, администратор, рабочий, логист, парикмахер, директор, домохозяйка; 38 чел. не указали места «работы / учебы». 1 чел. заполнил опросник RHQ-9, но не заполнил опросник депрессии Бека.

Среди студентов НГУ 137 чел. обучаются на медицинском отделении Института медицины и психологии (ИМП), 70 чел. – на отделении психологии ИМП (54 чел. – студенты первого высшего и 16 чел. – второго высшего образования), 33 чел. – на факультете естественных наук, 32 чел. – на факультете информационных технологий, 9 – на механико-математическом факультете, 3 – на экономическом факультете, 2 – на физическом факультете, 2 – на отделении лингвистики Гуманитарного института (ГИ), 1 – на отделении журналистики ГИ, 1 – на философском отделении Института философии и права (ИФП) и 1 – на юридическом отделении ИФП. В табл. 1 (см. Приложение)

представлены количество человек, средний возраст и средние значения по показателям двух опросников.

Результаты

По результатам опросника PHQ-9, 8 чел. попали в группу тяжелой депрессии (больше 20 баллов), 38 чел. – в группу умеренно тяжелой депрессии (15–19 баллов). По опроснику BDI-II в группу тяжелой депрессии попали 20 чел. (больше 29 баллов), 50 чел. попали в группу депрессии средней степени тяжести (20–28 баллов).

В табл. 1 (см. Приложение) представлены средние и стандартное отклонение по двум опросникам депрессии в разных группах испытуемых.

Оценка надежности

Для оценки надежности использовался коэффициент α -Кронбаха. Для PHQ-9 он составил 0,83, для BDI-II $\alpha = 0,905$.

Конвергентная валидность

Корреляция между опросниками составила $\rho = 0,71, p < 0,001$.

Мы обратились к текстам методик и обнаружили, что часть вопросов BDI-II и PHQ-9 перекликаются друг с другом и направлены на диагностику одинаковых или сходных симптомов. Другая часть вопросов BDI-II отражает аспекты, не представленные в PHQ-9. К таким аспектам относятся потеря удовольствия и интереса, чувство вины, слезливость, трудности в принятии решений, раздражительность, потеря сексуального влечения. Мы вычли баллы по ответам на эти вопросы из общего балла BDI-II и снова провели корреляционный анализ результатов двух опросников депрессии, который выявил незначительное увеличение коэффициента корреляции ($\rho = 0,74 (p < 0,001)$). Можно предположить, что расхождения в результатах PHQ-9 и BDI-II не существенно связаны с наличием в опроснике BDI-II вопросов, отражающих аспекты, не представленные в PHQ-9.

Факторная структура

BDI-II. Для проверки факторной структуры опросника был проведен эксплораторный факторный анализ. Была получена четырехфакторная модель, объясняющая 53,43 % дисперсии (первый фактор объясняет 35,3 % дисперсии). Пункты 12 (потеря интереса), 15 (снижение энергии), 16 (изменение сна) и 19 (способность концентрироваться) имели нагрузки более чем на один фактор. В табл. 4 (см. Приложение) представлено распределение пунктов опросника по факторам.

Далее, для оценки соответствия четырехфакторной модели, был проведен конфирматорный факторный анализ. Для четырехфакторной модели были получены следующие индексы соответствия: $\chi^2 = 2950,9$, $df = 210$, $CFI = 0,723$, $RMSEA = 0,105$.

Поскольку данные результаты нельзя считать удовлетворительными, нами также были протестированы одно-, двух- и трехфакторная модели.

Для однофакторной модели мы получили следующие показатели соответствия: $\chi^2 = 2950,9$, $df = 210$, $CFI = 0,83$, $RMSEA = 0,088$. Для двухфакторной модели (когнитивно-аффективный и соматический факторы) $\chi^2 = 2950,9$, $df = 210$, $CFI = 0,87$, $RMSEA = 0,072$. Для трехфакторной модели (когнитивный, аффективный и соматический факторы) $\chi^2 = 2950,9$, $df = 210$, $CFI = 0,734$, $RMSEA = 0,099$.

Таким образом, несмотря на то, что наилучшее соответствие из всех продемонстрировала двухфакторная модель, адекватное соответствие данным достигнуто не было.

PHQ-9. Эксплораторный факторный анализ установил однофакторную модель, объясняющую 43,6 % дисперсии. В результате КФА были получены следующие индексы соответствия: $\chi^2 = 1002,85$, $df = 36$, $CFI = 0,96$, $RMSEA = 0,058$.

Обсуждение

В результате анализа двух опросников самооценки депрессии, PHQ-9 и BDI-II, мы обнаружили, что опросники обладают хорошей и отличной надежностью соответственно. При проверке факторной структуры опросников было достигнуто соответствие однофакторной модели PHQ-9. Что касается опросника депрессии Бека, хотя из четырех моделей наилучшее соответствие данным продемонстрировала двухфакторная модель, установить факторную структуру опросника не удалось. Возможное объяснение этому может лежать в специфике выборки. Разработка как первоначального, так и последующих вариантов опросника проводилась на клинической выборке. Изначально вошедшие в выборку 140 чел., на которых был разработан BDI-II, являлись пациентами психиатрической клиники. Большинство последующих исследований, направленных на установление и подтверждение факторной структуры, также осуществлялось на выборке лиц с клиническим диагнозом депрессии [Steer et al., 1999; Titov et al., 2011; Kung et al., 2013] и другими диагнозами [Dum et al., 2008; Nepner et al., 2009; Viljoen et al., 2003; Siegert et al., 2009; Patterson

et al., 2011]. Однако есть данные, подтверждающие двухфакторную структуру опросника на студенческой выборке [Whisman et al., 2000].

Исследования, проводящиеся на студентах, являются довольно распространенными. Это связано в первую очередь с широкой доступностью данной выборки. Однако, проводя исследования на студенческой выборке, мы сталкиваемся с некоторыми затруднениями. Обратившись к тексту BDI-II, можно заметить, что некоторые вопросы направлены на диагностику и оценку симптомов, не специфических для депрессивного состояния. Так, например, уменьшение количества часов сна, снижение энергии, утомляемость могут являться следствием не только депрессии, но и некоторых других причин, в частности образа жизни. Известно, что студенческая жизнь отличается рядом особенностей. Хотя учебная нагрузка может варьироваться в зависимости от вуза и факультета, в течение семестра студентам приходится выполнять большое количество заданий, посещать занятия, выполнять контрольные и самостоятельные работы и т. д. Повышенная утомляемость и снижение энергии в таких условиях могут быть связаны с высокой учебной нагрузкой, а выполнение большого количества заданий осуществляется зачастую за счет сокращения времени сна и увеличения времени подготовки к заданиям. Все это также может влиять на способность сосредотачиваться, на повышение раздражительности и чувства подавленности. Положительные ответы на вопросы BDI-II, направленные на диагностику вышеуказанных аспектов, могут вносить вклад в общий показатель уровня депрессии. Возникает вопрос, действительно ли высокие показатели по опроснику BDI-II отражают в данном случае высокий уровень депрессии. Вполне вероятно, что речь идет о ситуативных результатах, связанных со спецификой студенческой жизни. Тогда возникает вопрос о возможности применения опросника депрессии Бека на неклинической студенческой выборке и правомерности выводов о тяжести депрессивной симптоматики. По результатам BDI-II, часть испытуемых может оказаться отнесенной к группе лиц с тяжелым уровнем депрессии или депрессии средней степени тяжести не в силу склонности к данному заболеванию, а только за счет специфики образа жизни. В отличие от BDI-II, опросник PHQ-9 представляется более надежным в данном отношении по нескольким причинам. Во-первых, в нем содержится гораздо меньшее количество вопросов, направленных на оценку неспецифических факторов, таких как нарушение сна, снижение энергии, утомляемость и т. д. Кроме того, вопрос, направленный на оценку сна, касается не только его продолжительности,

но и качества («Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон или Вы слишком много спали»). Дальнейшим направлением исследования может стать сравнение показателей опросников PHQ-9 и BDI-II на неклинической не студенческой выборке.

Список литературы

Погосова Н. В., Довженко Т. В., Бабин А. Г., Курсаков А. А., Выгодин В. А. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общей медицинской амбулаторной практики // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. Т. 13, № 3. С. 18–24.

Тарабрина Н. В. Практикум по психологии постравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.

Beck A. T., Steer R. A., Ball R., Ranieri W. F. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients // Journal of Personality Assessment. 1996. Vol. 67 (3). P. 588–597.

Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, 1996.

Ceccarini M., Manzoni G. M., Castelnuovo G. Assessing Depression in Cardiac Patients: What Measures Should Be Considered? // Depression Research and Treatment. 2014. 17 p.

Choi S. W., Schalet B., Cook K. F., Cella D. Establishing a Common Metric for Depressive Symptoms: Linking the BDI-II, CES-D, and PHQ-9 to PROMIS Depression // Psychological Assessment. 2014. Vol. 26 (2). P. 513–527.

Dum M., Pickren J., Sobell L. C., Sobell M. B. Comparing the BDI-II and the PHQ-9 with outpatient substance abusers // Addictive Behaviors. 2008. Vol. 33. P. 381–387.

Hepner K. A., Hunter S. B., Edelen M. O., Zhou A. I., Watkins K. A. comparison of two depressive symptomatology measures in residential substance abuse treatment clients // Journal of Substance Abuse Treatment. 2009. Vol. 37. P. 318–325.

Kung S., Alarcon R. D., Williams M. D., Poppe K. A., Moore M. J., Frye M. A. Comparing the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) depression measures in an integrated mood disorders practice // Journal of Affective Disorders. 2013. Vol. 145. P. 341–343.

Patterson A. L., Morasco B. J., Fuller B. E., Indest D. W., Loftis J. M., Hauser P. Screening for depression in patients with hepatitis C using

the Beck Depression Inventory-II: do somatic symptoms compromise validity? // *General Hospital Psychiatry*. 2011. Vol. 33 (4). P. 354–362.

Siebert R. J., Walkey F. H., Turner-Stokes L. An examination of the factor structure of the Beck Depression Inventory-II in a neurorehabilitation inpatient sample // *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2009. Vol. 15 (1). P. 142–147.

Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W. Validation and Utility of a Self-Report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study // *JAMA*. 1999. Vol. 282 (18). P. 1737–1744.

Steer A. R., Ball R., Ranieri W. F., Beck A. Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in Clinically Depressed Outpatients // *Journal of Clinical Psychology*. 1999. Vol. 55. P. 117–128.

Titov N., Dear B. F., McMillan B., Anderson T., Zou J., Sunderland M. Psychometric Comparison of the PHQ-9 and BDI-II for Measuring Response during Treatment of Depression // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2011. Vol. 40 (2). P. 126–136.

Viljoen J. L., Grant L. I., Griffiths S., Woodward T. S. Factor Structure of the Beck Depression Inventory - II in a Medical Outpatient Sample // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2003. Vol. 10 (4). P. 289–291.

Whisman M. A., Perez J. E., Ramel W. Factor Structure of the Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II) in a Student Sample // *Journal of Clinical Psychology*. 2000. Vol. 56 (4). P. 545–551.

Материал поступил в редколлегию 02.03.2018

M. V. Zlobina, O. N. Pervushina

*Novosibirsk State University
1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

marinazlobina1991@mail.ru, olgap7@yandex.ru

ANALYSIS OF TWO DEPRESSION QUESTIONNAIRES PHQ-9 AND BDI-II

The article examines two of the most commonly used depression questionnaires PHQ-9 and BDI-II. This study aimed to analyze results and psy-

chometric properties of BDI-II and PHQ-9 among 392 students and staff of various Novosibirsk universities. According to PHQ-9, 8 people belong to the group of severe depression, 38 people belong to the group of moderately severe depression. According to the questionnaire BDI-II, 20 people belong to the group of severe depression, 50 people belong to group of moderate severe depression. The results provide evidence of good and excellent reliability of PHQ-9 and BDI-II (Cronbach's alpha was 0,83 for PHQ-9 and 0,905 for BDI-II). Convergent validity was $\rho = 0,71$, $p < 0,001$. The study confirmed one-factor structure of PHQ-9. The factor structure of BDI-II was not established, although the two-factor model represents the best fit to the data. Such a difference in the levels of depression and the lack of BDI-II factor structure in this study may be due to the fact that this questionnaire does not reflect the specific components of depression, but it's reflect features of the student sample. The possibility of applying the BDI-II questionnaire to a non-clinical sample is discussed.

Keywords: depression, Beck depression inventory, BDI-II, Patient Health Questionnaire, PHQ-9.

References

Beck A. T., Steer R. A., Ball R., Ranieri W. F. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 1996, vol. 67 (3), p. 588–597.

Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*, San Antonio, 1996.

Ceccarini M., Manzoni G. M., Castelnuovo G. Assessing Depression in Cardiac Patients: What Measures Should Be Considered? *Depression Research and Treatment*, 2014, p. 17.

Choi S. W., Schalet B., Cook K. F., Cella D. Establishing a Common Metric for Depressive Symptoms: Linking the BDI-II, CES-D, and PHQ-9 to PROMIS Depression. *Psychological Assessment*, 2014, vol. 26 (2), p. 513–527.

Dum M., Pickren J., Sobell L. C., Sobell M. B. Comparing the BDI-II and the PHQ-9 with outpatient substance abusers. *Addictive Behaviors*, 2014, vol. 33, p. 381–387.

Hepner K. A., Hunter S. B., Edelen M. O., Zhou A. I., Watkins K. A. comparison of two depressive symptomatology measures in residential substance abuse treatment clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2009, vol. 37, p. 318–325.

Kung S., Alarcon R. D., Williams M. D., Poppe K. A., Moore M. J., Frye M. A. Comparing the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) depression measures in an integrated mood disorders practice. *Journal of Affective Disorders*, 2013, vol. 45, p. 341–343.

Patterson A. L., Morasco B. J., Fuller B. E., Indest D. W., Loftis J. M., Hauser P. Screening for depression in patients with hepatitis C using the Beck Depression Inventory-II: do somatic symptoms compromise validity? *General Hospital Psychiatry*, 2011, vol. 33 (4), p. 354–362.

Pogosova N. V., Dovzhenko T. V., Babin A. G., Kursakov A. A., Vygodin V. A. Russkoljazychnaja versija oprosnikov PHQ-2 i 9: chuvstvitel'nost' i specifichnost' pri vyjavlenii depressii u pacientov obshhemedicinskoj ambulatornoj praktiki [Russian-language version of the questionnaires PHQ-2 and 9: sensitivity and specificity in detecting depression among patients in general medical outpatient practice]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Practise]*, 2014, vol. 13 (3), p. 18–24. (In Russ.)

Siegert R. J., Walkey F. H., Turner-Stokes L. An examination of the factor structure of the Beck Depression Inventory-II in a neurorehabilitation inpatient sample. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2009, vol. 15 (1), p. 142–147.

Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W. Validation and Utility of a Self-Report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *The Journal of the American Medical Association*, 1999, vol. 282 (18), p. 1737–1744.

Steer A. R., Ball R., Ranieri W. F., Beck A. Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in Clinically Depressed Outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 1999, vol. 55, p. 117–128.

Tarabrina N. V. *Praktikum po psikhologii postravmaticheskogo stressa*. St. Petersburg, Piter Publ., 2001. (In Russ.)

Titov N., Dear B. F., McMillan B., Anderson T., Zou J., Sunderland M. Psychometric Comparison of the PHQ-9 and BDI-II for Measuring Response during Treatment of Depression. *Cognitive Behavior Therapy*, 2011, vol. 40 (2), p. 126–136.

Viljoen J. L., Grant L. I., Griffiths S., Woodward T. S. Factor Structure of the Beck Depression Inventory – II in a Medical Outpatient Sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2003, vol. 10 (4), p. 289–291.

Whisman M. A., Perez J. E., Ramel W. Factor Structure of the Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II) in a Student Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 2000, vol. 56 (4), p. 545–551.

Приложение

Таблица 1

Вуз	Факультет (институт)	Количество человек	Возраст	BDI-II	PHQ-9
НГУ	ИМП (медицина)	М (n=42)	21,6 (2,87)	8,9 (8,28)	6,5 (4,4)
		Ж (n=95)	21,17 (1,12)	9,79 (8,26)	7,98 (4,68)
	ИМП (психология, первое высшее)	М (n=14)	21,21 (1,53)	7,64 (7,2)	6,36 (4,78)
		Ж (n=40)	21,1 (1,37)	12,08 (11,75)	8,45 (6,71)
	ИМП (психология, второе высшее)	М (n=2)	38,5 (0,7)		
		Ж (n=14)	33,6 (5,23)	10 (8)	5 (1,95)
	ФЕН	М (n=9)	22,33 (2,29)	7 (4,5)	5,33 (3,84)
		Ж (n=24)	21,8 (2,8)	14,54 (10,2)	9,04 (5,87)
	ФИТ	М (n=22)	21,4 (3,27)	8,45 (7,88)	6,36 (4,59)
		Ж (n=10)	22,6 (5,5)	10,01 (7,7)	5,9 (2,42)
	ФФ	М (n=1)	21		
		Ж (n=1)	22		
	ММФ	М (n=4)	20,2 (1)		
		Ж (n=5)	19,8 (0,45)		
	ГИ	М (n=1)	24		
		Ж (n=4)	20,75 (0,5)		
ЭФ	М (n=3)	24,67 (4,62)			
	Ж (n=0)	–	–	–	
НГМУ	Клинической психологии	М (n=5)	21,8 (1,3)	9,4 (6,34)	6,6 (4,09)
		Ж (n=38)	20,7 (0,8)	12,7 (8,1)	9,07 (5,5)
СибАГС	–	М (n=2)	27,5 (7,7)		
		Ж (n=5)	20,8 (0,4)		

Таблица 2

Сравнение групп женщин ИМП НГУ (медицинское отделение)
и ФЕН НГУ по критерию Манна – Уитни

BDI-II							
Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	p-level	Valid N	Valid N
536,000	1773,000	807,000	-2,205350	0,027431	0,027229	95	24
PHQ-9							
Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	p-level	Valid N	Valid N
5613,5	1526,5	1053,5	-0,57286	0,56674	0,56558	95	24

Таблица 3

Рассогласование уровней депрессии
по результатам двух опросников

№ испытуемого	PHQ-9	BDI-II
1	7	0
2	7	0
3	7	24
4	9	19
5	11	5
6	9	1
7	5	25
8	7	22
9	9	0
10	11	0
11	14	8
12	13	6
13	10	4
14	9	4
15	8	24
16	8	19
17	9	24
18	9	20
19	12	8
20	6	0
21	10	8
22	9	19

Продолжение табл. 2

№ испытуемого	PHQ-9	BDI-II
23	7	32
24	6	22
25	9	24
26	9	4
27	11	4
28	8	28
29	9	23
30	6	0

Таблица 4

Матрица факторных нагрузок для четырехфакторной модели, полученная методом главных компонент с вращением Квартимакс

Пункт	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
1	0,68	0,37	-0,06	0,03
2	0,68	-0,10	0,03	0,15
3	0,68	-0,05	0,03	-0,31
4	0,58	0,31	0,05	0,41
5	0,65	0,05	0,28	-0,22
6	0,50	-0,04	0,30	-0,36
7	0,75	0,09	-0,09	0,10
8	0,68	0,04	0,13	-0,08
9	0,58	-0,01	-0,11	0,02
10	0,53	0,09	0,15	0,03
11	0,17	0,03	0,75	0,17
12	0,47	0,24	-0,03	0,49
13	0,58	-0,13	0,28	0,36
14	0,78	0,01	-0,12	0,02
15	0,51	0,65	-0,12	0,12
16	0,26	0,52	0,47	-0,06
17	0,45	0,29	0,23	0,13
18	0,29	0,40	0,45	-0,08
19	0,53	0,49	0,05	0,02
20	0,45	0,70	0,12	0,10
21	0,28	0,14	0,27	0,62

УДК 159.9 + 616.89

Я. С. Лякина

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

lyakina@fp.nsu.ru

ФЕНОМЕН ХИКИКОМОРИ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

Цель. Феномен хикикомори, впервые описанный в Японии как форма острой и / или тяжелой самоизоляции молодежи, в настоящее время рассматривается как международная растущая социально-психологическая проблема, появляется все больше описаний случаев подобного поведения среди молодежи в разных странах. Цель этой статьи – обобщение результатов исследований, проведенных в Японии и в других странах, для обеспечения большего понимания феномена хикикомори.

Метод. В этом обзоре изучалась существующая имеющаяся научная информация о феномене хикикомори в академических базах данных (Scopus, ScienceDirect, Web of Science и PubMed).

Результаты. После проведенного анализа исследований мы обобщили информацию по следующим категориям: 1) определения понятия хикикомори; 2) хикикомори и психические заболевания; 3) теории развития; 4) факторы, связанные с социальной изоляцией молодежи; 5) интервенции для социально изолировавшихся молодых людей. Соответственно, существуют разнообразные и противоречивые определения феномена социальной изоляции молодежи. Исследования основаны на моделях, которые приводят к совершенно различным выводам. Исследователи, рассматривающие социальную изоляцию молодежи с точки зрения теории привязанности, видят данный феномен как негативное явление, тогда как те, кто принимает теорию стадий психосоциального развития, относятся к нему более позитивно как к процессу поиска самопознания в период «психосоциального моратория». В настоящее время разработаны различные методы помощи для социально изолировавшихся молодых людей, в основном в Японии, но практически не существует научных исследований оценки их эффективности.

Вывод. Анализ показал гетерогенность феномена хикикомори, выделяются разные подгруппы социально изолировавшейся молодежи. Исследователи предлагают рассматривать феномен хикикомори как результат взаимодействия между психоло-

Лякина Я. С. Феномен хикикомори: обзор исследований // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 99–153.

гическими, семейными, социокультурными, поведенческими и биологическими факторами. Отмечается, что будущая валидация этого подхода поможет продвинуться вперед в развитии теории социальной изоляции молодежи как новой проблемы в развитых странах и эффективных научно обоснованных методов помощи.

Ключевые слова: хикикомори, социальная изоляция молодежи, теория привязанности, теория стадий психосоциального развития, контекстно-зависимый подход к исследованию психических расстройств.

В Японии появление молодых людей, которые прекратили ходить на учебу или работу и большую часть времени проводили в своих домах в течение нескольких месяцев или лет, стало рассматриваться как растущий социальный феномен, называемый *shakaiteki hikikomori* (острый и / или тяжелый социальный уход, социальная изоляция) к концу 1990-х гг. [Saito, 2013].

По данным эпидемиологического обзора Кабинета министров Японии, опубликованного в 2010 г., предполагаемое число лиц с хикикомори среди японского населения в возрасте от 15 до 39 лет составляет 1,79 % (около 696 000 чел.). Кроме того, была определена группа аффинности (предположительная группа риска), состоящая из лиц, которые сочувствуют или понимают хикикомори, и тех, кто думает, что они могут захотеть изолироваться, оцененная в 1,656 млн чел. по всей стране. Согласно результатам аналогичного исследования, опубликованного в сентябре 2016 г., численность хикикомори оценивается в 1,57 % (около 541 000 чел.), а группа аффинности в 1,5 млн чел. При этом исследователи предполагают, что последние данные недооценивают распространенность этого явления [Kato et al., 2017; Tajan et al., 2017]. Поскольку согласно обзору 2010 г. 23,7 % лиц, принадлежащих к категории хикикомори, составляли возрастную категорию от 35 до 39 лет, в 2015 г. эта группа была старше 39 лет и не была включена в исследование 2016 г. Также отмечается удлинение периода изоляции в течение последних шести лет: в 2016 г. 34,7 % опрошенных ответили, что находились в состоянии хикикомори более 7 лет, тогда как в 2010 г. – только 16,7 %. Старение этого населения является большой социальной проблемой в современном японском обществе, так как приобретение автономии, важный вопрос с точки зрения молодежной политики Японии, а учитывая увеличение периода изоляции, существуют опасения трудностей социальной адаптации этих людей в будущем, что нашло отражение в выражении «проблема 8050» (80-летние родители, 50-летние хикикомори) ¹.

¹ *Tajan N.* <https://ntajan.com/2018/03/08/8050-aging-hikikomori-mentalhealth-ueyama-kzk>

Изначально хикикомори рассматривался как особый японский феномен который предположительно был сформирован уникальным японским культурным прошлым и социокультурными изменениями в Японии [Hirota, 2014]. Однако все большее число сообщений об этом или подобных явлениях поступает из других стран. Случаи хикикомори были встречены за пределами Японии: в Южной Корее [Lee et al., 2013], Китае [Wong et al., 2014; Wong et al., 2017], Австралии [Kim et al., 2008], Соединенных Штатах [Teo et al., 2014], Бразилии [Gondim et al., 2017], Испании [Malagón-Amor et al., 2015; 2018], Италии [Sagliocco et al., 2011], Омане [Sakamoto et al., 2005] и Франции [Chauliac et al., 2017]. Помимо отчетов о случаях, опросы широкой группы психиатров из разных стран, таких как Австралия, Бангладеш, Иран, Индия, Тайвань, Таиланд и др., показывают, что эпизоды хикикомори встречаются во всех исследованных странах, особенно в городских районах [Kato et al., 2012].

В 2017 г. состоялся первый симпозиум, посвященный проблеме социальной изоляции молодежи «Хикикомори – скрытая молодежь»², с участием более 100 молодых специалистов в области психиатрической помощи, в том числе ведущих исследователей. «Скрытая молодежь» – это развивающийся синдром, влияющий на подростков и молодых людей, которые демонстрируют особенности социального ухода, изоляции, депрессии, социальной тревоги с психосоциальными нарушениями и зависимости от интернет-игр, который, по оценкам исследователей, затронет 1,6 % молодежи во всем мире, особенно в Азии в таких странах, как Япония, Гонконг, Корея и Сингапур. В качестве факторов, способствующих распространенности данного феномена по всему миру, рассматриваются современные международные социокультурные изменения: модернизация, глобализация, интернет-коммуникации (коммуникативная революция), видео и онлайн-игры (игровая революция) [Hirota, 2014].

В России на настоящий момент эта проблема остается малоизученной, однако на уровне описания отдельных случаев из практики встречаются близкие состояния, наблюдаемые среди молодых людей. В социальной сети «ВКонтакте» можно найти десятки групп, посвященных жизни хикикомори, количество подписчиков у самого популярного паблика более 600 000 чел. Как правило, записи в таких груп-

² *Hikikomori – Hidden Youth Syndrome Symposium 2017 – Department of Psychological Medicine.* URL: <http://nusmedicine.nus.edu.sg/pcm/2017/11/24/hikikomori-hidden-youth-syndrome-symposium-2017>

пах посвящены японской культуре, чаще всего это картинки из аниме и манги, музыка и кино; кроме того, иногда пользователи делятся своими личными историями. Как отмечают молодые люди, в период таких состояний они испытывают сниженное настроение, повышенную утомляемость, апатию, практически не выходят из дома и большую часть времени проводят за компьютером: смотрят фильмы, сериалы (в том числе аниме и / или читают мангу), видеоролики, видеоблоги на Youtube, играют в компьютерные и видео игры или смотрят летсплеи, слушают музыку. Можно предположить, что подобные состояния имеют сходство с описываемым в Японии феноменом хикикомори. Предположительно, участники подобных интернет-сообществ могут составлять группу аффиности, а также включать лиц с подобным опытом.

Некоторые исследователи [Li et al., 2015] утверждают, что существует потенциальная угроза того, что если это явление останется непризнанным и недооцененным в неазиатских культурах на раннем этапе его эволюции, другие страны со средним и высоким уровнем доходов могут столкнуться с теми же проблемами в будущем, с которыми Япония сталкивается в настоящее время. Поэтому обзор проведенных исследований и обобщение основных результатов необходимы для обеспечения большего понимания феномена социальной изоляции молодежи, разработки научно обоснованных методов профилактики и помощи.

