

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК:

Новые методики психодиагностики
New Methods of Psychodiagnostics

**Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. —
Факторная структура и психометрические
показатели опросника перфекционизма:
разработка трехфакторной версии**

*Garanian N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. —
Factor Structure and Psychometric Properties
of Perfectionism Inventory: Developing 3-Factor Version*

**Сирота Н.А., Московченко Д.В.,
Ялтонский В.М., Ялтонская А.В. —**

**Разработка русскоязычной версии опросника
проблемного использования социальных сетей**

*Sirota N.A., Moskovchenko D.V.,
Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V. —
Development of the Russian Version of the Questionnaire
for the Problematic Use of Social Networks*

**Климанова С.Г., Трусова А.В., Киселев А.С.,
Бернцев В.А., Громыко Д.И.,
Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. —**

**Адаптация русскоязычной версии
опросника для оценки готовности
к изменениям (SOCRATES)**

*Klimanova S.G., Trusova A.V., Kiselev A.S.,
Berntsev V.A., D.I. Gromyko, Ilyuk R.D., Krupitsky E.M. —
Psychometric Properties and Factor Structure of the
Russian Version of the Stages of Change Readiness and
Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени Л.Г. ЩУКИНОЙ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY
THE L.G. SHCHUKINA PSYCHOLOGICAL INSTITUTE

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 26. № 3 (101) 2018 июль—сентябрь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-36580

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
Н.Г. Гаранян, В.К. Зарецкий, Э. Майденберг (США),
Н.А. Польская (зам