Данный обзор основан на зарубежных систематических обзорных исследованиях [Teo, 2010; Li, Wong, 2015; Tajan, 2015], дополненных рассмотрением результатов недавних публикаций, в том числе качественных исследований причин социальной изоляции и реинтеграции [Li, Wong, 2017], связи уровня социальной изоляции с девиантным поведением [Chan, Lo, 2016], первых исследований биомаркеров [Hayakawa et al., 2018], кросс-культурных исследований хикикомори [Furuhashi et al., 2013; Teo et al., 2014; Teo, Kato, 2015] и оценки эффективности терапии [Malagón-Amora, 2018]. Идентификация статей была проведена в апреле 2017 года путем поиска в онлайн-базах академических баз данных (Scopus, ScienceDirect, Web of Science и PubMed).

Историческая справка о понятии «хикикомори»

Социальная изоляция как социальная проблема в Японии возникла во второй половине 70-х гг. Среди терминов, непосредственно свя-

занных с «хикикомори», выделяются «невроз отступления» («retreat neurosis») и «студенческая апатия» («student apathy»), описанные в 1978 г. Касахарой [Kasahara, 1978; 1984]. Студенческая апатия – это явление, затрагивающее мужчин, которые отстают от выполнения академических задач, занимаясь другими видами деятельности, например, такими как волонтерская работа, спорт или временная работа на условиях неполного рабочего дня. Апатические студенты избегают конкуренции и боятся потерпеть неудачу, несмотря на хорошие способности, а иногда у них присутствует обсессивно-компульсивное расстройство с конфликтом идентичности [Uchida, 2010]. При этом отмечается состояние безразличия, инертности, не эмоциональности, осознание, что нет объективной и перспективной цели жить, при отсутствии беспокойства обо всем этом. По мнению некоторых исследователей, эти признаки, которые, несомненно, были связаны с социальным контекстом времени (движениями студентов против правительства и против японо-американского мирного договора), являются предварительными симптомами хикикомори. Ямада заметил, что апатия студентов усугубляется не только выходом из основной деятельности, но и уходом из общественной жизни в целом, и что есть ученики, которые остались закрытыми в своем доме или пансионе. Инамура выделяет в студенческой апатии три стадии: «легкую», «умеренно тяжелую» и «тяжелую». Описание случаев «умеренно тяжелой» и «тяжелой» стадий точно соответствует признакам хикикомори [Furuhashi et al., 2013].

В период с 1970 по 1990 г. в Японии обострилась проблема школьного абсентеизма (уклонения, непосещения), при которой трудности с посещением школы настолько усугубляются, что ребенок почти отсутствует в школе. Как только ребенок планирует идти в школу, у него появляются эмоциональные расстройства (чрезмерная фобия, чрезмерный гнев, беспокойство, неорганические физические недомогания и т. д.), поэтому он остается дома с согласия родителей, при этом не совершает каких-либо антиобщественных действий (таких, как кража, ложь, бродяжничество, повреждение имущества). Согласно обзору 1992 г., число учеников, пропустивших более 30 дней в году, составило 14 000 (около 0,2 %) в начальных школах и 58 000 (около 1,2 %) в колледжах. Среди терминов, обозначающих эту проблему, выделялись: школьная фобия, синдром отказа от школы (school refusal syndrome) [Lock, 1986], tojikomori (toji ← tojiru = закрыть-

ся / затвориться / замнуться, komoḡi ← komoḡu = войти внутрь) [Furuhashi et al., 2013].

Первое эссе, содержащее термин «хикикомори» в названии, было опубликовано в 1985 г. клиническим психологом Ф. Томитой (hiki ← hiku = отступать (двигаться назад), komoḡi ← komoḡu = войти внутрь), он использовал этот термин для описания будущего некоторых учеников, которые отказались ходить в школу. Томита [Tomita, 1992] начал давать советы об отказе ходить в школу примерно в 1980 г. и в начале он был удивлен большим количеством родителей, которые пришли за советом для своего ребенка, которому было более 20 лет. Томита, таким образом, обнаружил людей, которые не имели места в общественной жизни, не имели большого контакта с другими людьми и поэтому оставались неизбежно одинокими. Через те диалоги, которые он имел с ними, Томита понял, что «мучения из-за невозможности сочувствовать другим, несмотря на желание сочувствовать другим», помешали им войти в другие группы друзей, и квалифицировал это состояние как «хикикомори». Томита считал, что хикикомори соответствовал состоянию «отсутствия связи (общения)». Эта идея, которая до сих пор сохраняется, была подвергнута критике. Согласно «Белой книге о молодежи 1989 года», «хикикомори» является синонимом слова «инертность» и соответствует состоянию человека, который пытается иметь минимальный контакт с другими, в том числе и с его семьей, находясь весь день в своей комнате, даже во время приема пищи (родители подают обед на лотке). Инертность – это состояние человека, который потерял интерес к учебной или профессиональной жизни, и это ведет к бездействующей жизни до бесконечности. Поэтому хикикомори классифицируется с инертностью, а не с отказом от социального участия [Furuhashi et al., 2013].

В 1991 г. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии запустило экспериментальный проект по поддержке молодежи, страдающей от социального ухода. В 1998 г. японский психиатр Сайто Тамаки опубликовал книгу «Хикикомори: бесконечные подростковые годы» [Saito, 2013], которую принято считать важной вехой в истории исследований хикикомори. Сайто определил хикикомори как «тех, кто становится отшельниками в своем собственном доме длительностью не менее шести месяцев, с началом второй половины третьего десятилетия жизни и для которых другие психиатрические расстройства не лучше объясняют первичный симптом изоляции» [Ibid. P. 24].

Определения понятия «хикикомори»

Первое руководство, структурирующее феномен хикикомори, было установлено в 2003 г. Министерством здравоохранения, труда и благосостояния Японии, в котором были выделены следующие критерии для хикикомори: 1) образ жизни, сосредоточенный на дому; 2) отсутствие интереса или желания посещать школу или работу; 3) продолжительность симптомов не менее шести месяцев; 4) исключена шизофрения, умственная отсталость или другие психические расстройства; 5) среди тех, кто не заинтересован или не желает посещать школу или работу, те, кто поддерживает личные отношения (например, дружеские отношения), были исключены [Ministry of Health, Labour and Welfare..., 2003]. Затем национальная исследовательская целевая группа уплотнила это определение следующим образом: «...состояние избегания социального участия (например, образования, занятости и дружеских отношений) обычно с настойчивой самоизоляцией в одном месте в течение как минимум шести месяцев в результате различных факторов» [Saito, 2013].

Позже американские психиатры [Тео, Gaw, 2010] предложили исследовательские диагностические критерии для хикикомори, согласно которым существенной особенностью этого расстройства является длительная социальная самоизоляция. Человек проводит большую часть дня и почти каждый день дома, ограничиваясь одной комнатой, обычно своей спальней. Существует явное избегание социальных ситуаций и межличностных отношений. Человек может покинуть свою комнату только ночью, когда вероятность быть замеченным другими минимальна, и часто проводит время, находясь в Интернете, читая или играя в видеоигры. Человек должен соответствовать каждому из следующих шести критериев:

А. Человек проводит большую часть дня и почти каждый день в заключении дома.

В. Закрыт или упорно избегает социальных ситуаций (например, посещения школы, работы) и социальных отношений (например, дружеских отношений, контактов с членами семьи).

С. Социальная изоляция и избегание в значительной степени мешают нормальному обычному, профессиональному (или академическому) функционированию человека либо социальным видам деятельности или отношениям.

Д. Человек воспринимает изоляцию как эго-синтонную.

Е. Наблюдается у индивидуумов моложе 18 лет, продолжительность составляет не менее 6 месяцев.

Ф. Социальная изоляция и избегание не лучше объясняются другим психическим расстройством, таким как социальная фобия (например, избегание социальных ситуаций из-за страха смущения), большое депрессивное расстройство (например, избегание социальных ситуаций как отражение нейровегетативных симптомов), шизофрения (например, изоляция из-за негативных симптомов психоза) или избегающее расстройство личности (например, изоляция из-за опасений критики или отказа).

Последнее самое полное и точное описание хикикомори появилось в 2010 г. от Министерства здравоохранения, труда и благосостояния Японии: «Хикикомори – психосоциальное явление, одной из характерных черт которого является уход от социальной активности и пребывание дома почти каждый день более полугода. Это происходит среди детей, подростков и взрослых в возрасте до 30 лет. Хотя хикикомори определяется как непсихотическое состояние, пациенты с шизофренией могут быть смешаны с этой группой, пока они не получат диагноз психоза» [Ministry of Health, Labour and Welfare..., 2010].

Совсем недавно (в 2015 г.), чтобы не только диагностировать, но и оценивать тяжесть состояния, были предложены еще более точные диагностические критерии для определения хикикомори: (1) большую часть дня и почти каждый день находится дома (продолжительность не менее 6 месяцев); (2) избегает социальных ситуаций, таких как посещение школы или выход на рабочее место (продолжительность не менее 6 месяцев); (3) избегает социальных отношений, таких как дружба или общение с членами семьи (продолжительность не менее 6 месяцев); и (4) значительный дистресс или ухудшение в связи с социальной изоляцией [Teo et al., 2015].

Место изоляции. После публикации пересмотренных методических рекомендаций японского правительства в 2010 г., исследователи опирались на эти официальные руководящие принципы, в которых были приняты жесткие критерии, такие как «пребывание дома почти все дни» [Kondo et al., 2013. P. 81], в своих исследованиях [Kondo et al., 2013; Todd, 2011]. Однако исследовательская группа, проводившая наблюдательное исследование в Японии (The World Mental Health Japan Survey Group, 2002–2006), не отмечает специфику места для социального отхода (т. е. не обязательна изоляция дома, например, интернет-кафе может быть другим окружением) и позволяет по случаю (время от времени, редко) выходить наружу [Koyama et al., 2010].

Следовательно, было предположено выделять тяжелые и легкие (мягкие) случаи социальной изоляции молодых людей: в тяжелых случаях молодые люди никогда не покидают своей комнаты и не общаются с членами семьи, в то время как в более легких случаях молодые люди время от времени выходят и разговаривают с другими [Heinze, Thomas, 2014].

Продолжительность изоляции. В Японии исследователи в целом предполагали, что продолжительность социальной изоляции более чем 6 месяцев следует рассматривать как проблематичный случай. Однако в других местах, таких как Корея [Lee et al., 2013] и Гонконг [Chan, Lo, 2013], исследователи отстаивали точку зрения, что более короткую изоляцию (3 месяца) уже следует считать проблематичной. Сравнение молодых людей, которые находились в изоляции более 6 месяцев и менее 6 месяцев, показало, что они очень похожи по числу негативных жизненных событий и низкому ментальному статусу [Wong et al., 2014]. Поэтому исследователи рекомендовали рассматривать более короткую продолжительность как социальный уход с целью более раннего выявления потенциально проблемных последствий социальной изоляции молодежи.

Социальная связанность. Исследователи в целом согласны с тем, что социально изолировавшиеся молодые люди оторваны от социальной структуры (не ходят на учебу или работу). Более того, некоторые авторы предположили, что социально изолировавшиеся молодые люди избегают любых видов социальной активности [Hattori, 2006; Suwa, Suzuki, 2013]. Что касается социальных взаимодействий, исследователи придерживаются разных взглядов на отношения молодых людей с другими. Некоторые авторы отмечают, что социально изолировавшиеся молодые люди не поддерживают личных взаимоотношений [Nagata et al., 2013; Тео, 2010; Тео, Gaw, 2010], в то время как другие полагают, что у них нет интимных отношений ни с кем, кроме членов семьи [Hattori, 2006], и нет близких друзей [Suwa, Suzuki, 2013]. Однако предполагается, что у социально изолировавшихся молодых людей есть близкие друзья, но они не поддерживают контакт с ними во время социального ухода, или что у этих молодых людей нет близких друзей, но они поддерживают личные отношения с другими, например с друзьями в Интернете. Согласно данным корейского исследования [Lee et al., 2013], в группе социально изолировавшихся подростков (41 участник в возрасте $15 \pm 3,6$ лет) было значительно меньше друзей, чем в прошлом, и они хотели большего количества друзей, чем группа контроля. В частности, 81,3 % изолировавшихся

хотели больше двух друзей; однако у 50 % не было друзей, а 75 % не имели контакта ни с кем в течение предшествующей недели.

Хикикомори и психические заболевания

Обобщая результаты имеющихся на сегодняшний день психиатрических исследований хикикомори, можно выделить три положения:

- у лиц с хикикомори всегда есть психическое расстройство, уже имеющееся в диагностических руководствах (DSM-V или МКБ-10);
- часть популяции хикикомори страдает каким-то психическим расстройством, в то время как у остальных нет психического расстройства (это различие между первичным и вторичным хикикомори);
- часть популяции хикикомори может быть диагностирована с психическим расстройством, уже имеющимся в DSM-V или МКБ-10, а другая часть страдает от новой патологии (она может быть включена в глоссарий синдромов, связанных с культурой) [Tajan, 2015; De Luca, 2017].

Изначально исследователи утверждали, что хикикомори не психическое расстройство, а социальное и психологическое явление, вызванное сложным взаимодействием между изменениями подросткового возраста и быстрыми социальными и семейными изменениями в Японии [Saito, 2013]. Другие исследователи [Suwa et al., 2003] сообщили, что 12 из 14 случаев хикикомори, которые консультировались в центрах общественного здравоохранения, имели психические расстройства, такие как социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, бредовое расстройство, первазивное расстройство развития, соматизированное расстройство, депрессивное расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности и пограничное интеллектуальное функционирование.

По результатам первого японского наблюдательного исследования (The World Mental Health Japan Survey 2002–2006, общая выборка $n = 4\,134$) [Koyama et al., 2010], в котором сообщается о распространенности хикикомори, демографических коррелятах и сопутствующих психических расстройствах, 54,5 % респондентов хикикомори соответствовали диагностическим критериям наличия по крайней мере одного психиатрического расстройства в течение их жизни. Около 35 % респондентов соответствовали критериям любого психического расстройства до начала хикикомори, среди них: социальная фобия 14,8 %, специфическая фобия 12,5 %, злоупотребление алкоголем

или зависимость 10,7 %, генерализованное тревожное расстройство 6,3 %, большой депрессивный эпизод 4,2 %, дистимическое расстройство 4,2 %. Основной депрессивный эпизод наблюдался у 16 % респондентов в том же году начала хикикомори. Генерализованное тревожное расстройство наблюдалось на протяжении всей жизни, а злоупотребление алкоголем или зависимость наблюдались до и после начала хикикомори. При этом распространенность психического расстройства на протяжении всей жизни была выше, чем у остальных респондентов в возрасте 20–49 лет (29,5 %). Респонденты, имевшие опыт хикикомори, в течение жизни превышали риск нарушения настроения в 6,1 раза. При этом в общей сложности 45,5 % случаев хикикомори не имели психического расстройства на протяжении жизни, что, по мнению авторов исследования, согласуется с концепцией первичного хикикомори [Kinugasa, 1998]. Однако данный результат не согласуется с данными более поздних исследований, в которых процент коморбидных расстройств выше. Как отмечают сами авторы, данное исследование имеет ряд ограничений – не оценивались другие психические расстройства, такие как шизофрения, нарушения развития и личностные расстройства, которые часто вызывают трудности в социальном взаимодействии и коммуникации, могут лежать в основе и вызывать острые случаи хикикомори, например, вызванные неблагоприятными социальными событиями (т. е. некоторые случаи, которые в данном исследовании были оценены как психически здоровые, в действительности могли иметь эти расстройства).

Другое проведенное в Японии исследование, в котором было собрано 337 случаев хикикомори, показало, что из них только в одном эпизоде не может быть поставлен диагноз с использованием существующих диагностических критериев DSM или МКБ [Kondo et al., 2011]. Результаты этого исследования делят популяцию хикикомори на три основные подгруппы: шизофрения, расстройства настроения и тревожные расстройства (33,3 %); расстройства развития (32 %); расстройства личности (34,7 %). Оставшиеся 0,7 % представляют собой частный случай, который невозможно диагностировать в рамках существующих категорий.

Обширное исследование (общую выборку составили 1 038 чел.), в котором изучалось восприятие хикикомори как возможного психиатрического термина среди специалистов, связанных со здоровьем (психиатров, педиатров, медсестер, психологов и др.), показало, что, несмотря на некоторые различия в восприятии хикикомори, все участники, как правило, не были согласны с утверждением: «Хики-

комори не является расстройством». Что касается основных психических расстройств, лежащих в основе хикикомори, примерно 30 % психиатров выбрали шизофрению как наиболее применимый диагноз МКБ-10 для хикикомори, тогда как 50 % педиатров выбрали невротические, связанные со стрессом расстройства [Tateno et al., 2012].

В исследовании, проведенном группой корейских авторов [Lee et al., 2013], в результате интервьюирования родителей наиболее распространенными основными или сопутствующими психическими заболеваниями были вызывающее оппозиционное расстройство, социальное тревожное расстройство, депрессия, ПТСР и интернет-зависимость. Оценка психического статуса самих изолировавшихся подростков (в возрасте $15 \pm 3,6$ лет) показала, что они имели значительно более высокие баллы по депрессии, тревожности и интернет-зависимости, чем участники контрольной группы (56,3 % подвержены высокому риску интернет-зависимости и 9,4 % – зависимы). Однако данное исследование не позволяет понять, является ли интернет-зависимость основной причиной или вторичным результатом социального ухода. Также у изолировавшихся подростков были более низкие баллы по шкале самооценки и более высокие баллы по шкале избегающего личностного расстройства.

Наблюдательное исследование, основанное на телефонном интервьюировании молодых людей в Гонконге в возрасте 12–29 лет (общая выборка $n = 1\ 010$), выявило близкие к Японии показатели распространенности хикикомори – 1,9 % (около 16 900 – 41 000) [Wong et al., 2014]. Но при этом большинство участвующих изолировавшихся лиц соответствовали характеристикам «первичных хикикомори» и только 4 % получали психиатрическое лечение в прошлом. Эти данные не согласуются с результатами японского исследования, в котором у половины лиц с хикикомори наблюдалось психическое расстройство на протяжении всей жизни [Koyama et al., 2010]. Авторы этого исследования признают, что включение психиатрической оценки в исследование может существенно повлиять на полученные данные, однако считают это очень большим расхождением, которое нельзя объяснить исключительно наличием психиатрического фактора оценки, и предполагают, что социальный уход среди молодежи в Гонконге может быть результатом сложного взаимодействия между проблемами развития, социальных, психологических изменений и условий занятости в Гонконге.

В недавнем исследовании, проведенном на японской и американской выборках [Teo et al., 2015], было выявлено пять наиболее распро-

страненных психиатрических диагнозов на протяжении всей жизни: избегающее расстройство личности (41 %), большое депрессивное расстройство (32 %), параноидное расстройство личности (32 %), посттравматическое стрессовое расстройство (27 %) и социальное тревожное расстройство (27 %). При этом большинство участников, (68 %), соответствовали критериям множественных психиатрических диагнозов: 59 % имели три или более диагноза и 9 % – два диагноза, другие 9 % – один диагноз. В то же время 23 % не отвечали критериям диагностики любого психического расстройства, все эти участники были из Японии. По сравнению с японскими участниками, у пациентов из США чаще наблюдались расстройство настроения, расстройство употребления психоактивных веществ и тревожное расстройство. Оценка склонности к интернет-аддикции показала, что почти 60 % выборки оказались в самой низкой категории, 41 % в умеренной категории (только один из них был в группе без диагнозов) и ни один в тяжелой категории. Оценки были несколько выше среди пациентов в США, чем у японских испытуемых, но эта разница не была статистически значимой.

Исследование, проведенное на испанской выборке хикикомори [Ángeles Malagón-Amora et al., 2018], показало, что из 190 случаев только один не имел связанной патологии (было обнаружено поведение интернет-зависимости). Всего было идентифицировано шесть основных диагностических групп: психотическое расстройство 36 %, расстройство настроения 17 %, тревожное расстройство 20 %, расстройство личности 15,9 %, употребление наркотиков и другие диагнозы (включая расстройство компульсивного накопительства, расстройства аутистического спектра и дисморфофобию). Только 2 % пациентов не получили диагноз.

Исследование, проведенное во Франции [Chauliac et al., 2017], показало, что около 42 % не имели предварительного контакта со специалистом в области психического здоровья ранее. Наиболее частыми диагнозами, выявленными в данном исследовании, были психотическое расстройство (шизофрения) (для 37 % пациентов), расстройство настроения (23 %) и личностные расстройства (15 %). В целом 42 % употребляют каннабис и у 73 % наблюдаются расстройства режима «сон-бодрствование». 13 % участников не получили психиатрического диагноза, поэтому они подошли к определению хикикомори японским Министерством здравоохранения, рассматривающим хикикомори как психосоциальное явление.

Однако существует несогласованность относительно психических расстройств, которые считались исключаящими диагностику первичного хикикомори. Исследовательской группой из Канады [Stip et al., 2016] был опубликован обзор, в котором рассматриваются общие характеристики хикикомори с продромальным психозом, негативными симптомами шизофрении и интернет-зависимостью, являющимися распространенными дифференциальными или коморбидными диагнозами хикикомори.

После изучения вышеуказанных психиатрических данных можно выделить следующие тенденции: за пределами Японии у людей хикикомори всегда есть психическое расстройство; в Японии эти случаи существуют, но также существует идиопатический хикикомори (или первичный хикикомори), не связанный ни с одним из психических расстройств. В качестве возможных объяснений обнаружения идиопатических хикикомори среди японских участников исследований обсуждаются следующие: (1) японцы предпочитают самоотчетные симптомы социального ухода от других психических симптомов; (2) некоторые особенности японской культуры способствуют развитию хикикомори при отсутствии других диагностируемых психиатрических состояний [Teo et al., 2015]. Альтернативную гипотезу можно предположить на основании данных, полученных французской группой исследователей [Chauliac et al., 2017] (ими было выявлено 13 % случаев хикикомори без коморбидных расстройств). В отличие от большинства исследований, которые в основном проводились на пациентах, обращавшихся за помощью, исследовательская группа под названием Psymobile³ смогла охватить лиц с поведением социальной изоляции, которые не искали психиатрической помощи. Возможно, если усовершенствовать методы выхода на участников подобных исследований, количество случаев идиопатических хикикомори могло бы быть больше.

Николас Тайджан провел всесторонний обзор исследований психиатров по проблеме хикикомори, в котором отдельное внимание уделил вопросу включения хикикомори в DSM-5 как синдрома, свя-

³ Psymobile – мобильная психиатрическая организация в Лионе (Rhône Département, Франция), которая направлена на обеспечение более широкого доступа к психиатрической помощи благодаря своей способности посещать пациентов. Запросы на уход осуществляются родственниками или социальными работниками, и большинство пациентов Psymobile никогда не имели контакта с психиатрической помощью [Chauliac et al., 2017]. Это приводит к тому, что Psymobile часто вступает в контакт с изолированными людьми.

занного с культурой [Tajan, 2015]. Так, в статье 2010 г. американские психиатры пытались предоставить свидетельства того, что хикикомори является новым психическим расстройством, и утверждали, что хикикомори могут «часто, но не всегда» классифицироваться в DSM-IV-TR или ICD-10 [Teo, Gaw, 2010]. Для тех пациентов, которые не могут быть классифицированы, они предложили включить хикикомори в DSM в список синдромов, связанных с культурой. Сравнивая хикикомори с тайдзин кёфусё⁴, который включен в глоссарий культурных концепций дистресса DSM-5, Н. Тайджан резюмирует о необходимости для научного сообщества отказаться от рассмотрения хикикомори как синдрома, учитывая отсутствие его клинического описания в литературе, и предлагает рассматривать его как культурную идиому дистресса⁵.

⁴ Тайдзин кёфусё – японское расстройство, родственное социальной фобии, связанное с боязнью межличностных отношений или социальных ситуаций, которое встречается преимущественно у молодых людей и состоит чаще всего в страхе покраснеть, боязни контакта глаз и мнимых физических дефектов (дисморфофобическое расстройство тела), которые, как они полагают, могут причинить окружающим значительный дискомфорт. Этот страх опозориться перед другими людьми или оскорбить их приводит к социальному избеганию. Исследователи утверждают, что паттерн симптомов, возникающих при тайдзин кёфусё, был сформирован под явным влиянием культурных факторов: воспитание в высокой зависимости от матерей, страх перед внешним миром, особенно перед чужими людьми, поощрение в процессе воспитания японских детей послушания и покорности, уделение большого внимания имплицитной коммуникации (умению угадывать мысли и чувства другого человека, не прибегая к контакту глаз, что расценивается агрессивным и бестактным), иерархичность и структурированность общества, в котором реакция на социальный статус передается многими тонкостями языка.

⁵ В пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5) в III секцию классификации включен раздел, посвященный культурной формулировке (Cultural Formulation), в котором содержится призыв во время систематической оценки психического здоровья учитывать информацию о воздействии культуры на ключевые аспекты клинического состояния индивидуума.

В данном разделе приводятся три основных типа культурных концепций дистресса (заменяющих конструкт «синдром, связанный с культурой»): культурные синдромы, культурные идиомы дистресса, культурные объяснения.

Культурный синдром – это кластер или группа совпадающих, относительно инвариантных симптомов, обнаруженных в конкретной культурной группе, сообществе или контексте.

Культурная идиома дистресса – это лингвистический термин, фраза или способ говорить о страданиях среди людей культурной группы (например, сходной этниче-

Теории развития

Теория привязанности. Согласно Боулби [Bowlby, 1982], надежная привязанность в раннем возрасте будет влиять на более поздние социальные взаимодействия и отношения индивида. Было предложено ненадежные типы привязанности, особенно избегающий и амбивалентный, связать с социальной изоляцией [Hattori, 2006; Krieg, Dickie, 2013]. При этом для разных типов нарушений привязанности выделяют свой путь социального ухода.

Избегающие индивидуумы страдают из-за недоступности поддержки со стороны их фигур привязанностей [Mikulincer, Shaver, 2013]. Чтобы справиться, они отрицают свою потребность в связи и выходят из социальных взаимодействий, следовательно, они избегают интимности, эмоциональной близости и взаимозависимости в отношениях. В литературе поведение социальной изоляции молодежи воспринимается как форма избегающей стратегии для избегающих индивидуумов, чтобы справиться с нечувствительными фигурами привязанности и травмами привязанности [Sakamoto et al., 2005], и поэтому они избегают социальных контактов [Kato et al., 2012], социальных ситуаций [Tateno et al., 2012] и даже больших скопления людей, поездов и публичных мест [Hattori, 2006]. Избегающая привязанность также часто связана с проблемами в самовозвышении и чрезмерной конкуренции [Mikulincer, Shaver, 2013]. Эти проблемы также проявляются у социально изолировавшихся молодых людей. Было отмечено, что чувство гордости социально отозванных людей слишком высоко, чтобы выдержать принижение их достоинства или образа себя в обычных человеческих отношениях (Ogino, 2004). Они также не доверяют другим и отказываются обращаться за помощью при столкновении с проблемами.

Амбивалентные индивидуумы страдают от непостоянной поддержки со стороны фигур привязанности [Mikulincer, Shaver, 2013]. Они пытаются получить поддержку, и их фигуры привязанности иногда отзываются, однако они становятся фрустрированными и неуверенными в случае, когда поддержка не предоставляется. Это частичное позитивное подкрепление означает, что амбивалентные

ской принадлежности и религии), относящаяся к общим понятиям патологии и способам выражения, передачи или обозначения основных признаков дистресса.

Культурное объяснение – это ярлык, атрибуция или особенность объяснительной модели, которая обеспечивает культурно продуманную этиологию или причину симптомов, болезней или расстройств.

индивидуумы попадают в конфликт приближение-отдаление. Исследователи привязанности в целом считают, что амбивалентные индивидуумы останутся с людьми и будут стремиться к привязанности, несмотря на то, что у них неудовлетворительные социальные отношения. Таким образом, кажется, что амбивалентные индивидуумы вряд ли станут социально изолированными людьми. Тем не менее исследователи [Krieg, Dickie, 2013] продемонстрировали связь между амбивалентной привязанностью и социальной изоляцией. Они предположили, что избегающее поведение у амбивалентных личностей может быть усилено культурными различиями. Например, японская культура гармонии может усилить психологическое влияние отказа сверстников на амбивалентных индивидуумов. Без возможности справляться с психологическим воздействием амбивалентные индивидуумы призваны приближаться к людям в японском конформистском обществе. Социальная изоляция молодежи становится следствием истощения, в результате соответствия социальным ожиданиям и выдерживания отказа сверстников под влиянием японской культуры.

Социальный уход, связанный с надежной привязанностью, обсуждается реже. Однако считается, что индивидуумам с надежной привязанностью комфортнее справляться с одиночеством при условии адекватной поддержки [Mikulincer, Shaver, 2013]. Некоторые социально изолировавшиеся подростки, похоже, имеют надежную привязанность к своим семьям, но заканчивают, закрывая себя в своих комфортных зонах без изучения внешнего мира [Furlong, 2008].

Теория стадий психосоциального развития. Социальный уход молодежи может быть результатом неспособности противостоять кризисам в психосоциальном развитии. Конфликт между близостью и изоляцией подчеркивается на этапе молодой взрослой жизни в возрасте от 20 до 39 лет [Erikson, 1950]. Предположительно, молодой взрослый, который не может достичь интимности на стадии взросления, может страдать от изоляции и, следовательно, от социальной изоляции молодежи [Teo et al., 2013]. Однако социальный отход, как правило, обнаруживается у подростков, причем начало отступления обычно приходится на подростковый период от 15 до 20 лет [Heinze, Thomas, 2014; Kouyama et al., 2010]. Негативные последствия изоляции на этапе ранней взрослости могут не полностью объяснить нормальное подростковое начало социального отхода. Некоторые исследователи предположили, что кризис идентичности на стадии подросткового возраста приводит к социальному отходу молодежи [Furlong, 2008; Wong et al., 2014]. Ранее нерешенные психосоциальные кризисы бу-

дут реорганизованы или реинтегрированы в подростковом возрасте при решении проблем формирования идентичности [Erikson, 1968]. Для смущенных людей, переживающих переходный период, социальный уход может быть формой психологического моратория для восстановления контроля над окружающей средой и постепенного восстановления направления и реконструкции личности [Furlong, 2008].

Факторы, связанные с социальной изоляцией молодежи

В настоящее время имеются ограниченные доказательства того, какие факторы могут спровоцировать поведение социального ухода. В обзоре Ли и Вонга [Li, Wong, 2015] обобщены и классифицированы психологические, семейные и социальные, поведенческие факторы, ведущие к социальной изоляции молодежи.

Психологические факторы. На психологическом уровне в многочисленных докладах и статьях упоминается связь между хикикомори и аверсивным, даже травматичным, детским опытом. Похоже, многие из детей, переживших опыт изоляции, часто были жертвами издевательств в школе или других форм отторжения сверстниками [Li, Wong, 2015; Lee et al., 2013; Furlong, 2008; Teo, 2010; Kondo et al., 2013; Sakamoto et al., 2005; Borovoy, 2008; Krieg, Dickie, 2013].

Интровертированность, темпераментная застенчивость (конституциональная робость) и амбивалентный или избегающий стиль привязанности может также предрасполагать к развитию хикикомори [Li, Wong, 2015; Teo, 2015; Krieg A., Dickie J. R., 2013]:

М. Сува и К. Сузуки [Suwa, Suzuki, 2013] выделили пять основных психологических особенностей «первичных хикикомори» (хикикомори без очевидного психического расстройства).

1. Эпизоды поражения без борьбы. Во многих случаях хикикомори есть эпизод «поражения без борьбы», прежде чем человек станет хикикомори (например, выход из команды школьного волейбола, потому что не был выбран в качестве игрока; отказ от вступительного экзамена после подготовки к нему). Все конкурентные стратегии избегаются. Хикикомори отходят от своего предполагаемого «идеального пути», никогда не борясь за то, что хотели.

2. Идеальный образ себя, возникающий в желаниях других, а не в собственном желании. Они создают свой идеальный образ, основанный на ожиданиях других, и неспособны удержать свои собственные цели или идеалы, в результате в них не возникает сильного желания работать над достижением этих идеалов.

3. Сохранение идеального образа «ожидаемого» self. Поскольку они продолжают жить как хикикомори, тот факт, что они не следуют намеченному пути, становится более серьезной проблемой внутри них. Если бы они боролись и потеряли, они могли бы создать новое осознание себя от боли этого поражения и столкнулись с задачей поиска нового пути. Вместо этого разрыв между их идеальным «я» и фактическим «я» становится еще больше. Тем не менее они по-прежнему лелеют фантазию о воссоединении своего воображаемого идеального пути, а не начинают с того места, в котором они сейчас находятся. Признавая, что они отклонились от этого пути, они по-прежнему хотят показать другим свое предполагаемое идеальное «я».

4. Вложение родителей в идеальное «я» ребенка. Родители не только поддерживают своего ребенка финансово, но также могут способствовать его стремлению к прошлому идеальному имиджу даже после того, как он вырос и стал хикикомори, полагая, что он все еще может достичь чего-то в будущем.

5. Избегающее поведение для поддержания положительного мнения окружающих. Хикикомори избегает вещей, которые угрожают «предполагаемому я» или «идеальному я». Они избегают ситуаций, когда их могут спросить другие об их нынешних обстоятельствах, и избегают думать о том, чтобы начать снова с их нынешнего состояния. Их принципы поведения сосредоточены на защите идеального «я», они избегают таких ситуаций. Если бы они придерживались идеала, рожденного своими собственными желаниями, они, вероятно, не приняли бы такую схему избегания. Кроме того, они не испытывают особого желания достичь чего-то или погрузиться во что-то приятное, что может указывать на их основную неспособность искать какое-либо удовольствие.

Семейные факторы. Факторы, которые были идентифицированы, включают традиционные семейные проблемы, такие как ядерная семья без поддержки расширенной семьи [Borovoy, 2008; Kaneko, 2006; Lee et al., 2013], разрушенная семья [Chong, Chan, 2012], смерть члена семьи [Kondo et al., 2011] и дисфункциональная динамика семьи и родительства [Chan, Lo, 2014; Heinze, Thomas, 2014; Suwa et al., 2003]. Исследования показали следующие характеристики семей первичных социально изолировавшихся молодых людей: жесткие правила, определяющие роль каждого человека (даже когда семья сталкивается с трудностями, роли не изменяются, чтобы справиться с ситуацией, чтобы решить проблемы, но каждый пытается поддерживать оригинальные методы преодоления и отношений, что снижа-

ет адаптивность молодых людей); недостаточный уровень семейной сплоченности (в семье отсутствует эмоциональный обмен, и членам группы трудно сочувствовать отрицательным чувствам друг друга, хотя члены семьи обеспокоены друг другом, между ними существует небольшой вербальный обмен, родители редко спрашивают детей о самой проблеме социального ухода). Некоторые родители, не знающие, как инициировать беседу или проявить заботу по отношению к своим детям [Suwa et al., 2003], могут не научить их эмпатии, как устанавливать доверительные отношения с другими людьми и как поддерживать здоровые коммуникации [Todd, 2011]. С другой стороны, семьи, которые берут на себя слишком большую ответственность за поддержку своих детей, предоставляя деньги, питание и жилье, даже когда они становятся юридически взрослыми, и после замужества могут также культивировать «паразитарную тенденцию» у своих детей [Furlong, 2008; Heinze, Thomas, 2014].

Семья-школа. Было обнаружено, что многие социально изолировавшиеся молодые люди являются старшим сыном в своей семье [Тео, 2010]. Независимо от семейного фона, среднего класса [Furlong, 2008] или рабочего класса [Wong, 2009], в Азии родители возлагают большие надежды на своего старшего сына. Родители с финансовыми ресурсами, высоким уровнем образования и престижной работой больше ориентированы на достижение и одержимы образованием [Hattori, 2006]. Однако слишком высокие академические ожидания и острая конкуренция могут привести к тому, что дети переживают кризис доверия, когда они потерпят неудачу [Lee et al., 2013]. Они также могут быть презираемы и недопонимаемы их родителями и учителями, если они не преуспевают в своей академической работе [Chong, Chan, 2012]. Кроме того, некоторые дети вынуждены посещать дополнительные учебные занятия после школы; это не только лишает их досуга, но и создает для них дополнительное напряжение [Hattori, 2006]. Социальная изоляция молодых людей связана с высоким академическим давлением и неспособностью добиться высших академических достижений [Furlong, 2008].

Социокультурные факторы. По мнению Такахиро Като [Kato et al., 2018], одним из наиболее влиятельных факторов, способствующих значительной распространенности хикикомори в Японии, является то, что японский социокультурный фон традиционно пронизан «амаэ» (принятие чрезмерно зависимого поведения) и стыдом, который также связан с синдромом тайдзин кёфусё. Кроме того, по мнению исследователя, стыд является ключевым фактором, способствующим

самоубийству среди японцев, что может объяснять чрезвычайно высокий уровень самоубийств в Японии по сравнению с другими развитыми странами [Hirota, 2014].

Другими важными социокультурными факторами, которые, по мнению Т. Като, облегчили появление хикикомори в Японии, являются.

- Гиперпротекция. По сравнению с родителями в западных семьях родители из Японии склонны чрезмерно защищать своих детей. Эта чрезмерная защита тесно связана с амаэ. Даже сейчас, по сравнению с молодыми людьми в западных обществах, молодые люди в Японии, как правило, более экономически зависимы от своих родителей, и это явление, по-видимому, есть одна из выраженных форм амаэ. Хикикомори может быть опосредованно вызвана чрезмерной защитой и амаэ, что заставляет родителей принимать их ребенка дома.

- Более сильные отношения в диаде мать – ребенок и более слабые отношения в диаде отец-ребенок (неопределенность мужской роли в японском обществе). Т. Като отмечает, что отношения между родителями и детьми в Японии долгое время считались менее эдипальными, чем в западных обществах, и отмечались отсутствующим отцом и чрезвычайно продолжительной и замкнутой связью с матерью, что может привести к трудностям, связанным с независимостью. Особенно в случае хикикомори, развитие базовых навыков межличностного общения на ранних этапах жизни является недостаточным, что может вызвать уязвимость к стрессу и проявиться позднее в школах и на рабочих местах и привести к побегу из социальных ситуаций.

- Высокое давление в системе образования (экзаменационная война). В Японии, уже начиная с младшей школы, придается большое значение экзаменационным испытаниям для успешного перехода в среднюю школу. Не все ученики могут на одинаково успешном уровне преодолевать эти испытания, что может приводить к проблемам школьного обучения (буллинг) и, как следствие, – к прогуливанию уроков или отказу от посещения школы [Ibid.].

Отдельное внимание Т. Като уделяет развитию технологических разработок, таких как интернет-, видео- и веб-игры, которые ослабили необходимость прямого контакта человека с человеком. Исследователь отмечает: «В Японии 1983 год стал важным годом, потому что это был год, когда впервые была выпущена домашняя система видеогр Nintendo (получившая название FAMILICOM), и когда детям впервые были доступны домашние видеогры. Эти дети стали подростками и молодежью в середине 1990-х годов. Разве не интересно,

что это случилось в то время, когда произошла пандемия хикикомори, как описано в конце 1990-х годов?» [Hirota, 2014. P. 14].

М. Сува и К. Сузуки выделяют в качестве возможных причинных факторов первичного хикикомори изменения в социальной структуре, изменения в общении и изменения в системе труда [Suwa, Suzuki, 2013].

Социальные изменения в целом. Авторы предполагают, что изменения социальных норм или стандартов, лежащих в основе японского общества («время идеалов», «время сновидений», «время фантастики», «время невозможного»), связаны с проявлением сопротивления молодежи в период социализации: во «время идеалов» молодежный конфликт проявлялся в формировании банд хулиганов, или якудза, выбывших из общества; во «время сновидений» молодые люди отвергали американский капитализм и сопротивлялись порядку политики, проявляя яростную активность в кампусе и охваченность коммунизмом; «во время фантастики» появилась группа молодежи под названием «отаку», которая разместила аниме и виртуальный мир выше реальности. Во «время невозможного», когда объект сопротивления, такой как трансцендентальный другой, рухнул, энергия, выражающая сопротивление снаружи, могла быть интернализирована посредством действия хикикомори. Действие хикикомори служит не только для защиты своего нынешнего состояния, но также приводит к ранению себя через внутреннее действие во время инициации или социализации. Поэтому в таком свете хикикомори можно рассматривать как противоречие между защитой себя и ранением себя.

Изменения в коммуникации. В результате повышенной социальной мобильности и развития средств массовой информации близость и непрерывность (личная история) больше не важны для личного общения в современном японском стиле жизни. Общение лицом к лицу становится все менее распространенным, и общение в режиме онлайн в целом считается более важным. Концепция «оффлайн-встречи», в настоящее время широко используемая среди молодых японцев, может рассматриваться как четкое описание их формы существования, в которой косвенное онлайн-общение имеет приоритет над фактическими отношениями. Придание малой важности своему непосредственному обществу, изолирование себя от семьи и местного сообщества и приоритетное внимание к взаимодействию в предпочитаемом частном мире, стало образом жизни среди многих японских молодых людей. В прошлом личное общение, в котором было взаимное признание или понимание эмоционального опыта, существовало не толь-

ко среди семьи и близких друзей, но также распространялось на более крупные группы, такие как компания или раса. Поскольку японцы больше не могут легко доверять другим или чувствовать поддержку своей группы, они приняли то, что называется «синхронным сообщением». В этой форме общения люди соединяются не через эмоциональные отношения, а, скорее, на основе схожих вкусов или интересов, чтобы чувствовать себя непринужденно. Молодежь хикикомори, бросая учебу или работу, не принадлежит ни к какой организации, обычно не имеет ни личного общения, поддерживаемого какой-либо групповой принадлежностью, ни синхронного общения, поддерживаемого совместными схожими интересами.

Изменения в системе труда. Отмечается, что быстро меняющиеся экономические условия, уникальные для Японии (беспрецедентный экономический рост после 1960 г. до внезапного экономического краха примерно в 1990 г.), сильно повлияли на молодых людей, выросших в этот период. В Японии неуклонно снижается процент работников, занятых производством на фоне быстрого роста работников третичной промышленности, на долю которых в настоящее время приходится 70 % рабочей силы. Поэтому большинство молодых людей сегодня стремятся работать в компании в области информации / телекоммуникаций, финансов или маркетинга. Условия занятости также стали более жесткими с тех пор, как в начале 1990-х гг. лопнула так называемая «пузырьковая экономика». Если раньше существовала стабильность – академический успех гарантировал хорошие перспективы карьеры и занятости (многие люди могли работать на своих рабочих местах до выхода на пенсию), с упадком традиционных возможностей для найма и продолжения работы в третичной промышленности требуется более высокий уровень навыков межличностного общения и более высокая сила выживания, чем когда-либо прежде. С середины 1990-х гг. отмечается рост числа молодых людей, живущих на доход от непостоянного заработка (фритеры), так же как и количество хикикомори. Трудовая проблема, затрагивающая эту молодежь, стала одной из основных социальных проблем, с которыми сталкивается Япония сегодня. Альтернативы экономической автономии и социального обеспечения (безопасности) остаются крайне ограниченными. Таким образом, непредвиденные переменные профессии и даже нерегулярная занятость приводят к снижению социальной мобильности [Furlong, 2008] и снижающемуся значению ценности работы [Тео, 2010]. Больше людей, испытывающих трудности с поиском работы, не имеют законного социального статуса, чтобы проявить себя в со-

циальном окружении [Lee et al., 2013; Ogino, 2004]. Следовательно, они могут стать социально изолированными из-за потери чувства руководства и неспособности найти место в обществе [Furlong, 2008].

Поведенческие факторы

Для оценки рисков поведения социальной изоляции среди молодежи исследователи предлагают разделить концепцию социального ухода на период и уровень [Chan, Lo, 2016], что позволяет рассматривать молодежь в ситуации социального ухода не как коллективное целое, но отмечать различия между ними.

Ли и Вонг выделили три типа социального ухода по стратегиям изоляции и тенденциям социального взаимодействия: 1) асоциальное пребывание дома; 2) асоциальный, но выходящий наружу; 3) избирательно социальный [Li, Wong, 2015].

Наиболее неблагоприятный прогноз отмечается в случае, когда молодые люди проводят много времени дома, занимаясь самостоятельной деятельностью и прилагая минимальные усилия для поддержания межличностных отношений [Chong, Chan, 2012; Lee et al., 2013; Ovejero et al., 2014]. После ухода из социальной среды, такой как школа или занятость, они физически отключены. Некоторые даже изолируются в своих спальнях, еще больше дистанцируясь от внешнего мира [Teo, 2010]. Они смотрят телевизор, играют в компьютерные или видеоигры, читают книги или мангу [Sakamoto et al., 2005]. Иногда у них происходит инверсия сна – они могут спать весь день и бодрствовать всю ночь [Masataka, 2002] – и даже не принимать душ [Kaneko, 2006]. Длительная изоляция может дисквалифицировать молодых людей с точки зрения коммуникации и социализации и культивировать всеобъемлющее чувство апатии [Teo, 2010]. Исследователи сообщают, что у социально отстраненных молодых людей мало друзей и пассивные или индифферентные отношения со своими сверстниками и родителями в ранней жизни [Chong, Chan, 2012, Lee et al., 2013; Wong et al., 2014], что уменьшает их социальную вовлеченность, когда они становятся старше [Itoh, 2012].

Однако, по оценкам исследователей, только 27 % социально изолировавшихся молодых людей в Японии не покидают свои жилые помещения [Ogino, 2004]. Обычно они выходят в одиночку для разных целей. Одни выходят только тогда, когда это необходимо, например, чтобы купить вещи в магазине, преимущественно, когда мало людей вокруг, потому что они не хотят встречаться с бывшими одноклассни-

ками или соседями [Wong, 2009; 2012]. Другие выходят на регулярной основе в течение дня, как будто ходят в школу или на работу, чтобы скрыть свой социальный уход, но на самом деле они проводят свое время бесцельно, гуляя или катаясь на поездах [Furlong, 2008]. Третьи выходят только для своего собственного развлечения или получения удовольствия по выходным [Heinze, Thomas, 2014; Kaneko, 2006].

Помимо асоциального поведения, было установлено, что некоторые социально изолировавшиеся молодые могут общаться с людьми, не связанными с их работой или жизнью [Suwa, Suzuki, 2013], взаимодействовать со своими родителями и членами семьи [Wong, 2012] и поддерживать социальные контакты через цифровые средства. Это подразумевает, что молодежь не полностью утрачивает навыки социализации, хотя они живут дома в течение длительного времени. Некоторые молодые люди готовы и способны поделиться переживаниями своего собственного опыта социальной изоляции [Kaneko, 2006] или даже иногда совершают поездки с друзьями и работают неполный рабочий день время от времени [Suwa et al., 2003]. Кроме того, Интернет предоставляет им удобный канал для межличностного общения дома. Они могут общаться в Интернете с незнакомцами в уединении и анонимно, чтобы развивать виртуальные социальные сети и интимные отношения [Chan, Lo, 2014, Wong, 2009]. Благодаря этим виртуальным социальным сетям они могут получить поддержку и признание со стороны сверстников [Chan, Lo, 2013] и даже переопределить их социальную идентичность, чтобы быть более позитивным и социально приемлемым для восстановления чувства полезности [Heinze, Thomas, 2014].

Недавнее исследование, проведенное в Гонконге [Chan, Lo, 2016], в котором изучалась связь между негативным опытом, негативными эмоциями и делинквентным поведением в ситуации социального ухода (выборка состояла из 533 участников в возрасте от 12–24 лет, 62,7 % мужчин, 37,3 % женщин, без психических расстройств, длительность опыта социальной изоляции от 1 года до 8 лет), показало, что уровень ⁶ социального ухода с отрицательными эмоциями, но не период, были значительными посредниками, которые опосредствовали связь

⁶ Выделяют пять уровней социального ухода [Chan, Lo, 2016]:

1 = «За последние три месяца я не выходил на улицу»;

2 = «За последние три месяца я не общался лицом к лицу»;

3 = «За последние три месяца я оставался дома»;

4 = «За последние три месяца я оставался только в комнате»; и

5 = «За последние три месяца я ни с кем не разговаривал».

между негативным опытом (особенно отрицательными отношениями с другими людьми) и делинквентным поведением. Это отражает тот факт, что корень делинквентного поведения – это негативный опыт, который вызывает отрицательные эмоции, а не поведение социального ухода. Низкий уровень социального ухода, при котором молодые люди, как правило, получают большую социальную поддержку, испытывают меньше стресса и меньше страдают от негативных эмоций, выполняет роль буфера. Если у молодых людей в ситуации социальной изоляции есть достаточные буферы, возникающие из социальной поддержки, чтобы приспособиться к невзгодам во время длительного уединения, у них будет более низкая тенденция к участию в правонарушениях, и наоборот.

В качестве отдельной проблемы, связанной с социальной изоляцией молодежи, выделяют активное использование Интернета. Отмечается, что иногда изолировавшиеся молодые люди проводят больше 12 ч в день перед компьютером, как следствие, более половины подвержены риску интернет-зависимости, и примерно одна десятая будет соответствовать диагностическим критериям такой зависимости [Lee et al., 2013]. Недавнее крупномасштабное эмпирическое исследование, охватывающее 11 европейских стран, показало, что молодежь с высоким уровнем использования средств массовой информации (т. е. Интернет, телевидение и видеоигры, используемые по причинам, не связанным со школой или работой), сидячим образом жизни и сокращением сна представляют собой «невидимую» группу риска [Carli et al., 2014]. Несмотря на то, что эту группу молодежи традиционно считают «нормальной», на самом деле они проявили тревожные признаки «невидимого» риска психопатологии: у учеников в этой группе были выявлены высокие показатели депрессии, тревоги и суицидальных мыслей, которые находились на том же уровне, что и среди учеников, принадлежащих к группе высокого риска. Исследователи отмечают, что каузальность отношений между этими формами рискованного поведения и психопатологическими проявлениями остается неясной, однако общие психические расстройства, такие как депрессия, как известно, часто показывают двунаправленные отношения со сниженным сном [Clarke, Harvey, 2012], низким уровнем активности [Biddle, Asare, 2011] и высоким потреблением медиа [Carli et al., 2013]. А также подчеркивают важность данных результатов для разработки профилактических интервенций, поскольку обычно эта группа не вызывает беспокойства родителей и учителей в отличие от учеников с формами поведения, связанного с высокими

рисками (чрезмерным употреблением алкоголя, незаконным употреблением наркотиков, тяжелым курением).

Исследователи отмечают, что социально изолировавшиеся молодые люди, получившие меньший уровень образования, склонны проявлять больше рискованного поведения, чем группа сравнения. Высокий уровень образования рассматривается как буферный фактор, который предоставляет больше шансов для выхода из состояния изоляции: те, у кого меньше уровень образования, скорее всего будут рассматриваться как «неудачники» в системе образования в Гонконге (которая в узком смысле ориентирована на академическое превосходство), как ленивые и исключенные из «мейнстрима» [Borovoy, 2008], что в итоге может развить чувство беспомощности, не позволяющее им исследовать возможности. Кроме того, эти уязвимые социально изолированные молодые люди более восприимчивы к онлайн-информации и влиянию новых СМИ, в результате, вовлечению в различные современные рискованные поведения, например, кибербуллинг и сайты-знакомств [Wong et al., 2014].

Другой группой ученых [Yuen et al., 2018] было проведено первое исследование с целью изучения воздействия образа жизни хикикомори на физическое здоровье. Выборку данного исследования составили молодые люди с хикикомори, проживающие в Гонконге (жители КНР китайской национальности) в возрасте 13–34 лет ($n = 104$). Сравнялся образ жизни и физический профиль лиц с хикикомори в двух группах: новые случаи (период изоляции < 6 мес., $n = 52$) и давние случаи (период изоляции > 6 мес., $n = 52$). Несмотря на то, что оценка по шкале физического функционирования в целом была хорошей, участники, которые вели сидячий образ жизни, оказались с высокой частотой гипертонии (15,4 %) и предгипертонией (31,7 %). Появление гипертонии и предгипертонии в случаях, живущих как хикикомори > 6 мес., было в 3 раза и в 1,5 раза выше, чем в начинающих случаях, соответственно. Уровни артериального давления были сопоставлены с возрастом и всеми параметрами индекса ожирения, включая окружность талии и индекс массы тела. Результаты также наблюдали сдвиг массы тела от недостаточного веса до избыточного веса и ожирения по мере продолжительности хикикомори. Половина случаев гипертонической болезни включала повышение систолического артериального давления, что указывает на более высокие шансы сердечно-сосудистых осложнений. Авторы заключают, что образ жизни хикикомори может быть рискованным поведением, которое может нанести вред

молодому поколению физически, способствуя ожирению и гипертонии и, возможно, другим хроническим заболеваниям.

Биологические факторы хикикомори

Первый отчет, показывающий возможные биомаркеры крови хикикомори и позволяющий приблизиться к пониманию патофизиологии хикикомори, был опубликован в феврале 2018 г. [Hayakawa et al., 2018]. Исследование показало, что черты избегающей личности коррелировали с воспалительными и антиоксидантными маркерами: отрицательно с холестерином липопротеинов высокой плотности (high-density lipoprotein cholesterol, HDL-C) и мочевой кислотой (uric acid, UA) у мужчин и положительно с продуктами деградации фибрина (fibrin degeneration products, FDP) и высокочувствительным С-реактивным белком (high sensitivity C-reactive protein, hsCRP) у женщин.

HDL-C обладает антиоксидантными, а также противовоспалительными функциями, а UA представляет собой типичный эндогенный антиоксидант, эффективно нейтрализующий реактивные формы кислорода. Окислительный стресс снижает уровень серотонина в головном мозге и был выдвинут на первый план в качестве кандидата в этиологии психических заболеваний, включая депрессию. Например, пациенты с большим депрессивным расстройством и тревожным расстройством имеют низкий уровень UA в плазме. Принимая во внимание взаимосвязь между дисрегуляцией серотонинергической системы и избегающим личностным расстройством, снижение антиоксидантов может индуцировать социальную тревожность и избегающее поведение через окислительный стресс у мужчин.

Как FDP, так и hsCRP связаны с воспалением. FDP оказывает провоспалительное действие, а hsCRP широко используется в клинических условиях как неспецифический маркер острого воспаления. Воспаление в последнее время привлекает внимание в исследовании различных психических проблем, включая тревогу и депрессию. Возможное связующее звено между воспалением и избегающими чертами личности – это ожирение. Ожирение положительно коррелирует с воспалением, а также с избегающим расстройством личности. Эти данные наводят на мысль, что черты избегающей личности могут быть вызваны воспалением, которое влияет на эмоции у женщин.

У лиц с хикикомори были более высокие показатели избегающих черт у обоих полов (что указывает на симптоматическое сходство между хикикомори и избегающим расстройством личности), более

низкие уровни UA в сыворотке крови у мужчин и более низкие уровни HDL-C в сыворотке крови у женщин. Как UA, так и HDL-C имеют общую антиоксидантную активность, что указывает на то, что явление хикикомори возможно связать с окислительным стрессом, а не с воспалением для обоих полов, вопреки ожиданиям. Причина остается неясной, но исследователи предполагают, что активное социальное взаимодействие может вызвать воспаление, а уход от социального взаимодействия может улучшить воспаление, что объясняет небольшое воспаление у лиц с хикикомори.

Контекстно-зависимый подход к пониманию хикикомори

В недавних публикациях обосновывается контекстно-зависимый подход к психическим расстройствам, согласно которому необходимо понимать пациентов в социокультурном контексте с учетом динамических взаимодействий между личностными особенностями, факторами развития и современным социальным контекстом. При этом важность социального и культурного контекста не исключает центральной роли нейрхимии, генетики, темперамента, когнитивных стилей и т. д., но предполагает, что появление расстройства не может быть сведено к этим факторам [Rydera et al., 2015].

Исследователи [Krieg, Dickie, 2013] продемонстрировали эмпирически, что темпераментная застенчивость и отторжение родителей предсказывали амбивалентную привязанность, но амбивалентная привязанность предсказывала хикикомори только в сочетании с отказом сверстников. Авторы утверждают, что их модель объединяет биологические, развивающие и непосредственные социальные объяснения, но призывают уделять внимание социокультурному контексту, в котором эти объяснения находятся.

Причины хикикомори не могут находиться исключительно внутри человека или в непосредственной социальной сети, а скорее возникают из-за столкновения между культурными ценностями и социально-экономическими реалиями [Norasakkunkit, Uchida, 2014]. В частности, отмечается, что синдром возник в то время в японской истории, когда социально-экономическая ситуация хронически не давала многим молодым людям возможности, ценные в их культурном контексте [Toivonen et al., 2011]. Подчеркивается, что хикикомори – это не просто расстройство застенчивости или социальное тревожное расстройство. Скорее, хикикомори лучше понимать как расстройство плохого соответствия между определенными индивидуальными особенностями

стями и более широким социальным контекстом, охватывающее переплетенные объяснения на уровне культуры (например, экономика, социальная структура), психики (например, типы привязанности, специфические межличностные переживания) и мозга (например, неврологическая дисфункция, темперамент).

Ли и Вонг разрабатывают концептуальную основу для обобщения и интеграции расширяющейся литературы по социальному уходу молодежи, согласно которой социальный уход молодежи рассматривается как результат взаимодействия между психологическими, социальными и поведенческими факторами, и предположили, что существует три основных типа процесса социального ухода: сверхзависимость, неадекватная взаимозависимость и контрзависимость [Li, Wong, 2015].

Сверхзависимость. Отмечается, что во многих богатых азиатских обществах молодое поколение, похоже, чрезмерно полагается на родительскую поддержку из-за комфортного социально-экономического фона [Kato et al., 2012] и гиперпротективного стиля родительского воспитания [Тео, 2010]. Благодаря оптимальной поддержке и защите дети могут создать надежную привязанность к своим родителям, однако чрезмерная защита со стороны семьи может лишить детей автономии и возможности исследовать внешний мир и, следовательно, ограничить их психосоциальное развитие [Borovoy, 2008; Suwa et al., 2003]. В свою очередь, такие люди страдают от недостаточных социальных навыков и у них ограничены возможности для развития других межличностных отношений [Umeda, Kawakami, 2012]. Поскольку семья может оказывать адекватную материальную и эмоциональную поддержку этим социально отстраненным молодым людям, они становятся чрезмерно зависимыми и неохотно присоединяются к обществу, ограничиваясь в своих мирах и мыслях. Отмечается, что сверхзависимые социально изолировавшиеся молодые люди могут рассматриваться как наиболее тяжелый случай социальной изоляции. В этих случаях требуется психотерапевтическое вмешательство, потому что такая молодежь может изолироваться в течение длительного периода времени и страдать от серьезных проблем развития и семейных конфликтов. Следовательно, интенсивная индивидуальная психотерапия может потребоваться для облегчения их эмоционального дистресса и тревоги, связанных с задержкой развития, и семейная терапия может потребоваться для решения их семейных проблем [Hattori, 2006].

Неадаптивная взаимозависимость. В конформистских обществах многие молодые люди понимают важность взаимозависимости и осознают негативные последствия не взаимозависимости. Например, некоторые молодые люди жертвуют собой ради коллективного прогресса в социальных ситуациях и чрезмерно осознают свои собственные недостатки [Toivonen et al., 2011]. Они разочаровываются и пессимистично относятся к своей неспособности по сравнению с другими [Chan, Lo, 2013]. Эти молодые люди ограничивают свои аутентичные чувства, индивидуальные интересы и оригинальную личность, чтобы выполнять определенные роли в соответствии с социальными ожиданиями [Todd, 2011], но они вряд ли долго держатся за свои роли [Suwa, Suzuki, 2013]. Они защищают свои роли, используя избегание конкурентных ситуаций и обычных человеческих отношений в качестве защитного механизма, и становятся сверхчувствительными к критике или мнению других [Nagata et al., 2013]. Таким образом, неадекватная взаимозависимость связана с опасением критики и отвержения. Во многих статьях сообщается о большом психологическом воздействии школьных проблем на обучающихся (издевательства, отказ со стороны сверстников), которые в конечном счете прогуливают или выбывают из школы. Но, в отличие от сверхзависимых, неадаптивно взаимозависимые изолировавшиеся молодые люди стремятся связаться с другими людьми и миром. Поэтому после выхода из школы они время от времени выходят, а не остаются дома каждый день. Исследователи полагают, что первичное вмешательство для неадаптивно взаимозависимых молодых людей может включать социальные действия и группы поддержки для разрешения их конфликтов между социальным желанием и страхом [Ogino, 2004]. Подчеркивается, что этих молодых людей нужно очень активно настойчиво привлекать, поскольку они могут не обладать доверием или навыками межличностного общения, чтобы сначала общаться с незнакомыми людьми, в том числе как с неспециалистами, так и профессионалами. При этом отмечается, когда этот тип социально изолировавшейся молодежи длительное время находится в изоляции, у некоторых состояние может значительно ухудшаться, аналогично сверхзависимым лицам. В таких случаях терапевтическое вмешательство может быть сначала использовано для облегчения страданий и уменьшения апатии до предоставления социальных вмешательств.

Контрзависимость. Контрзависимые подростки отказываются от привязанности и зависимости, эти молодые люди были описаны как новаторы, которые сопротивляются социальному соответствию,

уходя [Vorovoy, 2008]. Контрзависимые социально отстраненные подростки обременены высокими ожиданиями своих родителей в отношении достижения. Эти молодые люди страдают от высокого академического давления и стресса, связанного с карьерой в их жизни. Давление и стресс отрицательно сказываются на темпах их саморазвития. Нахождение в социальной изоляции может освободить их от временного давления пунктуальности, необходимости в скорости эффективности, социальных обязанностей и ролевых соответствий [Chong, Chan, 2012]. Без различных ограничений со стороны общества социальный уход способствует личному росту через самонаблюдение [Heinze, Thomas, 2014], формирование идентичности [Furlong, 2008] и поиск личностного смысла [Todd, 2011]. Они уделяют много времени изучению и планированию своего будущего, но их последующая безработица и отсутствие возможностей расстраивают их. Когда они становятся НЕЕТ, они уходят, чтобы бороться за личностный рост или искать смысл жизни. С другой стороны, некоторые исследователи предположили, что социально изолировавшийся индивидум является культурным отбросом из-за его (ее) неспособности к социальным изменениям, а не активного использования альтернатив [Toivonen et al., 2011]. Некоторые исследователи предположили, что недавний сдвиг от коллективизма к индивидуализму в конформистских обществах в Азии вызвал внутренний конфликт между давлением соответствия и импульсом к индивидуализации, что привело к культивированию большего чувства аномии [Furlong, 2008] и повсеместного чувства отчуждения [Todd, 2011]. Молодые люди могут интернализировать различные социальные нормы и ценности парадоксально и в конечном счете убегают от реальности в виртуальный «закрытый мир» своих компьютеров. Отмечается, что хотя социальный уход может быть формой психологического моратория для контрзависимых молодых людей, длительный социальный отход может привести к утрате их коммуникативных и межличностных навыков. Эти молодые люди могут постепенно отказаться от общения или чувствовать себя комфортно, только общаясь посредством цифровых средств. Подобно неадаптивным взаимозависимым молодым людям, их состояние социального отступления станет более тяжелым. В таком случае контрзависимые молодые люди нуждаются в терапевтическом вмешательстве, потому что неудовлетворенные социальные потребности могут привести к психологическим трудностям. После решения психологических проблем социальное вмешательство может

помочь этим молодым людям восстановить социальные навыки и вернуться к своему первоначальному состоянию социального ухода.

Современные методы терапии, интервенции и программы для социально изолировавшихся молодых людей

В Японии в настоящее время насчитывается более пятидесяти финансируемых правительством общественных центров поддержки для хикикомори, расположенных во всех префектурах, предоставляющих такие услуги, как телефонные консультации для членов семьи, создание «мест встреч» для пострадавших людей и поддержку трудоустройства. Кроме того, различные частные учреждения предоставляют терапию хикикомори. Однако отмечается, что до сих пор не существует единого основанного на фактических данных метода для этих государственных / частных интервенций. Четырехступенчатое вмешательство рекомендуется правительственным руководством для хикикомори, включая поддержку семьи и первый контакт с человеком и его / ее оценку; индивидуальную поддержку; обучение в условиях промежуточной переходной группы (например, групповая терапия); пробное (испытательное) социальное участие [Kato, 2018].

Существует три основных типа поставщиков услуг для помощи хикикомори в Японии: 1) центры психического здоровья, которые используют психологические / клинические подходы; 2) общественные сообщества, которые используют неклинические или психосоциальные подходы; и 3) множество других методов, предлагающих альтернативное лечение (например, иппотерапия, совместная кулинария на ферме и онлайн-платформы). Услуги часто зависят от того, как хикикомори определены и поняты, но комплексный план помощи должен включать как клинические, так и социальные подходы [Chan, Lo, 2014c].

В первую очередь программа помощи хикикомори предполагает комплексную клиническую оценку, чтобы исключить наличие психиатрической коморбидности. Если коморбидность присутствует, необходимо предложить соответствующее клиническое лечение. Госпитализация может быть необходима в некоторых случаях серьезных функциональных нарушений, и, возможно, показана соответствующая фармакотерапия и / или психотерапия для лечения сопутствующих заболеваний, таких как шизофрения, депрессия и социальная фобия. Психосоциальные и психотерапевтические вмешательства

также могут потребоваться для профилактики расстройств развития или расстройств личности.

Однако многие из них не имеют такого психиатрического диагноза и считаются «первичными хикикомори». В этих случаях или в случаях, когда сопутствующий диагноз не является главной проблемой или только причиной функциональных нарушений, консультационные услуги, программы посещений на дому, включающие краткие психотерапевтические вмешательства, семейная или групповая терапия наиболее перспективны, хотя существуют методологические проблемы с доступными доказательствами [Li, Wong, 2015]. Могут быть использованы психодинамическая психотерапия и нидотерапия, целью которой является оказание помощи на индивидуально-средовом уровне путем усиленного воздействия на окружающую среду для минимизации ее отрицательного влияния и гармонизации отношений между пациентом и средой [Teo, Kato, 2015; Wilson, 2010]. Отмечается, что длительные разговоры могут способствовать созданию альянса между терапевтами и социально изолировавшимся молодым человеком, чтобы обеспечить молодым людям безопасную базу для консультирования [Krieg, Dickie, 2013]. Терапевты могут терпеливо разговаривать с социально отстраненными подростками [Ogino, 2004], чтобы понять их внутренние психологические ситуации и прошлые травмы привязанности [Hattori, 2006; Wong, 2009]. Отмечается, что доказательств фармакотерапии еще недостаточно, само лечение может быть длительным, поскольку полное и постоянное участие в терапевтическом процессе является редкостью и лишь меньшинство случаев достигает полного социального участия [Lee et al., 2013; Kondo, 2013; Malagón-Amor, 2015; Nagata et al., 2013].

В целом доказательства относительно лечения основаны на небольших сериях случаев или отчетах о случаях с отсутствием рандомизированных контролируемых испытаний [Li, Wong, 2015]. Недавно были опубликованы результаты первого исследования, в котором проанализированы примеры социальной изоляции на большой выборке ($n = 190$) с точки зрения клинических особенностей, развития и реакции на долгосрочное лечение, тем самым предоставлено больше научных данных об этом феномене в западной культуре (исследование проведено в Испании) [Malagón-Amor, 2018]. Было выявлено шесть основных диагностических групп: аффективное, тревожное, психотическое, употребление наркотиков, личностное и другие расстройства Оси I. В целом анализ продемонстрировал хрупкость, тенденцию к рецидиву и разъединению, особенно актуальным в тревожно-аф-

фективной подгруппе. Несмотря на то, что тревожно-аффективная подгруппа продемонстрировала более низкую клиническую тяжесть на начальном уровне (высокую осведомленность о расстройстве, готовность быть связанным добровольно с амбулаторными лечебными центрами), это контрастировало с худшим развитием в течение 12-месячного наблюдения (наблюдалось большее отключение и отказ от лечения с более высоким процентом стойкости изоляции и ухудшением клинического состояния). Когда лечение было более интенсивным (например, госпитализация), то улучшение было более значительным и более стабильным с течением времени (высокий уровень медицинской помощи, лучшие социальные сети). Этот результат наблюдался даже тогда, когда исходные клинические характеристики были более неблагоприятными, например, бедная социальная сеть и психотический диагноз. Эти данные свидетельствуют о том, что лучшим типом лечения является более интенсивное лечение дома или в больнице, изначально сфокусированное на создании терапевтической связи, повышении осведомленности о расстройстве и сотрудничестве до достижения полной реабилитации человека.

Психосоциальные подходы включают проведение групповых мероприятий и создание групп поддержки [Kondo et al., 2013; Nagata et al., 2013], предоставляющих возможности для социально изолированной молодежи общаться с другими людьми. Отмечается, что большинство социально изолированных молодых людей не принимают активного участия в групповых взаимодействиях сначала; скорее, они проявляют сдержанное поведение, слушая разговоры других. Постепенно они начнут разговаривать с организаторами и попытаются принять участие в социальной деятельности [Ogino, 2004]. Тем не менее организаторы должны чутко реагировать на настроение в группах для разных социально изолированных молодых людей [Krieg, Dickie, 2013], проявлять бдительность к стигматизирующим ярлыкам и сообщениям в группах [Wong, 2012] и избегать авторитарного давления [Ogino, 2004]; в противном случае в группах могут возникать конкуренция, конфликт и исключение участника. Что касается форм деятельности, рекомендуется избегать жесткой регламентации [Teo, 2010]. Организаторам рекомендуется делать мероприятия неофициальными, свободно запланированными, гибкими, случайными и даже внезапными [Ogino, 2004; Wong, 2009]. Организаторам также рекомендуется намеренно призывать социально изолировавшихся лиц к участию в мероприятиях [Wong, 2012] и придерживаться соответствующего плана (графика), поскольку интенсивная деятельность

может сделать молодежь истощенной. Интересно, что время и погода могут также влиять на посещаемость социально изолировавшейся молодежи и атмосферу деятельности [Kaneko, 2006]. При необходимости рекомендуются схемы наставничества [Wong, 2009], программы старшего брата и старшей сестры [Borovoy, 2008] и «временных сестер» («сестер в аренду») [Heinze, Thomas, 2014].

Социальные работники и преподаватели предоставляют различные учебные программы для социально отстраненной молодежи. Например, организуется социальное обучение для оснащения таких молодых людей социальными навыками [Borovoy, 2008; Itoh, 2012; Krieg, Dickie, 2013; Тео, 2010], например, управления эмоциями при конфронтации с другими [Hattori, 2006] и навыками межличностного общения, необходимыми для изучения социальных отношений и позволяющими им ощущать чувство связанности [Wong, 2009]. Важное значение имеют также подготовка к работе и помощь в поиске работы [Itoh, 2012; Ogino, 2004], чтобы дать социально изолировавшимся молодым людям больше понимания новой экономики и навыков, необходимых на современном рынке труда [Furlong, 2008]. Предлагается работа с гибким рабочим графиком на пробной основе в рамках учебной или помогающей организации [Kaneko, 2006]. Социально изолировавшиеся лица могут учиться посредством проб и ошибок на работе с неполным рабочим днем и постепенно осознавать свой стиль работы и место в обществе [Heinze, Thomas, 2014].

В целом исследователи согласны с тем, что клиническое лечение нужно назначать при наличии психиатрической коморбидности, но нет никаких оснований полагать, что это должно быть исключением других видов лечения, если они не мешают друг другу. Интегративный подход, объединяющий клиническое лечение (с глубокими знаниями о психическом здоровье) и психосоциальные методы (с акцентом на социальную реинтеграцию, просвещение и культурную специфику), может быть полезен для хикикомори с сопутствующей патологией [Chan, Lo, 2014c].

Первичные случаи хикикомори, вероятно, больше всего выигрывают от психосоциального лечения, но необходима переоценка клинициста через некоторое время, чтобы он мог убедиться, что пациент все еще не показывает признаков психиатрических симптомов.

В качестве одной из приоритетных задач для проведения будущих международных и демографических исследований отмечается необходимость разработки инструментов оценки, основанных на доказательствах, таких как структурированные диагностические интервью,

инструменты скрининга и онлайн-системы, которые помогут оценить факторы риска и эффективность вмешательств.

Один из ведущих исследователей проблемы социальной изоляции молодежи Такахиро Като отмечает, что недавно был создан клинический научно-исследовательский центр хикикомори в университетской больнице для разработки научно обоснованных терапевтических подходов в сотрудничестве с государственными / частными центрами поддержки хикикомори. Исследователь отмечает, что в качестве первого шага планируется попытка установить основанную на фактических данных образовательную программу для родителей людей с хикикомори, потому что в большинстве случаев первая консультация проводится с ними. Из-за предрассудков и недостатка знаний, во многих случаях члены семьи не могут напрямую реагировать на людей с этой проблемой, не могут вмешаться вообще и, как правило, закрывают глаза на многие годы, вместо того, чтобы вовремя помочь. Т. Като подчеркивает, что работа с родителями для помощи лицам с хикикомори имеет важное значение для раннего вмешательства.

Отмечается, что социальный уход как поведение, связанное с избеганием, может задержать обращение человека за помощью [Chong, Chan, 2012]. Чем дольше период социальной изоляции, тем сложнее для социально отстраненной молодежи сделать шаг к доступу или получению профессиональной помощи [Wong, 2012]. В Японии две трети социально изолировавшихся молодых людей не рассматривают встречу с медицинскими работниками [Heinze, Thomas, 2014] и только в тяжелых случаях посещают медицинские центры [Kooyama et al., 2010]. Хотя эти молодые люди иногда берут на себя инициативу обращаться за помощью, они используют эту возможность через несколько лет после запроса и прекращают услуги без уведомления [Kaneko, 2006].

Первое кросскультурное исследование предпочтений в лечении показало, что 78 % участников (представители четырех стран: Индии, Японии, Кореи и Соединенных Штатов), имевших опыт социальной изоляции, отдавали значительно большее предпочтение психотерапии над фармакотерапией, индивидуальной терапии над телепсихиатрией (практикуемой на дистанции посредством информационных и коммуникационных технологий), в целом предпочитали обращаться к специалистам по психическому здоровью по сравнению с поставщиками первичной медико-санитарной помощи [Teo et al., 2014]. Фактически некоторые социально отозванные молодые люди не хотят иметь никакого лечения, потому что они могут рассматривать соци-

альный уход как образ жизни, а не проблемное состояние [Chan, Lo, 2013; Sakamoto et al., 2005], однако готовы искать поддержку в Интернете [Wong et al., 2014]. В качестве инновационных методов помощи обсуждается использование современных цифровых средств, например платформ онлайн-игр для выхода на скрытую молодежь и установление доверительного контакта (исследования показывают, что сосредоточение внимания на интересах и сильных сторонах социально изолировавшихся молодых людей может помочь завоевать доверие и создать союз помощи во время процесса взаимодействия) [Ibid.]. Рассматривается возможность сбалансированного применения новых игр, использующих технологии дополненной реальности (например, Pokémon Go), как новой терапевтической стратегии, которая может дать преимущества в процессе лечения хикикомори: использоваться для повышения непрерывной самомотивации, чтобы выйти из затворничества и войти в терапевтическую ситуацию и общество [Kato, 2017].

Для оптимизации профилактических и интервенционных воздействий отмечается необходимость проведения исследований, использующих качественные методы анализа для лучшего понимания причин изоляции и возвращения в общество. Пилотное исследование показало, что можно выделить три основные причины социального ухода: частный статус (многие молодые люди отмечали, что уход позволяет им заниматься тем, что им интересно), «дефрендинг-спираль» (отражает взаимовлияние социальной изоляции и отсутствия отношений со сверстниками: в результате травматичного опыта вследствие недостаточности коммуникативных навыков у молодых людей формируется недоверие к другим, а длительный период изоляции приводит к сокращению социальных сетей из-за выключенности из активной социальной жизни), приостановка опыта (сначала многие говорили о том, что им нравилось находиться в изоляции и что впервые они когда-либо чувствовали себя свободными от многих ограничений и сроков, которым они должны были следовать раньше; затем они погрузились в действия, которые были наиболее привлекательными для них, например, онлайн-игры, просмотр фильмов, чтение книг или манга; однако после начального периода наслаждения многие из них начали терять свое направление во время этого переходного периода, стали отмечать смущение, дезориентацию, которая повлияла на нормальное функционирование, в том числе на способность общаться, социальный уход постепенно приводил к ощущению апатии – развивающегося отсутствия интереса, мотивации, чувств и эмоций). Когда молодые

люди вспоминали свой опыт выхода из своего затворнического состояния, они обычно идентифицировали самомотивирование и активное участие социальных работников в качестве основных факторов, способствующих этому изменению. Несмотря на то, что многие молодые люди не проявляли интерес к социальным работникам во время их посещения, не отвечали на вопросы, они слушали их, и в результате, как отмечают сами участники, посещение социальных работников и настойчивое участие сыграли важную роль в мотивации молодых людей к самоанализу в отношении их положения и отказа от социального ухода – процессу, который они назвали «просыпающимся» от социального ухода. Социально отозванные молодые люди оценили предлагаемые им возможности и попытались улучшить себя и свою жизнь («Поскольку я могу почувствовать, являются ли люди подлинными при разговоре, я более чувствителен к намерениям людей. По крайней мере, я чувствовал, что он [социальный работник] действительно хотел мне помочь, поэтому я был не прочь увидеть его»). В качестве основных факторов, суммирующих процесс реинтеграции, для работы с социально изолированными молодыми людьми предлагаются: перебалансирование своего идеального «я» с реальностью, повторное подключение к настроенным людям и восстановление импульса в жизни [Li, Wong, 2017].

Заключение

Несмотря на распространенность феномена социальной изоляции молодежи, в современном обществе отмечается недостаточная разработанность научно обоснованных профилактических и интервенционных воздействий, что связано с противоречивым пониманием самого феномена. В то время как психиатры рассматривают социальный уход молодежи в качестве болезни, требующей разработки диагностических критериев, которые должны быть включены в МКБ-11 и будущие версии DSM, разработки инструментов оценки, которые помогут оценить факторы риска и эффективность психотерапевтических вмешательств [Kato et al., 2018], некоторые социологи описали это как другую социальную проблему молодежи, такую как NEET (Not in Education, Employment, or Training, понятие, которое впервые было использовано в Великобритании для обозначения молодых людей не работающих, не занятых образованием или обучением [Bunper, Parsons, 2002]), и предполагающую другие, не фармакологические методы помощи. Некоторые исследователи предположили, что уход

из общества является предпочтительным образом жизни молодых людей, и чем дольше они находятся в изоляции, тем лучше их качество жизни, пока существует социальная поддержка, и, следовательно, проблема не должна рассматриваться как проблема [Chan, Lo, 2013]. В то же время, как отмечают исследователи, из-за диверсификации взглядов на помощь этим молодым людям, некоторые, если не многие из группы риска, не могут быть вовремя идентифицированы и получить соответствующую помощь.

Список литературы

Biddle S. J., Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews // *British Journal of Sports Medicine*. 2011. Vol. 45. P. 886–895.

Borovoy A. Japan's Hidden Youths: Mainstreaming the Emotionally Distressed in Japan // *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2008. Vol. 32. P. 552–576. doi: 10.1007/s11013-008-9106-2

Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment, vol. 1. Second Edition. New York: Basic Books, 1982 [1969].

Bynner J., Parsons S. Social exclusion and the transition from school to work: The case of young people not in education, employment, or training (NEET) // *Journal of Vocational Behavior*. 2002. Vol. 60. P. 289–309.

Carli V., Durkee T., Wasserman D., Hadlaczky G., Despalins R., Kramarz E., Wasserman C., Sarchiapone M., Hoven C. W., Brunner R., Kaess M. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review // *Psychopathology*. 2013. Vol. 46. P. 1–13. <https://doi.org/10.1159/000337971>

Carli V., Hoven C. W., Wasserman C., Chiesa F., Guffanti G., Sarchiapone M., Apter A., Balazs J., Brunner R., Corcoran P., Cosman D., Haring C., Iosue M., Kaess M., Kahn J. P., Keeley H., Postuvan V., Saiz P., Varnik A., Wasserman D. A newly identified group of adolescents at «invisible» risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 78–86.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Do friendship and intimacy in virtual communications exist? An investigation of online friendship and intimacy in the context of hidden youth in Hong // *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*. 2014a. Vol. 47. P. 117–136.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Family relationships and the self-esteem of hidden youth: A power dynamics perspective // *Journal of Family Issues*. 2014b. DOI: 10.1177/0192513X14537479.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Quality of life of the hidden youth in Hong Kong // *Applied Research in Quality of Life*. 2013. Vol. 9. P. 951–969.

Chan G. H., Lo T. W. The effect of negative experiences on delinquent behavior of youth in a social withdrawal situation // *Journal of Adolescence*. 2016. Vol. 50. P. 69–80. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.002>

Chan G. H.-y., Lo T. W. Hidden youth services: What Hong Kong can learn from Japan // *Children and Youth Services Review*. 2014. Vol. 42. P. 118–126.

Chauliac N., Couillet A., Faivre S., Brochard N., Terra J.-L. Characteristics of socially withdrawn youth in France: A retrospective study // *International Journal of Social Psychiatry*. 2017. Vol. 63 (4). P. 339–344. doi: 10.1177/0020764017704474

Chong S. S.-c., Chan K.-M. A case study of a Chinese ‘hikikomorian’ in Canada: Theorizing the process of hikikomORIZATION // *Journal of Special Education and Rehabilitation*. 2012. Vol. 13 (3–4). P. 99–114.

Clarke G., Harvey A. G. The complex role of sleep in adolescent depression // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2012. Vol. 21. P. 385–400.

De Luca M. Hikikomori: Cultural idiom or present-day expression of the distress engendered by the transition from adolescence to adulthood // *L'évolution psychiatrique*. 2017. T. 82. P. 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.11.005>

Erikson E. H. *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton & Company, 1950.

Erikson E. H. *Identity, Youth, and Crisis*, 1st Edition. New York: W.W. Norton & Company, 1968.

Furlong A. The Japanese hikikomori phenomenon: Acute social withdrawal among young people // *The Sociological Review*. 2008. Vol. 56. P. 309–325.

Furuhashi T., Tsuda H., Ogawa T., Suzuki K., Shimizu M., Teruyama J., Horiguchi S., Shimizu K., Sedooka A., Figueiredo C., Pionnié-Dax N., Tajan N., Fansten M., Vellut N., Castel P.-H. État des lieux, points communs et différences entre des jeunes adultes retirants sociaux en France et au Japon (Hikikomori) // *L'évolution psychiatrique*. 2013. T. 78. P. 249–266.

Gondim F. A. A., Aragão A. P., Holanda Filha J. G., Messias E. L. M. Hikikomori in Brazil: 29 years of Voluntary social Withdrawal // *Asian Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 30. P. 163–164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.009>

Hattori Y. Social withdrawal in Japanese youth: A case study of thirty-five hikikomori clients // *Journal of Trauma Practice*. 2006. Vol. 4. P. 181–201.

Hayakawa K., Kato T. A., Watabe M., Teo A. R., Horikawa H., Kuwano N., Shimokawa N., Sato-Kasai M., Kubo H., Ohgidani M., Sagata N., Toda H., Tateno M., Shinfuku N., Kishimoto J., Kanba S. Blood biomarkers of Hikikomori, a severe social withdrawal syndrome // *SCIENTIFIC RepOrTS*. 2018. Vol. 8. doi:10.1038/s41598-018-21260-w

Heinze U., Thomas P. Self and salvation: Visions of hikikomori in Japanese manga // *Journal of the German Institute for Japanese Studies Tokyo*. 2014. Vol. 26 (1). P. 151–169. doi: 10.1515/cj-2014-0007

Hirota T. Interview with Dr. Takahiro Kato // *World Child & Adolescent Psychiatry*. 2014. Issue 7. P. 12–16.

Itoh K. Difficulties faced by hikikomori: From the life history in autobiographies and private papers // *KG Sociological Review*. 2012. Vol. 1. P. 137–141.

Kaneko S. Japan's 'socially withdrawn youths' and time constraints in Japanese society: Management and conceptualization of time in a support group for hikikomori // *Time and Society*. 2006. Vol. 15. P. 233–249.

Kasahara Y. Proposition of a new category called retreat neurosis // *Nakai H., Yamanaka Y.* Psychopathology and treatment of adolescence. Tokyo: Iwasaki Gakujutsu Shuppan, 1978. P. 287–319.

Kasahara Y. Student apathy syndrome. Tokyo: Iwanami Shoten, 1984.

Kato T. A., Kanba S., Teo A. R. Hikikomori: experience in Japan and international relevance // *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17. Issue 1. P. 105–106. doi:10.1002/wps.20497

Kato T. A., Teo A. R., Tateno M., Watabe M., Kubo H., Kanba S. Can Pokémon GO rescue shut-ins (hikikomori) from their isolated world? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2017. Vol. 71. Issue 70. P. 75–76. doi:10.1111/pcn.12481

Kato T., Tateno M., Shinfuku T., Fujisawa D., Teo A. R., Sartorius N., Akiyama T., Ishida T., Choi T. Y., Balhara Y. P. S., Matsumoto R., Umene-Nakano W., Fujimura Y., Wand A., Chang J. P.-C., Chang R. Y.-F., Shadloo B., Ahmed H. U., Lerthattasilp T., Kanba S. Does the hikikomori syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012. Vol. 47 (7). P. 1061–75. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0411-7>

Kim J., Ronald M. R., Kyung J. O., Hye-Shin M. Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: cross-cultural comparisons between Australian and

South Korean students // *Journal of Adolescence*. 2008. Vol. 31. Issue 5. P. 543–563. URL: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.10.011>

Kinugasa T. Young adults and withdrawing // *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*. 1998. Special issue. P. 147–152.

Kondo N., Sakai M., Kuroda Y., Kiyota Y., Kitabata Y., Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres // *International Journal of Social Psychiatry*. 2013. Vol. 59. P. 79–86.

Koyama A., Miyake Y., Kawakami N., Tsuchiya M., Tachimori H., Takeshima T. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of 'hikikomori' in a community population in Japan // *Psychiatry Research*. 2010. Vol. 176. P. 69–74. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.019

Krieg A., Dickie J. R. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model // *International Journal of Social Psychiatry*. 2013. Vol. 59. P. 61–72.

Lee Y. S., Lee J. Y., Choi T. Y., Choi J. T. Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2013. Vol. 67. P. 193–202. doi:10.1111/pcn.12043

Li T. M. H., Wong P. W. C. Editorial Perspective: Pathological social withdrawal during adolescence: a culture-specific or a global phenomenon? // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015. Vol. 56. Issue 10. P. 1039–1041. doi:10.1111/jcpp.12440

Li T. M. H., Wong P. W. C. Withdrawal experience and possible way-outs from withdrawal behavior in young people // *Qualitative Social Work*. 2017. P. 1–19. doi: 10.1177/1473325016688369

Li T. M. H., Wong P. W. C. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 49 (7). P. 595–609. doi: 10.1177/0004867415581179

Lock M. Plea for acceptance: school refusal syndrome in Japan // *Social Science and Medicine*. 1986. Vol. 23. No. 2. P. 99–112. URL: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90359-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90359-X)

Malagón-Amor Á., Córcoles-Martínez D., Martín-López L. M., Pérez-Solà V. Hikikomori in Spain: a descriptive study // *International Journal of Social Psychiatry*. 2015. Vol. 61 (5). P. 475–483. doi: 10.1177/0020764014553003

Malagón-Amor Á., Martín-López L. M., Córcoles D., González A., Bellsolà M., Teo A. R., Pérez V., Bulbena A., Bergé D. A 12-month study

of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Clinical characterization and different subtypes proposal // *Psychiatry Research*. 2018. pii: S0165-1781(17)31734-1. doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.060.

Masataka N. Low anger-aggression and anxiety-withdrawal characteristic to preschoolers in Japanese society with 'hikikomori' is becoming a major social problem // *Early Education and Development*. 2002. Vol. 13. P. 187–199.

Mikulincer M., Shaver P. R. An attachment perspective on loneliness // *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone* / Eds. R. J. Coplan, J. C. Bowker. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2013. P. 34–50.

Ministry of Health, Labour and Welfare Guidelines for Assessment and Support of Hikikomori. Tokyo, Japan: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2010.

Ministry of Health, Labour and Welfare Community Mental Health Intervention Guidelines aimed at Socially Withdrawn Teenagers and Young Adults. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2003.

Nagata T., Yamada H., Teo A. R., Yoshimura C., Nakajima T., van Vliet I. Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: Clinical characteristics and treatment response in a case series // *International Journal of Social Psychiatry*. 2013. Vol. 59. P. 73–78. doi: 10.1177/0020764011423184

Norasakkunkit V., Uchida Y. To Conform or to Maintain Self-Consistency? Hikikomori Risk in Japan and the Deviation From Seeking Harmony // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2014. Vol. 33. Special Issue: Cultural-Clinical Psychology. P. 918–935. <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.10.918>

Ogino T. Managing categorization and social withdrawal in Japan: Rehabilitation process in a private support group for hikikomorians // *International Journal of Japanese Sociology*. 2004. Vol. 13. P. 120–133.

Ovejero S., Caro-Cañizares I., de León-Martínez V., Baca-García E. Prolonged social withdrawal disorder: a hikikomori case in Spain // *International Journal of Social Psychiatry*. 2014, Vol. 60 (6). P. 562–565. doi: 10.1177/0020764013504560

Rydera A. G., Sunohara M., Kirmayer L. J. Culture and personality disorder: from a fragmented literature to a contextually grounded alternative // *Current Opinion in Psychiatry*. 2015. Vol. 28 (1). P. 40–45.

Sagliocco G., Bartolomeo C., Improta E., De Rogatis M., Pinto G., Sarano S., Ciufferri M. G., Mancini F., Grieco F., Vivard E., Gemelli M., Pa-

store C., Ricci C., Sagliocco G., Trojano G. Hikikomori and adolescence. Phenomenology of self-reclusion. Mimesis, 2011.

Saito T. Hikikomori: Adolscence without End. Minneapolis: Univ. of Minnesota Press, 2013.

Sakamoto N., Martin R. R., Kumano H., Tomifusa K., Al-Adawi S. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidothrapy and a clinical vignette from Oman // The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2005. Vol. 35 (2) P. 191–198. doi: 10.2190/7WEQ-216D-TVNH-PQJ1

Stip E., Thibault A., Beauchamp-Chatel A., Kisely S. Internet Addiction, Hikikomori Syndrome, and the Prodromal Phase of Psychosis // Front Psychiatry. 2016. Vol. 7. Issue 6. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00006

Suwa M., Suzuki K. The phenomenon of ‘hikikomori’ (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today // Journal of Psychopathology. 2013. Vol. 19. P. 191–198.

Suwa M., Suzuki K., Hara K., Watanabe H., Takahashi T. Family features in primary social withdrawal among young adults // Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2003. Vol. 57. P. 586–594.

Tajan N. Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of Hikikomori // Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2015. Vol. 63. P. 324–331

Tajan N., Yukiko H., Pionnié-Dax N. Hikikomori: The Japanese Cabinet Office's 2016 Survey of Acute Social Withdrawal // The Asia-Pacific Journal Japan Focus. 2017. Vol. 15. Issue 5. No. 1. URL: <https://apjff.org/2017/05/Tajan.html>

Tateno M., Park T. W., Kato T. A., Umene-Nakano W., Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: A questionnaire survey // BMC Psychiatry. 2012. Vol. 12. Issue 1. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/169>

Teo A. R., Fetters M. D., Stufflebam K., Tateno M., Balhara Y., Choi T. Y., Kanba S., Mathews C. A., Kato T. A. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries // International Journal of Social Psychiatry, 2015. P. 1–9. doi: 10.1177/0020764014535758

Teo A. R. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori // International Journal of Social Psychiatry. 2010. Vol. 56 (2). P. 178–185. doi: 10.1177/0020764008100629

Teo A. R., Gaw A. C. Hikikomori, A Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? A Proposal for DSM-V // Journal

of Nervous and Mental Disease. 2010. Vol. 198. P. 444–449. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e086b1

Teo A. R., Kato T. A. The prevalence and correlates of severe social withdrawal in Hong Kong // *International Journal of Social Psychiatry*. 2015. Vol. 60. Issue 1. P. 101–102. doi:10.1177/0020764014554923

Teo A. R., Saha S., Stufflebam K., Fetters M. D., Tateno M., Kanba S., Kato T. A. Psychopathology associated with social withdrawal: idiopathic and comorbid presentations // *Psychiatry Research*. 2015. Vol. 228 (1). P. 182–183. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.033.

Teo A. R., Stufflebam K. W., Kato T. A. The intersection of culture and solitude: The hikikomori phenomenon in Japan // *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone* / Eds. R. J. Coplan, J. C. Bowker. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2013. P. 445–460.

Todd K. H. L. Hikikomoria: Existential horror or national malaise? // *Southeast Review of Asian Studies*. 2011. Vol. 33. P. 135–147.

Toivonen T., Norasakkunkit V., Uchida Y. Unable to Conform, Unwilling to Rebel? Youth, Culture, and Motivation in Globalizing Japan // *Frontiers in Psychology*. 2011. Vol. 2. Art. 207. doi:10.3389/fpsyg.2011.00207.

Tomita F. Leaving from Hikikomori. Tokyo: Heart Shuppan, 1992.

Uchida C. Apathetic and withdrawing students in Japanese universities – with regard to Hikikomori and student apathy // *Journal of Medical and Dental*. 2010. Vol. 57. P. 95–108. URL: <https://doi.org/10.11480/jmds.570111>

Umeda M., Kawakami N. Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012. Vol. 66. P. 121–129.

Wilson S. Braintance of the hikikomori: towards a return to speculative psychoanalysis // *Paragraph*. 2010. Vol. 33 (3). P. 392–409. doi:10.3366/para.2010.0206

Wong P. W., Li T. M., Chan M., Law Y., Chau M., Cheng C., Fu K. W., Bacon-Shone J., Yip Paul S. F. The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: a cross-sectional telephone-based survey study // *International Journal of Social Psychiatry*. 2014. P. 1–13. doi: 10.1177/0020764014543711

Wong P. W. C., Liu L. L., Li T. M. H., Kato T. A., Teo A. R. Does hikikomori (severe social withdrawal) exist among young people in urban areas of China? // *Asian Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 30. P. 175–176. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.026>

Wong V. Social withdrawal as invisible youth disengagement // The International Journal of Sociology and Social Policy. 2012. Vol. 32. P. 415–430.

Wong V. Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications // Journal of Social Work Practice. 2009. Vol. 23. P. 337–352.

Yuen J. W. M., Yan Y. K. Y., Wong V. C. W., Tam W. W. S., So K.-W., Chien W. T. A. Physical Health Profile of Youths Living with a «Hikikomori» Lifestyle // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018. Vol. 15. Art. 315. doi:10.3390/ijerph15020315

Материал поступил в редколлегию 03.04.2018

Ya. S. Lyakina

*Novosibirsk State University
1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

lyakina@fp.nsu.ru

THE PHENOMENON OF HIKIKOMORI: REVIEW OF STUDIES

Objective. Japan's hikikomori phenomenon (acute and/or severe social withdrawal behavior among youth) is considered as growing international socio-psychological problem, more youth social withdrawal cases in different countries have been discovered recently. The purpose of this paper is to consolidate the results of studies conducted in Japan and other countries to provide a better understanding of the phenomenon of hikikomori.

Method. This review examined the current available scientific information on youth social withdrawal in the academic databases: Scopus, ScienceDirect, Web of Science and PubMed.

Results. As a result of our analysis of the studies we synthesized the information into the following categories: (1) definitions of hikikomori, (2) hikikomori and mental disorder, (3) developmental theories, (4) factors associated with youth social withdrawal and (5) interventions for socially withdrawn youths. Accordingly, there are diverse and controversial

definitions for youth social withdrawal. Studies of youth social withdrawal are based on models that lead to quite different conclusions. Researchers with an attachment perspective view youth social withdrawal as a negative phenomenon, whereas those who adopt Erikson's developmental theory view it more positively as a process of seeking self-knowledge. Different interventions for socially withdrawn youths have been developed, mainly in Japan, but evidence-based practice is almost non-existent.

Conclusion. The analysis demonstrated the heterogeneity of the phenomenon of hikikomori, different subgroups were identified. Researchers proposed a theoretical framework that views youth social withdrawal as resulting of interaction between psychological, family, sociocultural, behavioral and biological factors. Future validation of the framework will help drive forward advances in theory and interventions for youth social withdrawal as an emerging issue in developed countries.

Keywords: hikikomori, youth social withdrawal, attachment theory, stages of psychosocial development theory, contextually grounded approach to research mental disorder.

References

Biddle S. J., Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 2011, 45, 886–895.

Borovoy A. Japan's Hidden Youths: Mainstreaming the Emotionally Distressed in Japan. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 2008, 32, 552–576. doi: 10.1007/s11013-008-9106-2

Bowlby J. *Attachment and Loss: Attachment*, 1982 [1969], vol. 1. Second Edition. New York, Basic Books.

Bynner J., Parsons S. Social exclusion and the transition from school to work: The case of young people not in education, employment, or training (NEET). *Journal of Vocational Behavior*, 2002, 60, 289–309.

Carli V., Durkee T., Wasserman D., Hadlaczky G., Despalins R., Kramarz E., Wasserman C., Sarchiapone M., Hoven C. W., Brunner R., Kaess M. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 2013, 46, 1-13. <https://doi.org/10.1159/000337971>

Carli V., Hoven C. W., Wasserman C., Chiesa F., Guffanti G., Sarchiapone M., Apter A., Balazs J., Brunner R., Corcoran P., Cosman D., Har-

ing C., Iosue M., Kaess M., Kahn J. P., Keeley H., Postuvan V., Saiz P., Varnik A., Wasserman D. A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 2014, 13, 78–86.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Do friendship and intimacy in virtual communications exist? An investigation of online friendship and intimacy in the context of hidden youth in Hong. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 2014a, 47, 117–136.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Family relationships and the self-esteem of hidden youth: A power dynamics perspective. *Journal of Family Issues*, 2014b, DOI: 10.1177/0192513X14537479.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Quality of life of the hidden youth in Hong Kong. *Applied Research in Quality of Life*, 2013, 9, 951–969.

Chan G. H., Lo T. W. The effect of negative experiences on delinquent behavior of youth in a social withdrawal situation. *Journal of Adolescence*, 2016, 50, 69–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.002>

Chan G. H.-y., Lo T. W. Hidden youth services: What Hong Kong can learn from Japan. *Children and Youth Services Review*, 2014, 42, 118–126.

Chauliac N., Couillet A., Faivre S., Brochard N., Terra J.-L. Characteristics of socially withdrawn youth in France: A retrospective study. *International Journal of Social Psychiatry*, 2017, 63 (4), 339–344. doi: 10.1177/0020764017704474

Chong, S. S.-c., Chan, K.-M. A case study of a Chinese ‘hikikomorian’ in Canada: Theorizing the process of hikikomORIZATION. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 2012, 13(3–4), 99–114.

Clarke G., Harvey A. G. The complex role of sleep in adolescent depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2012, 21, 385–400.

De Luca M. Hikikomori: Cultural idiom or present-day expression of the distress engendered by the transition from adolescence to adulthood. *L'évolution psychiatrique*, 2017, 82, 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evo-psy.2016.11.005>

Erikson E. H. *Childhood and Society*. New York, W. W. Norton and Company, 1950.

Erikson E. H. *Identity, Youth, and Crisis*, 1st Edition. New York, W.W. Norton and Company, 1968.

Furlong A. The Japanese hikikomori phenomenon: Acute social withdrawal among young people. *The Sociological Review*, 2008, 56, 309–325.

Furuhashi T., Tsuda H., Ogawa T., Suzuki K., Shimizu M., Teruyama J., Horiguchi S., Shimizu K., Sedooka A., Figueiredo C., Pionnié-Dax N., Tajan N., Fansten M., Vellut N., Castel P.-H. Current situation, commonalities and differences between socially withdrawn young adults (Hikikomori) in France and Japan. *L'évolution psychiatrique*, 2013, 78, 249–266.

Gondim F. A. A., Aragão A. P., Holanda Filha J. G., Messias E. L. M. Hikikomori in Brazil: 29 years of Voluntary social Withdrawal. *Asian Journal of Psychiatry*, 2017, 30, 163–164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.009>

Hattori Y. Social withdrawal in Japanese youth: A case study of thirty-five hikikomori clients. *Journal of Trauma Practice*, 2006, 4, 181–201.

Hayakawa K., Kato T. A., Watabe M., Teo A. R., Horikawa H., Kuwano N., Shimokawa N., Sato-Kasai M., Kubo H., Ohgidani M., Sagata N., Toda H., Tateno M., Shinfuku N., Kishimoto J., Kanba S. Blood biomarkers of Hikikomori, a severe social withdrawal syndrome. *SCIENTIFIC RepOrTS*, 2018, 8:2884. doi:10.1038/s41598-018-21260-w

Heinze U., Thomas P.() Self and salvation: Visions of hikikomori in Japanese manga. *Journal of the German Institute for Japanese Studies Tokyo*, 2014, 26 (1), 151–169. doi: 10.1515/cj-2014-0007

Hirota T. Interview with Dr. Takahiro Kato. *World Child & Adolescent Psychiatry*, 2014, 7, 12–16.

Itoh K. Difficulties faced by hikikomori: From the life history in autobiographies and private papers. *KG Sociological Review*, 2012, 1, 137–141.

Kaneko S. Japan's 'socially withdrawn youths' and time constraints in Japanese society: Management and conceptualization of time in a support group for hikikomori. *Time and Society*, 2006, 15, 233–249.

Kasahara Y. Proposition of a new category called retreat neurosis. In Nakai H., Yamanaka Y. *Psychopathology and treatment of adolescence*. Tokyo, Iwasaki Gakujutsu Shuppan, 1978, p. 287–319.

Kasahara Y. *Student apathy syndrome*. Tokyo, Iwanami Shoten, 1984.

Kato T. A., Kanba S., Teo A. R. Hikikomori: experience in Japan and international relevance. *World Psychiatry*, 2018, 17:1, 105–106. doi:10.1002/wps.20497

Kato T. A., Teo A. R., Tateno M., Watabe M., Kubo H., Kanba S. Can Pokémon GO rescue shut-ins (hikikomori) from their isolated world? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2017, 71: 70, 75–76. doi:10.1111/pcn.12481

Kato T., Tateno M., Shinfuku T., Fujisawa D., Teo A. R., Sartorius N., Akiyama T., Ishida T., Choi T. Y., Balhara Y. P. S., Matsumoto R., Umene-Nakano W., Fujimura Y., Wand A., Chang J. P.-C., Chang R. Y.-F., Shadloo B., Ahmed H. U., Lerthattasilp T., Kanba S. Does the hikikomori syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2012, 47(7):1061–75. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0411-7>

Kim J., Ronald M. R., Kyung J. O., Hye-Shin M. Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: cross-cultural comparisons between Australian and South Korean students. *Journal of Adolescence*, 2008, 31(5), 543–563. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.10.011>

Kinugasa T. Young adults and withdrawing. *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, Special issue, 1998, 147–52.

Kondo N., Sakai M., Kuroda Y., Kiyota Y., Kitabata Y., Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *International Journal of Social Psychiatry*, 2011, 59, 79–86.

Koyama A., Miyake Y., Kawakami N., Tsuchiya M., Tachimori H., Takeshima T. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of ‘hikikomori’ in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, 2010, 176, 69–74. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.019

Krieg A., Dickie J. R. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model. *International Journal of Social Psychiatry*, 2013, 59, 61–72.

Lee Y. S., Lee J. Y., Choi T. Y., Choi J. T. Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2013, 67, 193–202. doi:10.1111/pcn.12043

Li T. M. H., Wong P. W. C. Editorial Perspective: Pathological social withdrawal during adolescence: a culture-specific or a global phenomenon? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015, 56(10), 1039–1041. doi:10.1111/jcpp.12440

Li T. M. H., Wong P. W. C. Withdrawal experience and possible way-outs from withdrawal behavior in young people. *Qualitative Social Work*, 2017, 1–19. doi: 10.1177/1473325016688369

Li T. M. H., Wong P. W. C. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aus-*

tralian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2015, 49(7), 595–609. doi: 10.1177/0004867415581179

Lock M. Plea for acceptance: school refusal syndrome in Japan. *Social Science and Medicine*, 1986, 23(2), 99–112. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90359-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90359-X)

Malagón-Amor Á., Córcoles-Martínez D., Martín-López L. M., Pérez-Solà V. Hikikomori in Spain: a descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 2015, 61(5), 475–483. doi: 10.1177/0020764014553003

Malagón-Amora Á., Martín-López L. M., Córcoles D., González A., Bellsolà M., Teo A. R., Pérez V., Bulbena A., Bergéa D. A 12-month study of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Clinical characterization and different subtypes proposal. *Psychiatry Research*, 2018, pii: S0165-1781(17)31734-1. doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.060.

Masataka N. Low anger-aggression and anxiety-withdrawal characteristic to preschoolers in Japanese society with ‘hikikomori’ is becoming a major social problem. *Early Education and Development*, 2002, 13, 187–199.

Mikulincer M., Shaver P. R. An attachment perspective on loneliness // In Coplan R. J., Bowker J. C. (eds) *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2013, p. 34–50.

Ministry of Health, Labour and Welfare Guidelines for Assessment and Support of Hikikomori. Tokyo, Japan, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2010.

Ministry of Health, Labour and Welfare Community Mental Health Intervention Guidelines aimed at Socially Withdrawn Teenagers and Young Adults. Tokyo, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2003.

Nagata T., Yamada H., Teo A. R., Yoshimura C., Nakajima T., van Vliet I. Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: Clinical characteristics and treatment response in a case series. *International Journal of Social Psychiatry*, 2013, 59, 73–78. doi: 10.1177/0020764011423184

Norasakkunkit V., Uchida Y. To Conform or to Maintain Self-Consistency? Hikikomori Risk in Japan and the Deviation From Seeking Harmony. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2014, 33, Special Issue: Cultural-Clinical Psychology, 918–935. <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.10.918>

Ogino T. Managing categorization and social withdrawal in Japan: Rehabilitation process in a private support group for hikikomorians. *International Journal of Japanese Sociology*, 2004, 13, 120–133.

Ovejero S., Caro-Cañizares I., de León-Martínez V., Baca-García E. Prolonged social withdrawal disorder: a hikikomori case in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014, 60(6), 562–565. doi: 10.1177/0020764013504560

Rydera A. G., Sunohara M., Kirmayer L. J. Culture and personality disorder: from a fragmented literature to a contextually grounded alternative. *Current opinion in psychiatry*, 2015, 28 (1), 40–45.

Sagliocco G., Bartolomeo C., Improta E., De Rogatis M., Pinto G., Sarano S., Ciufferri M. G., Mancini F., Grieco F., Vivard E., Gemelli M., Pastore C., Ricci C., Sagliocco G., Trojano G. *Hikikomori and adolescence. Phenomenology of self-reclusion*, 2011, Mimesis.

Saito T. *Hikikomori: Adolscence without End*. Minneapolis, Univ. of Minnesota Press, 2013.

Sakamoto N., Martin R. R., Kumano H., Tomifusa K., Al-Adawi S. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2005, 35(2), 191–198. doi: 10.2190/7WEQ-216D-TVNH-PQJ1

Stip E., Thibault A., Beauchamp-Chatel A., Kisely S. Internet Addiction, Hikikomori Syndrome, and the Prodromal Phase of Psychosis. *Front Psychiatry*, 2016, 7 (6). doi: 10.3389/fpsyt.2016.00006

Suwa M., Suzuki K. The phenomenon of ‘hikikomori’ (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *Journal of Psychopathology*, 2013, 19, 191–198.

Suwa M., Suzuki K., Hara K., Watanabe H., Takahashi T. Family features in primary social withdrawal among young adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2003, 57, 586–594.

Tajan N. Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of Hikikomori. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2015, 63, 324–331

Tajan N., Yukiko H., Pionnié-Dax N. Hikikomori: The Japanese Cabinet Office's 2016 Survey of Acute Social Withdrawal. *The Asia-Pacific Journal Japan Focus*, 2016, 15. Issue 5. No. 1. <https://apjjf.org/2017/05/Tajan.html>

Tateno M., Park T. W., Kato T. A., Umene-Nakano W., Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: A questionnaire survey.

BMC Psychiatry, 2012, 12:169. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/169>

Teo A. R., Fetters M. D., Stufflebam K., Tateno M., Balhara Y., Choi T. Y., Kanba S., Mathews C. A., Kato T. A. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014, 1–9. doi: 10.1177/0020764014535758

Teo A. R. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, 2010, 56(2), 178–185. doi: 10.1177/0020764008100629

Teo A. R., Gaw A. C. Hikikomori, A Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? A Proposal for DSM-V. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 444–449. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e086b1

Teo A. R., Kato T. A. (2015) The prevalence and correlates of severe social withdrawal in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 2010, 61(1):102. doi:10.1177/0020764014554923

Teo A. R., Saha S., Stufflebam K., Fetters M. D., Tateno M., Kanba S., Kato T. A. Psychopathology associated with social withdrawal: idiopathic and comorbid presentations. *Psychiatry Research*, 2015, 228(1), 182–183. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.033.

Todd K. H. L. Hikikomani: Existential horror or national malaise? *Southeast Review of Asian Studies*, 2011, 33, 135–147.

Toivonen T., Norasakkunkit V., Uchida Y. Unable to Conform, Unwilling to Rebel? Youth, Culture, and Motivation in Globalizing Japan. *Frontiers in Psychology*, 2011, 2:207. doi:10.3389/fpsyg.2011.00207.

Tomita F. *Leaving from Hikikomori*. Tokyo, Heart Shuppan, 1992.

Uchida C. Apathetic and withdrawing students in Japanese universities – with regard to Hikikomori and student apathy. *Journal of Medical and Dental*, 2010, 57, 95–108. <https://doi.org/10.11480/jmds.570111>

Umeda M., Kawakami N. Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2012, 66, 121–129.

Wilson S. Braindance of the hikikomori: towards a return to speculative psychoanalysis. *Paragraph*, 2010, 33(3), 392–409. doi:10.3366/para.2010.0206

Wong P. W., Li T. M., Chan M., Law Y., Chau M., Cheng C., Fu K. W., Bacon-Shone J., Yip Paul S. F. The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: a cross-sectional tele-

phone-based survey study. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014, 1–13. doi: 10.1177/0020764014543711

Wong P. W. C., Liu L. L., Li T. M. H., Kato T. A., Teo A. R. Does hikikomori (severe social withdrawal) exist among young people in urban areas of China? *Asian Journal of Psychiatry*, 2017, 30, 175–176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.026>

Wong V. Social withdrawal as invisible youth disengagement. *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 2012, 32, 415–430.

Wong V. Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications. *Journal of Social Work Practice*, 2009, 23, 337–352.

Yuen J. W. M., Yan Y. K. Y., Wong V. C. W., Tam W. W. S., So K.-W., Chien W. T. A Physical Health Profile of Youths Living with a «Hikikomori» Lifestyle. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, vol. 15, p. 315. doi:10.3390/ijerph15020315

УДК 316.37

С. В. Проноза

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

svetlanapronoza@gmail.com

**СЕМЕЙНОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ОДИН ИЗ ФОРМАТОВ
ПОЛУЧЕНИЯ ОСНОВНОГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

На основании проведенных интервью с родителями, выбравшими семейное обучение для своих детей, описывается семейное образование как один из форматов получения основного общего образования. Проанализированы статистические данные и сопоставлены с данными интервью, описана в общем виде распространенность семейного образования в современной России. Описаны проблемы взаимодействия родителей и школы, процесс обучения детей и контакты с другими родителями, выбравшими семейное обучение. Рассмотрены мотивы выбора семейного образования.

Ключевые слова: семейное образование, семейное обучение, хоумскулинг.

Введение

В советское и постсоветское время экстернат или семейное обучение в России были скорее исключением, чем массовой практикой, но в последние годы число обучающихся вне школы растет, расширяется их контингент [Шманкевич, 2011], и это новое явление пока очень слабо изучено. В США и других странах, где внешкольная форма получения образования (хоумскулинг) имеет длительную историю

Проноза С. В. Семейное обучение как один из форматов получения основного общего образования в современной России // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 154–181.

и широкий охват ¹, данная тематика исследована в большей степени. Американские исследователи идентифицировали семь тематик работ (и восьмая – о семейном образовании за пределами США) [Kunzman, Gaither, 2013]:

- 1) демографические характеристики группы, а также причины и мотивы семейного образования;
- 2) учебный план и практики;
- 3) социализация (в том числе и ценности);
- 4) законы о семейном образовании;
- 5) взаимоотношения семейного образования со школой;
- 6) учебные достижения;
- 7) переход к следующей ступени образования и взрослой жизни после семейного образования.

В США в 2016 г. на семейном обучении находились примерно 3 % всех школьников от 5 до 17 лет ². В нашей стране доля таких детей значительно меньше. Относительно получения образования в семейной форме приводятся данные за начало 2015/16 уч. г. – около 0,058 % от всех школьников России, т. е. около 8,5 тыс. обучающихся [Поливанова, Любичкая, 2017].

В зарубежной литературе широко представлены исследования повседневных родительских практик хоумскулинга. Многочисленные работы зафиксировали дихотомию двух основных типов хоумскулеров, «идеологов» и «педагогов» [Kunzman, Gaither, 2013]. Первые придерживаются стандартной формы школьного обучения, но наполняют ее своим религиозным / идеологическим содержанием, вторые, напротив, противостоят формализму. Отмечается, что домашнее обучение становится менее распространенным с усложнением программы даже среди высокообразованных и более состоятельных семей [Ibid.]. Хоумскулингу свойственен гибкий график, индивидуальный подход и детоцентристская педагогическая философия [Pannone, 2017].

В российских научных статьях освещены вопросы, связанные с историей развития семейного образования и с законодательством:

¹ Ray B. D. Research Facts on Homeschooling // National home education research institute. 2016. URL: <<http://www.nheri.org/research/research-facts-on-homeschooling.html>> (дата обращения 29.10.2017).

² McQuiggan M., Megra M., Grady S. Parent and Family Involvement in Education: Results from the National Household Education Surveys Program of 2016 // NCES 2017-102 U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION. URL: <<https://nces.ed.gov/pubs2017/2017102.pdf>> (дата обращения 20.11.2017).

каковы обязанности и права родителей и обучающихся на внешкольных формах обучения.

Согласно законодательству, обучающиеся в форме семейного образования имеют те же права, что и обучающиеся в школе. Например, право на участие в конкурсах, олимпиадах, спортивных соревнованиях, а также право на получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медико-педагогической коррекции³.

На практике родители зачастую сталкиваются с трудностями реализации этих прав, в том числе прикрепления к школе и прохождения аттестаций. Это является следствием несовершенства законодательства, непроработанности конкретных механизмов (юридических и экономических), обеспечивающих сопровождение семейного образования со стороны школы [Морозов, 2014]. Прежде всего надо отметить, что на экстерна, который теперь не должен являться учеником школы, не выделяется финансирования.

Согласно опросу [Поливанова, Любицкая, 2017], причины выбора семейного образования разнообразны: причины, связанные со здоровьем ребенка, психологические причины, связанные с мотивацией к обучению или с общением с одноклассниками и / или учителями, и неудовлетворенность родителей школьным образованием. Последний вариант встречался чаще всего: у 29 % опрошенных. В этой же работе показано, что при переходе на семейное обучение у 44 % опрошенных не возникает барьеров, благодаря организации-посреднику (29 % пользуются данными услугами) или лояльной к «семейникам» школе, 40 % – отметили формальные барьеры, 16 – психологические (непонимание и осуждение семьи и окружения, перестройка себя (родителя), неуверенность в своих силах). Надо отметить, что треть опрошенных родителей, полагающих себя «семейниками», в реальности оформили ребенка на заочное обучение.

При реализации семейного обучения с психологическими проблемами сталкиваются 27 %, с организационными – 22 %, не сталкиваются с проблемами вообще – 22 %. В качестве психологических трудностей родители отмечают психологическую проблему двойной роли, любящего родителя и строгого учителя своему ребенку, проблему мотивации ребенка к обучению, процесс отвыкания ребенка от школы,

³ Письмо Минобрнауки от 15.11.2013 г. № НТ-1139/08 «Об организации получения образования в семейной форме» // Министерство образования и науки Российской Федерации. URL: <<http://минобрнауки.рф/documents/3775>> (дата обращения 20.03.2017).

недостаток общения у ребенка. Авторы полагают, что основной психологической проблемой является определение роли родителя. 65 % хоумскулеров указали, что взаимодействуют, в том числе в группах, с другими нешкольниками, 35 % – не взаимодействуют.

Согласно российскому законодательству, ответственность за образование ребенка несут родители, которые могут поручить обучение ребенка школе (государственной или частной), а могут осуществлять эту деятельность самостоятельно. В РФ возможны две формы получения образования: в школе и вне школы. В школе обучение может происходить в очной, очно-заочной или заочной форме. Вне школы – в форме семейного образования (1–11-е классы) или самообразования (10–11-е классы). Заочная форма обучения отличается от семейной формы (или самообразования) тем, что в первом случае ребенок является учеником школы, школа составляет для него программу обучения и несет за него такую же ответственность, как при очной форме, а во втором случае школа несет ответственность только за аттестацию, и ученик зачисляется в школу только на время прохождения аттестации в качестве экстерна.

Надо заметить, что ребенок, который по состоянию здоровья не посещает занятия со своим классом, может быть переведен на домашнее (индивидуальное) обучение. Несмотря на синонимичность слов «домашнее» и «семейное» в повседневном обиходе, в образовательном процессе «домашнее» означает только место, где происходит обучение. Предполагается, что учителя ходят к ученику на дом. (В реальности может и ребенок ходить к учителям в школу.) Таким образом, домашнее (индивидуальное) обучение не имеет никакого отношения к семейному.

Исследований повседневных практик семейного обучения в российской научной литературе найти не удалось. В этой связи целью представляемой работы является описание организации родителями семейного обучения своих детей, что включает в себя преподавательскую деятельность, взаимодействие со школой и с другими родителями, обучающими детей дома, а также мотивы различных выборов. Сформулированы задачи исследования. Необходимо описать:

- в общем виде распространенность семейного образования в современной России;
- мотивы выбора семейного образования и категории детей, для которых выбирается семейное образование;
- родительские практики обучения детей;

- взаимодействие семей, выбравших семейное обучение своих детей, с другими такими семьями;
- проблемы взаимодействия родителей, выбравших семейное обучение своих детей и школы, а также пути их решения, используемые родителями на практике.

Об исследовании

В данной работе под семейным образованием мы будем понимать осуществляемую родителями (а не школой) целенаправленную организацию деятельности обучающегося по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности, развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию у обучающегося мотивации получения образования в течение всей жизни. Если перечисленное организуется для ребенка, оформленного на заочное обучение, именно школой (как и должно быть при данной форме обучения), то, независимо от уверения родителей, ребенок получает образование не в семейной форме.

При переходе на внешкольную форму родители уведомляют о своем выборе орган местного самоуправления муниципального района или городского округа, на территориях которых они проживают⁴. Соответственно, если родители не уведомляли, то их ребенок оформлен на какую-то иную форму обучения.

Были проведены 24 полуформализованных интервью с матерями, осуществляющими или осуществлявшими в прошлом семейное обучение детей (1–9-й классы) и проживающими в Новосибирске (для большей полноты картины – и в Красноярске). Проведен анализ статистических данных количества закончивших данный класс и переведенных в следующий класс по Новосибирской области, Красноярскому краю, Москве и Московской области и стране в целом на начало 2017/2018 г.⁵ Поиск респондентов осуществлялся среди участников

⁴ Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об образовании в Российской Федерации». URL: <http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_140174/> (дата обращения 10.03.2018).

⁵ Форма ОО-1 на начало 2017/2018 учебного года по субъектам РФ (город + село) (ГОУ + НОУ), раздел 2.5.1.1. Сведения об обучающихся, окончивших все классы, кроме классов для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, и переведенных в следующий класс или окончивших выпускной класс // Единая информационная система обеспечения деятельности Министерства образования и науки

тематических интернет-сообществ. Участники таких сообществ активно распространяют собственный опыт, т. е. он предположительно будет повторяться и у тех, кто «молча» читает сообщества или получает информацию в офлайн-встречах и поэтому недоступен для исследователя.

В интервью в обязательном порядке подробно освещались такие вопросы:

- оформленная официально форма обучения;
- способ прикрепления (если есть) к школе, почему именно этот выбор;
- аттестации (форма, процедура, требования);
- в чем заключаются текущие контакты со школой;
- организация занятий (программа, план, расписание, процесс обучения);
- используемые ресурсы (информационные ресурсы, организации, отдельные лица);
- совместные мероприятия с другими родителями или детьми на семейном обучении.

Таким образом, фокусом внимания в интервью была деятельность родителей по организации семейного образования. Остальное содержание менялось по мере вхождения исследователя в тему. Интервью были дополнены текстами респондентов, касающимися организации ими семейного образования ребенка, размещенными в тематических сообществах. На часть из этих текстов ссылки давали сами респонденты в интервью в качестве ответа на вопрос или в качестве иллюстрации своих ответов.

В данном исследовании мы сознательно выпустили из внимания большую группу, представляющую «общинный» вариант семейного образования. Это различные религиозные общинные организации, где между семьями налажены тесные связи и дети обучаются совместно, плюс к светскому содержанию образования добавляется идеологическое. Сюда же относятся поселения, где дети соседей обучаются совместно. О наличии «общинного» варианта семейного образования свидетельствуют данные, полученные в интервью и при изучении содержания текстов, размещенных в тематических сообществах.

Описание выборки

Всего опрошено 24 мамы, обучающие своих детей на семейной или заочной форме обучения. Возраст 32–56 лет, полная семья у 21 респондента, высшее образование у всех (из них у троих ученая степень, а одна упомянула в интервью, что работает над диссертацией), у двоих – неполное высшее, у одной – среднее специальное. Проживают в Новосибирске 15 респондентов, в Красноярске – 9. Учится ребенок (дети) в начальной школе у 11 опрошенных, у 12 – в среднем звене школы, у пятерых ребенок (дети) закончил(и) 9 классов. Четверо практикуют семейное обучение первый год, у 11 имеется 1–3 года опыта, у 9 – больше 3 лет. Также в трех случаях респонденты проживают не в самих городах, а в пригородах, административно не относящихся к Красноярску (Сосновоборск) и Новосибирску (Кольцово). Изначально предполагались интервью не только с матерями, но и с отцами, которые в малом количестве, но представлены в тематических интернет-сообществах. К сожалению, все мужчины, к которым отправлялся запрос, просьбы об интервью проигнорировали.

При выборе респондентов мы прежде всего ориентировались на заполнение каждой из категорий (оформленная форма обучения, ступени обучения, образование, опыт семейного обучения и т. д.). Категории на момент интервью представлены в табл. 1.

Обращает на себя внимание смещенность выборки по двум параметрам: образование и занятость. Почти все опрошенные имеют высокий уровень образования. Одна мама со средним специальным образованием, остальные с высшим или неоконченным высшим. Причем неоконченное высшее может выглядеть так:

1. *Техникум на программиста*
2. *Незаконченное высшее преподаватель информатики*
3. *Незаконченное высшее экономист-математик*
4. *Бухгалтерские курсы*
5. *Хореограф*.

Также в выборке оказалось трое мам (12,5 %), имеющие ученую степень, и одна в интервью упомянула, что работает над диссертацией в данный момент.

Что касается занятости, то только одна мама работает вне дома полный день. Остальные либо не работают (в том числе в отпуске по уходу за ребенком), либо указали гибкий график, возможность постоянно брать с собой на работу ребенка, частичную занятость, фриланс или работу на дому.

Таблица 1

Описание выборки исследования

Характеристика		Красно- ярск	Новоси- бирск	Всего
Форма обучения	Семейное	6	7	13
	Сочетание семейного и очного	2	0	2
	Заочное	0	8	8
Степень обуче- ния	Начальная школа	3	8	11
	Среднее звено	6	6	12
	Закончили 9 классов	3	2	5
Продолжитель- ность семейного обучения	Менее года	2	2	4
	1–3 года	2	9	11
	Более 3 лет	5	4	9
Характеристики семьи	Полная семья	8	13	21
	Неполная семья	1	2	3
Уровень образо- вания матери	Нет в/о	1	2	3
	В/о	8	13	21
	Есть ученая степень	2	1	3
Число респондентов		9	15	24

Мы попросили высказать свое мнение в качестве эксперта одну активную маму из Красноярска и двух из Новосибирска. Все трое подтвердили, что среди известных им семей действительно практически все мамы с высшим образованием и практически не встречаются мамы, работающие полный день вне дома. Красноярская мама (сама имеющая ученую степень) считает, что, действительно, среди них много кандидатов наук. Это, разумеется, не может говорить о том, что среди тех родителей, кто обучает детей дома, отсутствуют малообразованные и имеющие мало возможностей уделять время детям родители, но, возможно, их действительно мало.

Хочется отметить отпуск по уходу за младшим ребенком как используемую возможность или мотив для обучения дома старшего. Например: *«...за ближайшие 1,5 года у меня план, научить детей учиться, чтобы я смогла выйти на работу»* или *«...плюс был маленький ребенок, было очень неудобно возить старшую с ним (оставить не с кем)»*.

Распространенность семейного образования в России

Согласно статистическим данным ⁶, в Новосибирской области в государственных и негосударственных учреждениях, суммарно в графах «семейное обучение» на начало 2017/18 уч. г. числится 81 чел. в списках классов и 57 аттестовывались как экстерны, т. е. 138 чел. (переведенные и закончившие класс). В Красноярском крае аналогичная форма – 198 чел. основной школы, которые не числятся в списках классов, а только аттестуются в качестве экстернов. По России: 7 791 в классах и 7 324 вне списков классов (аттестовались в качестве экстернов), т. е. 15 115 чел. в сумме, или 0,11 % от общего числа учеников основной школы (1–9-е классы). Вероятно, в это число входят не все обучающиеся вне школы, а только те, кто проходил в указанном году промежуточные аттестации и переводился в следующий класс или заканчивал 9 класс. Как будет показано ниже, существуют обе возможности и обе выбираются родителями.

Для сравнения в табл. 2, 3 представлено количество обучающихся на семейной форме в стране в целом и в отдельных субъектах Федерации, а также их доля в общем числе. Как видно из табл. 2, из всех российских детей на семейном обучении более трети относятся к школам Москвы и Московской области, а среди окончивших первый класс их доля составляет более 60 %.

⁶ ЕИС Министерства образования и науки РФ, 2017...

Таблица 2

Количество обучающихся в семейной форме,
начальная школа (1-4-е классы)

Регион	1-й класс		Начальная школа		1-9-е классы
	количество	%	количество	%	%
Новосибирская область	12	0,35	71	0,92	0,91
Красноярский край	23	0,68	73	0,95	1,31
Московская область	253	7,47	882	11,49	10,36
Москва	1806	53,29	2387	31,08	23,92
Санкт-Петербург	101	2,98	319	4,15	5,08
Россия в целом	3389	100,00	7679	100,00	100,00

Таблица 3

Количество обучающихся в семейной форме,
среднее звено (5-9-е классы)

Регион	Среднее звено		Всего 1-9-е классы	
	количество	%	количество	%
Новосибирская область	67	0,90	138	0,91
Красноярский край	125	1,68	198	1,31
Московская область	684	9,20	1566	10,36
Москва	1 229	16,53	3616	23,92
Санкт-Петербург	449	6,04	768	5,08
Россия в целом	7 436	100,00	15 115	100,00

Новосибирск и Красноярск выбраны как контрастные в плане наличия и отсутствия хорошо известной в среде «семейников» коммерческой структуры, оказывающей посреднические услуги. В Новосибирске имеется Экстерн-офис Алексея Битнера (на сайте организации указано, что работает с 2008 г.), при посредничестве которого многие родители оформляют ребенка на заочную (иногда семейную) форму обучения. Анализ статистических данных ⁷ показал, что, действительно, в школах Новосибирской области обучается значительное число «заочников» основной школы страны, 9,78 %. Общее количество обучающихся основной школы, как Красноярского края, так и Новосибирской области, составляет чуть больше 2 % от общего количества в стране в целом. Выбраны данные об обучавшихся в заочной форме в основной школе (раздел 2.5.1.1. Сведения об обучающихся, окончивших все классы, кроме классов для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, и переведенных в следующий класс или окончивших выпускной класс, для сравнения представлены по Красноярскому краю (табл. 4).

Таблица 4

Количество обучающихся на заочной форме

Регион	Классы очного обучения	Классы очно-заочного обучения	Классы заочного обучения	Отдельно аттестация экстернов	Всего
Новосибирская область	64	4	1 336	12	1 416
Красноярский край	–	2	194	–	196
Россия	1 404	272	12 589	213	14 478

По начальной школе доля «заочников» Новосибирской области еще выше, 21 % (557 и 2 652 обучающихся в Новосибирской области и в целом в стране, соответственно).

⁷ ЕИС Министерства образования и науки РФ, 2017...

Осенью текущего учебного года (в октябре 2017) была уволена директор одной из школ, сотрудничающих с Экстерн-офисом. В прессе⁸ прозвучали такие слова Рамиля Ахметгареева, начальника департамента образования мэрии Новосибирска: *«В ходе изучения деятельности школы № 83 выявлено следующее: численность учащихся на момент проверки составляла 1329 детей, из них по очной форме обучались 291 человек, по заочной – 1038. Из “заочников” 228 человек проживают в городе Новосибирске, 28 – в Новосибирской области, 772 – в других субъектах Российской Федерации, 10 – и вовсе за пределами страны. При изучении документов и личных дел обучающихся в школе № 83 была прослежена связь с коммерческой структурой, не имеющей лицензии на ведение образовательной деятельности, а также не имеющей права выдавать аттестат об образовании».*

Сопоставляя вышеприведенные данные, получаем, что примерно три четверти заочников Новосибирской области числятся в 83-й школе г. Новосибирска. За вычетом иногородних, количество заочников остается высоким: 4 % от заочников основной школы страны.

Данные, полученные из интервью, свидетельствуют о том, что родители не видят принципиальной разницы между выбранным ими вариантом заочного и семейным обучением: *«...это не система обучения, это система аттестаций»* (про заочное обучение через посредника). Часть родителей имеют опыт и того, и другого: *«...это пустая формальность, по сути ничего не поменялось».* Родители различают заочное и семейное обучение только по удобству аттестации и возможности оказания давления учителями школы. Также мотивом выбора заочного обучения вместо семейного является получение дополнительных возможностей, не относящихся к процессу обучения. Это и возможность посещать школьные кружки и культурные мероприятия, и право получения справки, что ребенок является учеником школы, необходимой для оформления различных льгот.

У пятерых из опрошенных дети проходят (проходили) аттестации или числятся (числились) в качестве заочника в школе, расположенной в другом городе. Четверо новосибирских мам назвали Санкт-Петербург, одна красноярская мама – Новосибирск. При попытке взять интервью, еще одна мама пояснила, что ребенок оформлен на семейное обучение, но ежедневно посещает частную образовательную организацию, где и обучается.

⁸ <https://www.nsk.kp.ru/daily/26750/3780151/>

Таким образом, реальная форма обучения и оформленная документально в ряде случаев отличаются, а город проживания может не совпадать с городом, в статистику которого попадают результаты обучения этого ребенка. Данный факт важен для изучения семейного образования, так как число детей на семейном обучении в нашей стране относительно невелико.

Как уже упоминалось, американские исследования показали, что домашнее обучение становится менее распространенным с усложнением программы. Российские данные также говорят о том, что число детей на семейном обучении уменьшается с усложнением программы:

- 1-й класс – 0,19 % от всех первоклассников;
- начальная школа – 0,12 % начальной школы;
- среднее звено (5–9-е классы) – 0,11 % от всех учеников 5–9-х классов.

Действительно, в интервью звучат намерения закончить начальную школу на семейном обучении, а потом принять решение относительно дальнейшего обучения. Одна из респонденток именно так и сделала, в 5-м классе перевела дочь обратно в школу. Еще одна, от интервью отказавшаяся, тем не менее сообщила, что ее ребенок на семейном обучении находился только в начальной школе. Также мама девочки-подростка упомянула, что дочери (8-й класс) не хватает общения, и она думает, не вернуться ли в школу. Но в российском случае причиной такого распределения количества обучающихся может быть и рост числа детей, вообще не идущих в школу, когда родители, положительно оценив опыт семейного обучения старшего ребенка (как вариант – чужого ребенка), решают с первого класса обучать дома младшего. Пятеро респондентов перевели младших на семейное обучение, уже имея опыт обучения старших детей на этой форме, причем в одном случае это сочетание очного и семейного обучения, в другом случае для младшего не планировали семейного обучения, но школа не справилась с его поведенческими особенностями. Еще трое мам указали, что младших детей-дошкольников также планируют обучать дома.

Что касается усложнения программы, то в российском законодательстве разрешено сочетание форм образования: *«Идея какие-то предметы изучать в школе, а какие-то дома навеяна самой жизнью и экономическими причинами. У ребенка никогда не было репетиторов, и я не планировала на них тратить. По предметам, которые реально выучить самим, не прибегая к услугам репетиторов, перешли*

на семейное образование. Предметы, которые не потянем без посторонней помощи, оставили в школе» В пяти интервью упоминается использование услуг репетиторов.

Мотивы семейного обучения, которые упоминают мамы, очень разнообразны и многочисленны, редкие интервью содержат только один мотив, чаще встречается набор:

- «1. Сохранить и укрепить здоровье (в том числе психическое);
2. Избавить от пустой траты времени – без школы программу можно освоить в разы быстрее и не просиживать в классе;
3. Избавить семью от бреда государственной системы: форма, жизнь по звонку, деньги на шторы, поделки по ночам.

В результате дать среднее образование более быстро и качественно, сэкономить время и силы для дополнительного образования, свободных игр, чтения, досуга» (мама, оформившая ребенка на семейное обучение с начала первого класса).

Можно выделить мотивы, относящиеся к:

- оптимизации (избавление от лишних затрат времени и усилий, освобождение времени для другой деятельности, повышение эффективности учебных занятий);
- невыполнению школой своих функций (плохое качество преподавания, отсутствие обратной связи с учителем, непрофессиональные действия и незаинтересованность учителей в результатах обучения);
- всем видам здоровья (родители жалуются на школьные условия, способствующие разрушению здоровья, нездоровый психологический климат и говорят об индивидуальном темпе, ритме, режиме дня и графике во время семейного обучения);
- индивидуальному развитию ребенка (научить самостоятельности и ответственности, развить способности и склонности);
- жизни семьи (желание родителей учить своих детей самим, удовольствие от совместных занятий, автономность семьи от школы).

Особенности детей

В ряде случаев мотивы перехода на семейное обучение связаны с особенностями детей. Эти же особенности звучат в других интервью как проявившиеся уже после перехода на семейное обучение. Во-первых, обращает на себя внимание довольно большое количество для данной выборки творчески одаренных ребят. Семейное обучение высвобождает время для иных занятий: изобразительного искусства, музыки, танцев, театра. Всего в 8 интервью описываются

занятия искусствами как будущая профессия и / или как мотив перехода на семейное обучение. Так, двое детей опрошенных мам, уже закончивших школу на семейном образовании, сейчас учатся в художественных училищах. Одна 8-классница занимается по собственной инициативе в трех музыкальных школах, в две из которых надо добираться на транспорте, для другой *«художественная школа выполняет роль основного образования, так как после 9 класса она планирует в художественное училище»*. Из более младших детей двое из одной семьи серьезно занимаются танцами и планируют поступать в хореографический колледж на базе 7 классов, причем это увлечение, как и в некоторых предыдущих случаях, стало профессиональным интересом уже во время семейного обучения: *«Сейчас на первом плане подготовки к танцевальным конкурсам. Год назад спортом занимались в виде отдыха от аттестаций и уроков»*.

Кроме перечисленных случаев, еще трое мам указали мотивом перехода на семейное обучение невозможность совмещать школу и творческие занятия: *«Во втором классе нагрузка стала увеличиваться, под конец года сын стал как выжатый лимон, потерял всякий интерес к учебе. Так как местной театральной студии ему стало мало по части развития, мы подались на большую сцену в театр “Глобус”. Там занятия проходят почти ежедневно, плюс дорога туда-обратно, плюс музыкальная школа, плюс нереальное количество уроков в обычной... Нагрузка непосильная даже для взрослого, не то что для ребенка. Очень остро встал вопрос, что придется что-то бросить. Я старалась склеить расписания не один месяц, пыталась сократить нагрузку по всем направлениям. Но проанализировав наши с ним занятия в ключе время / результат, пришла к выводу, что самое слабое звено – школа»*.

Последний вывод о затраченном в школе времени и результате звучит более чем в половине интервью: *«Ребенок приходил после школы, и многое из того, что они якобы сегодня прошли, приходилось объяснять заново. Возникал вопрос: зачем полдня бездарно убивать в школе, если можно самим разобраться в материале»* или *«Цель – организовать более рациональное, чем в школе, обучение»*. Переход на семейное образование позволил решить проблему: *«Если сравнивать затраты времени на учебу в школе и дома, то раза в 2–3 требуется времени меньше дома»*.

Практически все опрошенные перечислили большое количество дополнительных занятий, которые посещают их дети: музыкальные, художественные, спортивные школы, различные кружки и секции.

В двух случаях мамы говорят о включении детей в собственную социальную деятельность (волонтерство, работа с людьми, широкий круг общения).

Второй важный случай – дети, «не соответствующие» школьной системе, семейное образование позволяет подойти к ним более индивидуально, с учетом их особенностей:

- имеющие трудности с обучением (*«Вполне возможно, что у кого-то все в порядке и все успевают, но все дети разные. Мои оказались неусеивающие. Первая мысль об обучении дома возникла, когда у одной из старших во втором (!) классе четвертная оценка по математике оказалась 2»* или *«Со школой контакт был один, нам сказали, идите в коррекционку»*);

- поведенческие особенности (*«я не планировала его забирать, так как ему необходима “камера хранения”, но школы (сначала государственная, а потом частная) не хотели разгружать проблемы его поведения (ребенок очень сложный)»*);

дети с нежной психикой (*«У нее слабая нервная система, к строгим учителям ей противопоказано ходить, у нее сразу руки дрожат, на глазах слезы, сразу начинает нервничать, в ступор входит ребенок. Я все это увидела, когда попыталась заниматься с ней математикой. И я поняла, что я этим больше заниматься с ней не буду никогда»*) или же демонстрирующие психосоматические заболевания, которые родители связывают с посещением школы: *«В этот момент до меня все-таки дошло, что это психосоматика, поскольку второе образование у меня психологическое. Почему я раньше не рассмотрела, что это психосоматика, я не знаю. Вот такая реакция на школу»*.

Эти качества детей отражены в 7 интервью.

Необходимо также упомянуть еще один случай – детей, которым легко дается учеба и которые способны заниматься самостоятельно уже в начальной школе: *«Она все делает сама»*.

Интервью, из которого взята последняя цитата, – выдающийся, но не единственный случай самостоятельно обучающихся детей среди опрошенных в этом исследовании: семья с одаренными детьми, для каждого из которых родители подбирают индивидуальную образовательную траекторию, используя возможные на данный момент институциональные обстоятельства школы. Девочка, о которой идет речь, сочетает очное образование и семейное. Учится часть года очно, потом переходит на семейное образование, сдает аттестации за текущий класс и вновь переходит на очное обучение, но уже на класс выше. Таким образом за год можно закончить два класса.

Также две мамы указали в качестве одной из целей – обучить детей навыкам самостоятельных занятий: *«И целью, вообще, зачем мы собственно перешили, в том числе одна из целей, была научить ее самостоятельно организовывать свой процесс обучения, планировать. И техника самообучения: работа с информацией, выделение главного, оформление конспектов»*. В 5 интервью подобное качество ребенка (вырабатываемое целенаправленно или возникшее спонтанно) отражено в явном виде.

Три приведенных случая творчески одаренных детей, «не соответствующих» школьной системе, и детей, которые легко учатся сами, – это не классификация, а три пересекающиеся между собой категории. Так, девочка с ускоренным обучением серьезно занимается танцами, для которых у нее оказалось достаточно времени, благодаря семейному обучению, а девочка, занимающаяся в трех музыкальных школах на данный момент, в первом классе получила, по словам мамы, психологический стресс, последствия которого сказывались в течение четырех лет.

Родительские практики обучения

Выявленной американскими исследователями дихотомии «идеологов» и «педагогов» в данном исследовании среди российских хомскулеров обнаружить не удалось. Можно выделить две группы родителей по содержательной части учебной программы: одни ориентируются на школьную программу (например, требования к аттестации, если они есть, или содержание учебника, по которому учится школа), другие составляют программу или образ желаемого результата сами, согласно своим представлениям о том, что должен знать ребенок и чему научиться. Первые в интервью иногда поясняют, что государственная программа в ее полноте соответствует их представлениям о качественном образовании. Промежуточный вариант – родители, выбравшие какую-то конкретную учебную программу, не зависящую от программы школы, в которой проходят аттестации: *«Я для себя нашла то, что я хотела бы дать ребенку, какое качество должно быть образования у ребенка. Это Русская классическая школа. В общем-то, мне очень нравится их программа, мне очень нравятся их учебники»*. Мамы, изначально ориентированные на государственную программу, тем не менее, на практике могут приходиться к необходимости ее модификации для нужд своего ребенка: *«Отдельный разговор об английском языке – тут на школьную программу*

я не ориентируюсь, мы берем язык в целом, как он есть, тут особое внимание правилу от общего к частностям».

В интервью задавался вопрос о том, как происходит процесс обучения, и родители с длительным опытом семейного образования отмечают, что с возрастом становится все больше самостоятельной деятельности ребенка.

В 6 интервью мамы четко описывают входящую в процесс обучения совместную деятельность, совместный исследовательский проект, например: *«...что-то я почитала, что-то он почитал, мы каким-то образом связали этого правителя с предшественниками, с последователем, с какими-то событиями за границей. Изначально мы как бы историю Руси больше изучаем, но, тем не менее, вот мы связываем с заграничными какими-то событиями. И каждое утро мы обсуждаем это просто за чаем. То есть у нас такая беседа, у нас день с этого начинается».* В 7 интервью описывается подобие школьного формата: *«Папа подключается – диктанты диктует, проверяет написание»* или *«По русскому задавала переписывать какие-нибудь интересные рассказы: распечатывала, разрезала на кусочки-задания (на день) и клеивала в тетрадь. Бывало, что кусочки кончались, а было так интересно, что ребенок звонил и требовал следующий кусок».*

Родители не всегда могут (или хотят) создать четкое описание структуры самой учебной деятельности. Иногда они прямо указывают: *«Я не умею структурировать обучение»*, а в ответах на другие пункты интервью поясняют: выделены обязательные предметы, а необязательные предметы дети варьируют по согласованию с мамой, у самих детей очень развит познавательный интерес, который тщательно поддерживается мамой, а ценность знаний в семье – высока.

Из имеющихся интервью можно выделить три, в которых мамы фокусируют свое внимание на трех различных составляющих образования: это содержание, организация и воспитание. Во всех трех случаях мамы описывают систему, которой они придерживаются в организации занятий: *«В основу, кстати, взята Вальдорфская система. Мы берем какой-то предмет на короткий период обучения, ну такой, 2–3 недели, и мы глубоко погружаемся в этот предмет. Для чего мы это делаем? Мы другие предметы тоже не забываем, но этот предмет у нас как бы является ядром».* Мама обращает внимание на необходимость системы в обучении предмету: *«То есть у ребенка будут абсолютно обрывочные такие, разорванные, разрозненные знания, что как бы в принципе-то очень плохо сказывается, я счи-*

таю, на мышлении, на знаниях ребенка». Несмотря на то, что в обучении семья ориентируется на требования к аттестации и программу школы, гораздо большее внимание уделяется содержанию отдельных тем: *«тут я как бы в вечном поиске, кого бы привлечь из своих родственников, знакомых. Буквально может быть для какой-то одной темы, не обязательно это должно быть прям курс, нет. А просто, вот есть проблема в этой теме, а вот этот человек может эту проблему осветить. Очень классно работает, прям шикарно!»*. Другая мама берет готовую программу с учебниками, которая ее устраивает, и направляет свое внимание преимущественно на процесс организации: *«Моя задача была организовать сам учебный процесс. А учится она уже сама (...) И в конце недели я подхожу, проверяю у нее»*. Причем мама не просто организует занятия ребенка, а обучает дочь самоорганизации: *«...какое-то время, первый месяц, два, я сидела с ней постоянно, все это вместе мы заполняли, вместе делали планы, вместе оформляли конспекты, под моим она руководством это делала (...) Считаю, что это неотъемлемое условие – на первом этапе ребенку нужна поддержка взрослого. Не каждый взрослый способен себя самоорганизовать, а для ребенка без помощи взрослого это вообще непосильная задача»*. Третья, также ориентируясь на готовую программу, т. е. содержание выданных школой учебников, говорит: *«ребенок учится сам»*, но это касается уже и организации занятий, не только изучения конкретного материала: *«Мое участие в этих процессах есть. Это поддержать идею, иногда самой ненавязчиво подкинуть, похвалить за инициативу, ответить на возникающие в процессе вопросы. Могу подсказать, предложить что-то. Но не руководить, не управлять, не критиковать, не сравнивать»*. Основная идея в этом случае – развитие личности с определенными качествами: *«...зачем нам все это надо вообще и чего мы хотим как родители для своих детей: в идеале, на выходе должна получиться развитая личность, которая понимает чего она хочет и как этого достичь»*.

Интересно, что двое из этих троих мам активно делятся с другими родителями своим опытом, проводят различные просветительские и обучающие мероприятия онлайн и оффлайн. У третьей еще достаточно небольшой опыт семейного обучения, около года, и круг единомышленников также невелик, но в общем чате она также активно приобщает других родителей к тем способам организации обучения, которые использует сама.

Взаимодействие родителей-«семейников»

Так как практики организации семейного обучения еще не наработаны, родители постоянно обращаются друг к другу за информацией, касающейся семейного обучения, обмениваются опытом, который помогает другим организовать семейное обучение их детям.

Поскольку респонденты отбирались среди тех, кто общается в тематических интернет-сообществах, посвященных семейному образованию, то логично, что в интервью почти все (за исключением троих) сообщили о различного вида регулярных взаимодействиях с другими родителями-«семейниками». Оффлайн-контакты можно обобщить в четыре категории: взаимодействия только взрослых, мероприятия совместные, взрослых и детей, организованные для совместных занятий чисто детские группы под руководством преподавателя и личные контакты, например, двоих мам или двух семей, которые постоянно обмениваются опытом либо проводят совместный досуг.

Ответы респондентов на вопрос о взаимодействии с другими семьями на семейном обучении обобщены в табл. 5.

Совместные мероприятия родителей описывают 15 респондентов. В двенадцати речь идет об общении взрослых: коллективных встречах, обмене опытом, лекциях. *«Например, в прошлом году была встреча с профессором истории, так как это очень проблемный предмет для родителей, многие не знали, по каким учебникам учить детей, где правда вообще, а где ложь»*. Четверо из них упомянули, что сами консультируют других родителей по вопросам семейного обучения. В десяти интервью речь идет о совместных детско-родительских мероприятиях, которые могут быть образовательными: *«Также мы организовали литературные встречи с очень хорошим педагогом, сами учимся у нее с детьми»* или культурно-досуговыми: *«Мы проводим какие-нибудь праздники, недавно был праздник, например, зимней поэзии. То есть дети готовятся заранее, что-то репетируем, стихи учим, организовываем праздник силами родителей»*. Причем подобные мероприятия посещают и те семьи, чьи дети учатся в школе.

Шестеро мам упоминали про личные контакты с другими родителями, обучающими детей дома, дружбу семьями или телефонные обсуждения проблем, обмен опытом.

Про организацию же самих детей для совместных занятий упомянули лишь четверо, двое мам оказались принципиально против подобных групп, так как, по их мнению, это противоречит индиви-

Таблица 5

Взаимодействия «семейников» между собой

Респондент	Встречи взрослых	Детско-родительские встречи	Детские группы	Личные контакты	Консультирует других
1	*	*			
2				*	
3		*			
4	*	*			*
5	*				
6	*	*	*	*	*
7					
8	*				
9				*	
10					
11	*	*			
12	*	*			
13					
14				*	
15		*		*	
16	*				*
17					
18					
19	*				
20		*	*		
21	*	*	*		
22	*	*		*	*
23					
24	*		*		

Примечание: * – есть данный тип взаимодействия.

дуализации обучения. Мама также говорила о проблеме времени и места для встреч: семья живет далеко друг от друга, дети посещают большое количество дополнительных занятий, у детей разный темп обучения. Очень трудно в таких условиях найти возможности для совместных мероприятий.

Четверо мам старших подростков говорили о нежелании детей организовываться в группы в ответ на предложения родителей и не сложившуюся дружбу с другими «домашними» детьми, несмотря на участие в групповых занятиях.

Таким образом, возникает очень интересная картина социализации детей на семейном обучении. С одной стороны, дети посещают большое количество кружков и секций, дополнительных занятий, т. е. идет общение в (небольших) детских разновозрастных коллективах, объединенных сходными интересами. С другой стороны, дети вовлечены в совместную с родителями и другими семьями деятельность, наполненную культурными и образовательными смыслами, а образовательный процесс неотделим от всей остальной жизни: *«Почему-то получается так, что, например, выход в театр родителя с ребенком-семейником – это часть общего образовательного процесса, в то время как выход в театр родителя с ребенком-школьником это просто культурное мероприятие вне образовательного процесса. Видимо, дело заключается в самоощущении родителя-семейника, когда он не только чувствует ответственность за образование ребенка, но и непосредственно его осуществляет».*

В ходе исследования также выяснилось, что Новосибирск и Красноярск полярны не только в плане наличия и отсутствия посреднической организации. Оказалось, что в Красноярске с 2013 г. очень результативно действует региональное общественное движение «В поддержку семейного образования», которое тесно сотрудничает с краевой администрацией: *«Мы пытаемся как-то взаимодействовать с городским и краевым образованием, колесики крутятся медленно. Вот сейчас, например, договорились создать Концепцию развития семейного образования в крае. Это такой обходной маневр: Концепция по сути будет выполнять роль Положения о СО в крае, но на создание Положения у администрации нет полномочий. Еще работаем с Краевым центром оценки качества образования на предмет создания аттестационных материалов для семейников, которые будут рекомендованы к применению в школах. Проводим лекции и индивидуальные консультации для родителей-семейников».* В качестве примера результатов ее деятельности можно привести реше-

ние проблемы отсутствия льгот (так как дети не числятся учениками школы): при активном участии организации было внесено изменение в краевое законодательство, которое вступило в силу с 1 января 2018 г., позволяющее тем, кто прикрепляется к школе для прохождения аттестаций, пользоваться льготами.

А новосибирские родители отрицают наличие подобной организации в своем городе. В одном из интервью с красноярской мамой упоминается более ранняя деятельность, до создания общественного движения: *«Перед этим мы выиграли несколько судов... Мэрия была на стороне закона. Дали в суде положительное заключение и обещали разработать городское положение о СО».*

Семейное образование и школа: основания для конфликта

С 1 сентября 2013 г., с началом действия нового Закона об образовании, все дети на семейном обучении были отчислены из школ и зачисляются только на время прохождения аттестации. Соответственно, школа не получает финансирования на такого ребенка, и между школой и родителями имеется основание для конфликта.

Второй непроработанный момент и почва для конфликта – это аттестации и оформление. У школы нет готовых материалов или требований, нет представления о том, как проводить аттестацию ребенка. И, как сказано выше, не выделены средства на разработку аттестационных материалов. Также школа не имеет достаточно информации юридического характера, касающейся семейного образования: *«Пришлось общаться с юристом из департамента образования и убеждать его с законом в руках, что это возможно. Убедила. Школе пришлось согласиться.»* или *«Так как пока семейное образование – редкость, руководство школ не в курсе деталей. Тут у нас случились разногласия».*

Если первые два основания для конфликтов обусловлены объективными причинами, то третье и четвертое – субъективными. Это негативное отношение учителей к семейному образованию и наоборот, негативное отношение родителей к необходимости соответствовать требованиям системы образования (*«я считаю, проблема только одна – обязательное образование, как это мешает жить!»*). Данные, полученные из интервью, свидетельствуют о проблеме неготовности учителей принять внешкольное образование. Родители отмечают: *«В основном учителя против обучения ребенка вне системы. Отсю-*

да множественные конфликты. Нас оставили в покое, когда увидели, что дети сдают на “4” и “5”» или «По общению могу сказать, что все преподаватели-женщины были настроены лояльно. Затык получился с трудовиком – там полное непонимание и даже враждебность. Ну и завышенные требования (выполнение проекта на уровне университетских курсовых – дословно)». Во время интервью некоторые мамы просили не афишировать номера школ, так как их директора не хотят развивать семейное обучение.

Таким образом, каждый родитель, выбирая семейное обучение ребенка, сталкивается с ситуацией, когда, с одной стороны, существует необходимость сдавать аттестации, т. е. взаимодействовать со школой, а с другой – взаимодействие в любой момент может перейти в конфликт.

Часть родителей выбирает избегание взаимодействия. Это достигается двумя способами.

1. Заключение договора с посредником (либо напрямую со школой, которая работает с посредником). В этом случае контакт происходит дистанционно по известному алгоритму. Оформляется заочная или семейная форма обучения: «Плюс здесь в том, что вы со школой не взаимодействуете никак». Этот способ отмечается у новосибирских респондентов.

2. Отказом от прохождения промежуточных аттестаций или их прохождением в удобном для семьи режиме, что предполагает только семейную форму. Этот способ встретился среди как новосибирских, так и красноярских мам. Например, красноярская мама говорит о планах аттестовать младшего сына только по окончании начальной школы, так как завуч начальных классов негативно настроен по отношению к семейному обучению, в то время как старший ребенок в среднем звене проходит промежуточные аттестации ежегодно. Судя по полученной в интервью информации, родители недостаточно осведомлены об этой возможности (отказа от промежуточных аттестаций), незнакомы с подробностями или считают риском из-за слабой проработанности законов.

3. Отказ от прохождения промежуточных аттестаций выбирают и те, кто негативно относится к необходимости следовать государственной программе: «по этой причине некоторые не сдают аттестацию до 9 класса, слишком много времени уходит на подготовку под школьную программу, что мешает реальному образованию».

Среди тех, кто выбирает все-таки взаимодействие со школой, также выделяются те, кто хочет взаимодействовать с лояльными к се-

мейному образованию структурами, и те, кто готов договариваться с обычной школой, не выбранной по принципу лояльности.

В первом случае так же, как при избегании взаимодействия, могут пользоваться «не малой стоимостью» (по словам респондентов) услугами посредников. Новосибирские респонденты пользовались услугами новосибирской организации «Экстерн-офис», Санкт-Петербургской частной школы ЦОДИВ и (ранее) через ЦОДИВ или напрямую с одной из Санкт-Петербургских школ. Также упоминались «лояльные» новосибирские школы, сотрудничающие с «Экстерн-офисом»: *«то есть всегда будет попытка доказать, что научить сможет только гимназия. А я больше ничего не хочу доказывать. В школе №** заочка – не новинка, там все очень понятно».*

Оформление заочной формы, вместо семейной, дает школе оплату ее работы по аттестации ребенка, сотрудничество с «лояльной» школой или организацией-посредником дает возможность пользоваться уже разработанной системой аттестаций и подготовки к ним, а также исключает потенциальную возможность столкнуться с негативным отношением учителей. Данный путь встречался в описаниях новосибирских родителей. И в одном интервью красноярской мамы, как давний.

Во втором случае, когда родители прикрепляют ребенка для прохождения аттестаций к обычной школе, например, ближайшей территориально или той, в которой ребенок учился до перехода на семейное обучение, родители не всегда могут заранее предугадать, что именно может стать камнем преткновения. При этом отсутствие согласия в трактовке законов, отсутствие прецедентов может создавать ситуации неопределенности: *«А я сразу написала (заявление на прохождение аттестации) в этой школе на 10 предметов – кто знал, что с трудовиком так получится? Да никто! И вопрос открытый – имеем ли мы право написать заявление и отказаться от сдачи этого предмета в этой школе».* В других случаях родители точно знают, что встретят противодействие: *«Школа, естественно, возражала и говорила, что так не бывает».* Описания конкретных сюжетов взаимодействия со школой очень разнообразны, от максимального стремления договориться мирно: *«Если учитель умный, все просто, если неквалифицированный – все сложно. Решаем. Придираемся. Выучиваем вообще все. Идем навстречу на самые бредовые предложения»* до открытой конфронтации: *«Все через пинок и прокуратуру. Уполномоченный по правам детей наш теперь главный друг.»*

Одна из мам обобщает ситуацию так: *«У меня сложилось ощущение о школьных учителях, вот мы два года с ними общаемся уже на аттестациях. Они, с одной стороны, немножко боятся “семейников”, потому что “семейники”, если их права нарушаются резко, склонны жаловаться в управление образования, и там бывают проблемы со школой. (Смеется) Поэтому с нами стараются разговаривать вежливо, осторожно, аккуратно, идя навстречу нам. Вот как бы вот так ласково очень ведут себя. Но в то же время каждый раз тыкают, что вот вы не сможете сдать ЕГЭ. А почему мы не сможем сдать ЕГЭ? Почему вы сейчас ему ставите 5-ки и 4-ки, причем придираясь действительно на экзаменах довольно так серьезно... Значит, он сдает на 5, 4, а почему он ЕГЭ не сможет сдать? Да сдаст он его прекрасно».* Взаимодействие со школой как проблему в данных интервью описывают красноярские мамы. Среди новосибирских респондентов опыт сдачи аттестаций в школе по микроучастку имеют только пятеро мам, трое из них оценивают его скорее как положительный в плане взаимодействия с учителями. Несмотря на наличие предпосылок, в том числе негативного отношения к школе самих мам, конфликтные ситуации возникают не всегда. Как красноярские, так и новосибирские мамы говорят о кураторах (обычно это завуч школы), выполняющих роль посредника между семьей и остальными учителями: *«...нами занимался конкретный куратор – завуч. Все вопросы решались только через нее. Она общалась с учителями, составляла график аттестаций, согласовывала его с нами, издавала приказ о проведении аттестаций – всячески нам помогала, всегда готова была пойти навстречу, если у нас что-то менялось и надо было перенести даты аттестаций. Мы ей очень благодарны»* (Красноярск) или *«Все нюансы и проблемы мы обсуждаем с завучем. Она хороший куратор. Нам повезло с ней»* (Новосибирск).

Необходимо заметить, что в фокусе проведенного исследования были именно родители, поэтому взгляд со стороны школьных учителей на данную проблему здесь не представлен.

Заключение

Таким образом, семейное образование в современной России является развивающимся явлением, хотя количество семей, обучающих своих детей дома, невелико. Мотивы выбора родителями семейного образования разнообразны и не всегда связаны с недовольством школой. Среди детей на семейном обучении выделяются три категории,

для которых семейное обучение создает возможности, малодоступные при более традиционном обучении. Родители, обучающие детей дома, не только обмениваются опытом и помогают друг другу решать возникающие проблемы, но и организуют совместные культурно-досуговые и образовательные мероприятия. Препятствием для подобных контактов является территориальная удаленность «семейников» друг от друга, а также плотный график занятости. В данное время имеется ряд нерешенных проблем, затрудняющих взаимодействие школы и внешкольного семейного образования.

Список литературы

Морозов Г. Б. Экстернат как реальный инструмент получения образования: анализ федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» / Г. Б. Морозов, А. А. Садердинов, И. Н. Тулянкина // Педагогическое образование в России. 2014. № 3. С. 149–157.

Поливанова К. Н., Любичкая К. А. Семейное образование в России и за рубежом // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6, № 2. С. 72–80. URL: <http://psyjournals.ru/files/86638/jmfp_2017_n_2_Polivanova_Lyubitskaya.pdf> (дата обращения 29.10.2017).

Шманкевич Т. Ю. Школьный экстернат. Историко-социологический экскурс // Вестник СПбГУ. 2011. Серия 12. Вып. 1. С. 352–357.

Kunzman R., Gaither M. Homeschooling: a comprehensive survey of the research Other Education // The Journal of Educational Alternatives I. 2013. Vol. 2, Is. 1. P. 4–59.

Pannone S. The experiences of new home educators // Journal of Unschooling and Alternative Learning 2017. Vol. 11. Is. 21. URL: <<https://jua1.nipissingu.ca/wp-content/uploads/sites/25/2017/05/v11i212.pdf>> (дата обращения 29.10.2017).

S. V. Pronoza

*Novosibirsk State University
1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

svetlanapronoza@gmail.com

**FAMILY EDUCATION AS ONE OF THE FORMATS
FOR OBTAINING BASIC EDUCATION IN MODERN RUSSIA**

Family education is described as one of the formats for obtaining a basic education. The research is based on interviews with parents who chose family education for their children. The statistical data are analyzed and compared with the data from interviews. The scope of family education in modern Russia is described in general. The problems of interaction between parents and schools, the process of teaching children and contacts with other parents who have chosen family education are described. The motives for choosing a family education are considered.

Keywords: home school, homeschool, home education.

References

Kunzman R., Gaither M. Homeschooling: a comprehensive survey of the research Other Education *The Journal of Educational Alternatives I*, 2013, vol. 2, is.1, p. 4–59.

Morozov G. B., Saderdinova A. A., Tulyankina I. N. Eksternat kak real'nyy instrumen polucheniya obrazovaniya: analiz federal'nogo zakona «Ob obrazovanii v Rossiyskoy Federatsii» [Externate as a real process of getting an education: an analysis of the federal law «On Education in the Russian Federation»]. *Pedagogical Education in Russia*, 2014, no. 3, p. 149–157. (In Russ.).

Pannone S. The experiences of new home educators. *Journal of Unschooling and Alternative Learning*, 2017, vol. 11, is. 21 (Accessed: 29.10.2017). Available at <<https://jual.nipissingu.ca/wp-content/uploads/sites/25/2017/05/v11212.pdf>>

Shmankevich T. Yu. SHkol'nyj ehksternat. Istoriko-sociologicheskij ehkskurs [School externat. Historical and sociological digression]. *Vestnik SPbGU*, 2011, Seriya 12, vyp. 1, p. 352–357. (In Russ.)

УДК 159.9

Т. А. Мурашова

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

tanya3833@gmail.com

СЕНСОРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ И РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Рассматривается проблема сенсорной интеграции, а также вопросы, касающиеся адаптации детей в окружающем мире, их умения понимать, что происходит вокруг и умения давать обратную связь на происходящее.

Существующие трудности в этой области на сегодняшний день показывают, что нарушение процесса обработки сенсорной информации усиливается у детей, находящихся в неблагоприятной окружающей среде. Следовательно, влияние среды можно и необходимо корректировать посредством изменения ситуаций и различных стимулов.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, развитие ребенка, сенсорная информация, сенсорная обработка, сенсорная интеграция.

Так или иначе, каждый родитель периодически задает себе вопросы относительно того, как развивается его ребенок? Как малыш себя чувствует? Какое у него настроение? Что он любит или что ему не нравится? Но также могут возникать вопросы другого направления: что с моим ребенком не так? Почему мой ребенок не такой, как другие? Почему я не понимаю, что происходит с моим ребенком? Почему он меня не слышит (не понимает)? Почему он не дает себя обнять?

При общении с родителями становится видно, насколько плохо они информированы о возможных вариантах помощи своим детям. Чтобы увидеть и понять процессы, протекающие в ЦНС, необходи-

Мурашова Т. А. Сенсорная интеграция и развитие ребенка // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 182–192.

мо ознакомиться с сенсорной интеграцией. Понимать, каким образом обработка информации (или ее нарушения) и интеграция сенсорных сигналов влияют практически на все сферы жизни ребенка. Известно, что проблемы поведения в саду, школе или на улице, трудности общения или коммуникаций – не всегда являются результатом плохого воспитания, а вполне возможно, что это реальная проблема, которая требует пристального внимания и комплексной терапии. Родители ребенка с явно выраженными проблемами поведения, безусловно, будут искать помощи у специалистов. Они непременно обратятся к неврологу. Э. Дж. Айрес достаточно убедительно доказывает, что ребенок с нарушениями сенсорной интеграции нуждается в целенаправленном развитии обработки и интеграции сенсорных сигналов, терапия должна быть специфичной для каждого вида нарушений, а «традиционные» медикаменты, возможно, сгладят на время остроту проблем, но не научат мозг ребенка сенсорной интеграции [Айрес, 2016]. Для адаптации ребенка с такими нарушениями необходима специальная тренировка тех функций, которые требуют внимания и коррекции, в специально организованной среде. Тут в помощь будут в первую очередь эрготерапевты, а также нейропсихологи и физические терапевты.

Необходимо остановиться еще на важном моменте: сенсорная интеграция нужна каждому ребенку! Совершенно не имеет значения, «обычный» это ребенок или ребенок с проблемным поведением, с ДЦП или любыми другими нарушениями. Любой ребенок проживает опыт обработки и интеграции информации, которую он получает из окружающей среды. Вопрос в том, как он это делает и все ли получается? Обязательно нужно учесть один принципиальный момент: особенности сенсорных нарушений нельзя перерасти. А это значит, что времени на раздумья у нас нет, и чем раньше начнется коррекционная работа, тем быстрее ребенок сможет социально адаптироваться. Самый лучший способ помощи таким детям – игра, развитие игровых навыков. Если понаблюдать за ними на игровой площадке, или в любой игровой обстановке, то можно увидеть, что ребенок сам выбирает те игры (сенсорную стимуляцию), которые нужны именно ему для развития! Мы, взрослые, должны лишь дать ему возможность изучать потенциал собственного тела, формировать адаптивные ответы и, главное, найти для этого место. Мы внимательно должны отнестись к потребности ребенка в игре и не заменять ее ранним обучением, компьютером и телевизором. «Сначала ребенок должен все попробовать, потрогать, потрепать, поэкспериментировать со всеми

предметами, которые его окружают, подвигаться в пространстве, проползти, подлезть или залезть на все, что манит, – только так он приобретает опыт, необходимый для развития» [Там же. С.11].

Что такое сенсорная интеграция?

«Сенсорная интеграция – это взаимодействие всех органов чувств. Она начинается очень рано, уже в утробе матери. Взаимодействие всех органов чувств подразумевает упорядочивание ощущений и раздражителей таким образом, чтобы человек мог адекватно реагировать на определенные стимулы и действовать в соответствии с ситуацией» [Кислинг, 2010. С. 15].

Другими словами, это процесс упорядочивания всех ощущений, которые в дальнейшем используются с целью передать в мозг информацию о физическом положении и состоянии тела, а также об окружающей среде. Каждую секунду в мозг поступают многочисленные сигналы (сенсорная информация) от следующих систем:

- зрение;
- слух (звук);
- вкус;
- обоняние (запах);
- вестибулярная система (равновесие тела в пространстве);
- тактильная система (кожная чувствительность);
- проприоцептивная система (мышечно-суставное чувство, собственная поза, движение);
- висцеральные ощущения (внутренние органы и сосуды).

Вестибулярная, тактильная и проприоцептивная системы функционируют на основе ощущений (раздражителей, влияющих на органы чувств), эти системы начинают работать очень задолго до рождения, еще во внутриутробной жизни. Альфред Томатис – французский врач, профессор, который изучал голос и слух, пишет, что вестибулярная система начинает работать в утробе матери уже через два дня после начала сердечной деятельности (которая фиксируется на 19-й день после зачатия), т. е. на 21-й день [Tomatis, 1977; 1989]. Из вышеизложенного очевидно, что вестибулярной системе требуется очень много времени для подготовки к выполнению своей необходимой для жизни функции. С 21-го дня она начинает накапливать опыт (созревать). Для созревания ей необходимы условия и питание. Питание она получает через кровь и плаценту, но другим важнейшим крупным источ-

ником является движение. Жизнедеятельность матери и его собственные движения у ребенка побуждают реакции его собственных органов чувств. Идет тренировка и подготовка к родам, ребенок должен будет найти путь в мир света и воздуха. После, на первом году жизни, ребенок учится ползать и вставать, но эти процессы возможны только в том случае, если в его мозгу происходит сенсорная интеграция.

В таком нелегком деле нам помогает эволюция, базовый уровень сенсорной интеграции заложен в генах. Каждый ребенок рождается с этой способностью, у каждого ребенка есть свой индивидуальный опыт к моменту рождения, далее каждый нарабатывает свой индивидуальный опыт с первого дня жизни уже в мире без воды. Для оптимальной возможности сенсорной интеграции ребенку нужен адекватный (адаптивный) ответ внешнего мира – тот самый ответ от окружающей среды, который формирует навыки взаимодействия и коммуникации с миром и другими людьми. Поэтому крайне важно, чтобы ребенок получал необходимые и уместные ответы для своих ощущений. Если ему холодно, значит, теплые вещи могут согреть, если хочется кушать (что-то чувствуется в животе), значит, надо что-то скушать, а не одеваться или раздеваться, например. Откуда у ребенка появляются подобного рода знания? Конечно, из окружающей среды, которая ему помогает, обрабатывать, интегрировать свои ощущения и чувства. На первых годах жизни без мамы (или другого взрослого) малышу с этим разбираться очень сложно, в некоторых ситуациях – невозможно.

В итоге первые семь лет жизни мозг ребенка является устройством для обработки сенсорной информации. Он познает окружающий мир, основываясь на своих индивидуальных ощущениях. Эти первые семь лет называют периодом сенсомоторного развития. Если сенсомоторные процессы идут должным образом, ребенок потом без проблем осваивает ментальные и социальные навыки. Полное созревание вестибулярной системы происходит к 11-му году жизни [Tomatis, 1977; 1989].

Нарушения сенсорной интеграции

В случае когда мозг неправильно обрабатывает и интегрирует ощущения, это будет обязательно влиять на очень многие сферы жизни ребенка (а затем и взрослого человека). Это является нарушением сенсорной интеграции. Мозг не обрабатывает и, как след-

ствии, не упорядочивает сенсорные импульсы, а в результате ребенок не получает полноценную информацию о себе и окружающем мире. Далее мы можем наблюдать «неадекватное» поведение, трудности в обучении, речевые нарушения, психологические проблемы и т. д. Ребенок выглядит «разбалансированным», потому как при сенсорной дисфункции чаще всего страдает в первую очередь двигательное планирование. Ребенок с сильно выраженным нарушением процесса обработки сенсорной информации демонстрирует много симптомов: взаимодействие с другими людьми, функционирование в ежедневной жизни и успешное продвижение в развитии у него сильно ослаблены. Ребенок с незначительными нарушениями процесса обработки сенсорной информации замедлен в развитии незначительно, и возможны способы компенсации, но в таких случаях проблему часто упускают из вида, такой ребенок не очень отличается от «обычного». Немного больше шалит, более ленив, труднее идет обучение в школе и т. д. Ребенок с умеренным нарушением процесса обработки сенсорной информации находится где-то посередине. Независимо от тяжести дисфункции дети нуждаются в понимании и помощи. Игнорирование проблем не означает их исчезновение [Крановиц, 2012]. При этом у многих детей с проблемами в сенсорной интеграции интеллект обычный или выше среднего.

Важно понимать: сенсорная дисфункция – это не отсутствие функции, это нарушение функции. Следовательно, можно и нужно пробовать исправить это нарушение. Не стоит надеяться, что ребенок может перерасти свои сенсорные нарушения, очень важно не упустить возраст, наиболее продуктивный для терапии.

На данный момент, к сожалению, мы мало знаем о причинах нарушения сенсорной интеграции. Есть дети с нарушениями, у которых была родовая травма, но ведь также есть дети с родовыми травмами, у которых нет нарушений. Ситуация с беременностью матери выглядит похоже, даже если были трудности и осложнения, то опять не существует прямых доказательств, что это является первопричиной сенсорных нарушений. Но исключать полностью этот факт мы не можем. Кто-то из исследователей считает, что причина в наследственности, кто-то ищет причины в окружающей среде (экология, токсины и т. д.). Единственный неоспоримый факт: мозг при формировании и рождении уязвим.

Очевидно и другое: если ребенок мало общается с людьми и окружающим миром, то начинают страдать разные функции и сенсорные

в том числе. За последние 17 лет ученые-нейробиологи доказали, что взаимодействие с окружающей средой способствует развитию структур, химических процессов и функций мозга. «Дж. Мак-Викер проанализировал научные работы, касающиеся влияния окружающей среды на развитие детей. Вывод был таков: “Интеллектуальное развитие, как представляется, опирается на неограниченные возможности исследовать объекты, манипулировать ими и задавать вопросы. Эффективность родительской помощи определялась тем, что мамы организовывали физическую среду, наполненную многофункциональными предметами, четко различимыми деталями, препятствиями, – чтобы лазать на них, развивая двигательную мотивацию, – и огромным разнообразием предметов, интересных глазу”. Он считает, что такая обстановка может существенно повысить у ребенка уровень интеллекта» [Айрес, 2016. С. 235].

Нужно и очень важно помнить о том, что сенсорная депривация, при которой человек не получает достаточной сенсорной стимуляции, дезорганизует мозг даже у нормальных, здоровых взрослых людей [Там же].

Считается также, что недостаток движения и одностороннее стимулирование органов чувств (визуально-акустическое) в период формирования вестибулярной системы, по-видимому, ведут к нарушениям равновесия. Дети слишком много сидят!

И дети и взрослые все чаще утрачивают равновесие, все чаще сталкиваются с трудностями в решении повседневных задач.

«Равновесие человека – это больше чем просто биомеханическое равновесие. Равновесие движений, психики, эмоций, ритма сна и бодрствования, обмена веществ, пищеварения оказывают друг на друга влияние. Они неразделимы» [Кислинг, 2010. С. 24].

Кому и как помогает терапия по методу сенсорной интеграции?
На сегодняшний день удается добиться ощутимых результатов, используя метод сенсорной интеграции, при параллельном сотрудничестве с другими специалистами: логопедами, дефектологами, физическими терапевтами, специалистами по развитию движения, эрготерапевтами, при следующих отклонениях: СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивность); проблемы в обучении; нарушения развития; аутизм; мутизм; ЗРР (задержка речевого развития); проблемы со слухом; нарушения зрения; рассеянное внимание; нарушения координации и мышечный тонус; нарушения физического развития, травмы.

Сенсорная интеграция при расстройствах аутистического спектра (РАС)

Аутизм – это такое малоизученное нарушение работы мозга, которое всегда ставило родителей и специалистов в тупик. При адаптации в окружающем мире такие дети испытывают трудности, для них характерна огромная проблема социального взаимодействия с другими людьми, при этом достаточно часто бывает, что помимо коммуникативных сложностей они сталкиваются в том числе и с проблемами сенсорной интеграции.

Детям с РАС трудно локализовать тактильные стимулы и понять, где находятся их части тела – руки, ноги, и т.д. в случае, если они их не видят. Они часто даже пугаются, когда на руку, находящуюся вне поля зрения, каким-то образом воздействовать, реакция может быть совершенно неожиданная и даже неадекватная (например, если спрятать руку ребенка в песок, кто-то начинает прислушиваться к новым ощущениям и просить еще, иногда дети просят «добавки» к ощущениям – сверху придавить, а кто-то пугается и кричит, при этом не каждый понимает, что руку можно просто вытащить из песка). Двигательное планирование тоже часто дает сбой.

Чаще всего у детей с РАС встречаются три вида плохой сенсорной обработки.

1. Сенсорный сигнал один или несколько сразу (звук, зрительный сигнал, вкус, обоняние) «не регистрируется» мозгом должным образом, и, как результат, на одни вещи ребенок не реагирует совсем, а на другие реагирует бурно и резко.

2. Плохая модуляция сигналов вестибулярных и тактильных (гиперчувствительность или гравитационная неуверенность).

3. Дает сбой область мозга, отвечающая за побуждение к действиям (особенно к любым новым действиям или к смене привычных «ритуалов»).

«В случае аутизма целью терапии, основанной на сенсорной интеграции, является улучшение обработки сенсорной информации ради более эффективной “регистрации” и модуляции ощущений, а также помощь в формировании простых адаптивных ответов как средства организовать поведение. Если терапия окажется эффективной, она значительно улучшит жизнь ребенка» [Айрес, 2016. С. 171].

Если говорить о гармоничном развитии мозга и тела, сенсорная интеграция в некоторых случаях бывает эффективнее медикаментов, психоанализа и воспитательных мероприятий. Сенсорная интеграция по сути своей – это естественный процесс! Для ребенка нет ничего естественней игры, поэтому очень важно организовать игровое (оно же терапевтическое) пространство для каждого ребенка с учетом его индивидуальных особенностей. Терапия наиболее эффективна, если ребенок сам направляет свои действия, а терапевт лишь ненавязчиво меняет обстановку [Там же].

Как правило, если речь идет о детях, то решение о терапии принимают родители. Путь в терапию чаще всего начинается с врача-педиатра или невролога. Бывает также воспитатели или учителя обращают внимание родителей на то, что их детям требуется специализированная помощь.

Случаи из практики:

Пример 1. Сережа, 14 лет, аутизм

На момент нашего с ним знакомства психоэмоциональный возраст мальчика был 2–3 года. Аутистимуляции – тряс головой и руками или только головой. В семье кроме матери никого не видел и не хотел признавать. Страдал запорами (дефектации могло не быть по 2 недели). Кушал очень избирательно. Говорить он умел, но не особенно хотел использовать речь, как коммуникацией с другими людьми (с родителями в т.ч.). Когда хотел обратить на себя внимание, то громко стучал, именно стук означал, что ему что-то нужно от матери. В целом, вел себя почти всегда очень шумно (стучал, пинал, вокализировал просто звуками, включал все, что включалось на полную громкость). Начинали мы с ним договариваться в песочнице. Он с удовольствием лепил из песка кулича, и ему нравилось закапывать там руки. После того как нам удалось подружиться (в целом, достаточно быстро – через две недели), Сережа стал позволять дотрагиваться до него, и с удовольствием пошла функциональная игра в песке и на ковре, позже добавилась игра по-нарошку. Он много лазил в различных трубах, мог там «застревать» и лежать по 20 минут. Потом мы каждый раз помогали ему «родиться», после этого его аутистимуляции становились значительно короче по времени и реже. Сейчас аутистимуляции сохраняются, но, как правило, это при сильном переутомлении и дома. Год спустя Сережа сам стал интересоваться новыми игрушками и другими стимульными материалами, качелями и спортивными принадлеж-

ностями. Конечно, все было не сразу и постепенно, но через год нашей с ним работы он, плюс ко всему, признал отца, стал обращаться к нему «папа». Начал играть в семью, в которой были посчитаны уже все проживающие под одной крышей персонажи. И, пожалуй, важно отметить, что запоры практически прошли примерно через 6–7 месяцев нашего сотрудничества. Сейчас Сереже 18 лет, его психоэмоциональный возраст на сегодняшний день 5–6 лет. Речь использует в общении со всеми знакомыми и родственниками, с незнакомыми людьми разговаривать отказывается (возможно, пока), стучать продолжает, но скорее по старой привычке и значительно реже.

Пример 2. Алена, 16 лет, аутизм.

Алена не говорит, вокализации очень редкие и только звуки «аааааа» или «оооооо». В памперсе. Ни на что не реагировала (ее поставишь, будет стоять, посадишь будет сидеть), никак не показывала своих желаний и намерений. Сложности с питанием, кушает до сих пор еду только в виде пюре. Моторика крупная и мелкая очень плохая. Мать всегда рядом. Отпустить ее более чем на пять метров было невозможно. Начинала я с ней знакомиться и договариваться также в песке. Первая встреча прошла на удивление конструктивно, нам удалось потрогать песок! Девочка, у которой почти не гнутся пальцы и которая не переносит никаких тактильных воздействий, согласилась со мной поиграть прямо непосредственно с песком. Далее мы с ней обязательно каждую встречу часть времени проводили в песке, часть на ковре. Много было занятий сначала на крупную моторику, затем с большим трудом подключали мелкую, на много позднее добавили упражнения на равновесие. Много пришлось работать сначала над различными ощущениями с руками и с лицом. Я ей каждый раз во время занятий предлагала сначала знакомый стимульный материал, а минут через 15 вкладывала ей в руку что-то для нее новое. Но, предварительно это новое и незнакомое у нас лежало рядом во время предыдущей встречи. Она так привыкала. Позже она начала пробовать почти все, что попадало в руки, на зуб (видимо, на вкус). Через четыре месяца наших встреч мать уже спокойно уходила по своим делам, оставляя мне Алену на занятия. Через год работы девочка сняла памперс и начала демонстрировать характер. Стала показывать (мычать или рычать) свое недовольство. Когда ей что-то нравится, она теперь звонко вокализует «ААааа». В силу того что с мелкой моторикой остаются серьезные проблемы, писать ей очень сложно, но на компьютере она может набрать какие-то слова. Чаще всего это персонажи

из сказок или мультиков, но надеюсь, что она со временем сможет сообщать таким образом что-то большее. Сегодня Алене 19 лет.

Заключение

Так как для ребенка с РАС самостоятельно практически не реально сделать первый шаг в планировании своих действий, и у него ослаблена мотивация к действию, то становится очевидно, что его желание взаимодействовать с окружающим миром сильно снижено. Кроме того, пока ребенок не в состоянии давать самые простые двигательные ответы, более сложное поведение в несколько «ходов» у него сформироваться просто не сможет. Следовательно, одна из принципиальных составляющих терапии, основанной на сенсорной интеграции, это помочь такому ребенку понять план (схему) занятий. Для этого огромное значение имеет цикличность занятий, лучше, чтобы это были одни и те же дни недели, а также стараться в начале каждой встречи договариваться с ребенком о том, в какой последовательности пойдет работа. И еще один неотъемлемый момент такой терапии – если ребенок все время находится в движении, обязательно организуется для него среда, стимулирующая двигательную активность. Часть занятий должна быть построена на движении. На следующем этапе, когда терапия проходит в хорошем отлаженном рабочем альянсе, нужно постепенно привлекать самого ребенка составлять план занятия. И далее можно предполагать, что действия становятся более осмысленными, потому как они направлены к конкретной выбранной цели. А это уже серьезные этапы для развития самоорганизации ребенка.

Список литературы

Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция: понимание скрытых проблем развития. М.: Теревинф, 2016.

Кислинг У. Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие. М.: Теревинф, 2010.

Крановиц К. С. Разбалансированный ребенок. Как распознать и справиться с нарушениями процесса обработки сенсорной информации. СПб.: Редактор, 2012.

Tomatis A. *L'oreille et la vie*. Paris: Editions Robert Laffont, 1977.

Tomatis A. *Neuf mois au paradis*. Paris: Ergo Press, 1989.

Материал поступил в редколлегию 15.04.2018

T. A. Murashova

Novosibirsk State University

1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation

tanya3833@gmail.com

SENSORY INTEGRATION AND CHILD DEVELOPMENT

The article deals with the problem of sensory integration, as well as with issues related to the adaptation of children in the surrounding world, their ability to understand what is happening around them and their ability to give feedback on what is happening. Contemporary works in this area show that the malfunction of sensory information processing is increasing in children in an unfavorable environment. Consequently, the influence of the environment can and should be corrected by changing situations and different stimuli.

Keywords: autism spectrum disorder, child development, sensory information, sensory processing, sensory integration.

References

Ayres A. J. *Rebenok i sensornaia integratsiia: Ponimanie skrytykh problem razvitiia* [Sensory Integration and the Child]. Moscow, Terevinf Publ., 2016. (In Russ.).

Kisling U. *Sensornaia integratsiia v dialoge: poniat' rebenka, raspoznat' problemu, pomoch' obresti ravnovesie* [Sensory Integration in the dialogue]. Moscow, Terevinf Publ., 2010. (In Russ.).

Kranovic K. S. *Razbalansirovannyi rebenok. Kak raspoznat' i spravit'sia s narusheniami protsessa obrabotki sensornoi informatsii* [An Unbalanced Child]. Saint-Petersburg, Redaktor Publ., 2012. (In Russ.).

Tomatis A. *L'oreille et la vie*. Paris, Editions Robert Laffont, 1977.

Tomatis A. *Neuf mois au paradis*. Paris, Ergo Press, 1989.

Грабельникова Ульяна Сергеевна – студентка УНЦП Новосибирского государственного университета

Дорошева Елена Алексеевна – кандидат биологических наук, старший преподаватель кафедры сравнительной психологии Института медицины и психологии Новосибирского государственного университета; доцент кафедры клинической психологии Новосибирского медицинского университета, научный сотрудник Института систематики и экологии животных СО РАН

Злобина Марина Владимировна – ассистентка кафедры психологии личности Новосибирского государственного университета

Киселева Оксана Владимировна – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии личности Новосибирского государственного университета

Кудрявцева Анастасия Сергеевна – выпускница Института медицины и психологии Новосибирского государственного университета

Лякина Яна Сергеевна – старший преподаватель кафедры клинической психологии Института медицины и психологии Новосибирского государственного университета

Мезенцева Мария Павловна – старший преподаватель кафедры психологии личности Новосибирского государственного университета; соискатель кафедры общей и педагогической психологии Томского государственного университета

Мурашова Татьяна Анатольевна – сотрудник Междисциплинарного центра прикладного анализа поведения Института медицины и психологии Новосибирского государственного университета

Носова Полина Александровна – старший преподаватель кафедры клинической психологии Института медицины и психологии Новосибирского государственного университета

Первушина Ольга Николаевна – кандидат психологических наук, заместитель директора Института медицины и психологии, заведующая кафедрой психологии личности Института медицины и психологии Новосибирского государственного университета

Проноза Светлана Валерьевна – магистрант отделения социологии Новосибирского государственного университета

Фёдоров Александр Александрович – кандидат психологических наук, заведующий кафедрой клинической психологии, доцент кафедры психологии личности Новосибирского государственного университета

Авторы представляют статьи на русском языке объемом до 1 авторского листа (40 тыс. знаков, шрифт 14, межстрочный интервал 1,5), включая иллюстрации (1 иллюстрация форматом 190×270 мм = 1/6 авторского листа, или 6,7 тыс. знаков).

Публикации, превышающие указанный объем, допускаются к рассмотрению только после индивидуального согласования с ответственным редактором.

Требования к оформлению основного текста и иллюстративных материалов

К рукописи необходимо приложить сведения об ученой степени, ученом звании, должности и месте работы, а также контактный телефон, электронный и почтовый адрес автора.

Обязательным требованием является индекс УДК (Универсальной десятичной классификации), аннотация статьи (3–4 предложения) и ключевые слова на русском языке, а также авторский перевод названия статьи, аннотации и ключевых слов на английский язык.

Порядок оформления рукописи:

УДК 159.9.01

А. В. Иванов

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

ivanov@fp.nsu.ru

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ ИСКУССТВА

Аннотация на русском языке

Ключевые слова на русском языке

Основной текст статьи

Список литературы

Материал поступил в редколлегию 01.03.2010

ФИО автора (авторов) на английском языке

Название статьи на английском языке

Почтовый адрес на английском языке

Аннотация на английском языке

Ключевые слова на английском языке

Подпись автора (авторов)

Библиографические ссылки: в тексте в квадратных скобках указывается фамилия автора, год издания работы, при необходимости номер страницы, например: [Иванов, 1999. С. 129]. В случае совпадения года издания ему присваивается буквенное обозначение, например: [Иванов, 1999а; 1999б]. В конце статьи помещается список литературы в алфавитном порядке. Библиографическое описание публикации включает: фамилии и инициалы авторов (всех, независимо от их числа), полное название работы, а также издания, в котором опубликована (для статей), город, название издательства или издающей организации, год издания, том (для многотомных изданий), номер, выпуск (для периодических изданий), объем публикации (количество страниц – для монографии, первая и последняя страницы – для статьи). Общее количество страниц для монографии является факультативным элементом и может не включаться в библиографическое описание. Авторские примечания оформляются в виде сноски (текст сноски располагается внизу страницы). Библиографические описания на разных языках группируют в два алфавитных ряда: в начале на русском языке или языках с кириллической графикой, затем на иностранных языках.

Образцы составления библиографического описания

Смит Н. В. Современные системы психологии. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.

Стиль человека: психологический анализ / Под ред. А. В. Либина. М.: Смысл, 1998. 310 с.

Ожиганова Г. В. История психологии: концептуальные подходы и методы исследования // Психологический журнал. 2004. Т. 25, № 3. С. 5–16.

Hearnshaw L. S. A short history of British psychology, 1840–1940. New York: Barnes & Noble, 1964.

Wardell D. M., Royce J. R. Toward a multi-factor theory of styles and their relationship to cognition and affect // Journal of Personality. 1978. Vol. 46 (3). P. 474–505.

Иллюстрации (рисунки, черно-белые и цветные фотографии) следует предоставлять в оригинале. Размер изображения не должен превышать 190 x 270 мм. Рекомендуемый размер черно-белых фотографий 100 x 150 мм.

При подготовке иллюстративного материала просим учесть, что к электронным версиям рисунков (только в форматах .gif, .jpg, .tif, .cdr) следует приложить их распечатки высокого качества на белой бумаге. Просим Вас **не изменять исходный электронный формат** создаваемого Вами графического объекта. Рисунки, графики и диаграммы должны быть только черно-белыми, без цветных элементов и мелких (сплошных) заливок. На обороте каждой иллюстрации необходимо написать фамилию автора, усеченное название статьи, номер иллюстрации.

Допускается создание таблиц и диаграмм в MS Word и MS Excel (обязательно приложить исходный файл в формате .xls), обязательно прилагать файлы используемых (нестандартных) шрифтов (.ttf), кегль шрифта в надписях не должен быть меньше 9. Максимальное поле изображения 190 x 270 мм.

Все вопросы, связанные с изменением и уточнением текста в ходе редакторской правки должны сниматься авторами в ходе электронной переписки в строго определенные для этого редколлегией сроки. Нарушение сроков ведет к отказу в опубликовании статьи.

Требования к содержанию публикуемых материалов

В журнале «Reflexio» публикуются материалы, соответствующие основным рубрикам журнала:

- методология, теория и история психологии;
- психологические исследования;
- психологический инструментарий;
- психология и Время;
- иностранная психология;
- психология глазами философа.

Публикуются также материалы, содержащие критический обзор ранее не известной или малоизвестной российскому читателю научной психологической литературы.

Статьи иностранных авторов, выполненные на иностранных языках, публикуются по согласованию с автором в переводе на русский язык.

Недопустимо представление в редакцию ранее опубликованных статей, а также рукописей, скомпилированных из цитат и пересказов ранее опубликованных научных работ.

Редакция оставляет за собой право редактирования, сокращения (по согласованию с автором) и адаптации публикуемых материалов к рубрикам журнала.

Все статьи проходят *обязательное рецензирование*, о результатах рецензирования авторы извещаются по указанному адресу электронной почты.

Доставка материалов

Представляемые в редакцию материалы можно передать лично (ауд. 3110, главный учебный корпус НГУ) или переслать по электронной почте или традиционной почтой.

Адрес редакционной коллегии журнала «Reflexio»: Новосибирский государственный университет, Институт медицины и психологии, ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия

Тел.: (383) 363 40 26

E-mail: olgap@yandex.ru, tumidus@yandex.ru

Журнал распространяется по подписке, подписной индекс 81563 в каталоге ОАО «Роспечать».

Сроки выхода журнала в свет с 2008 года – июнь, декабрь.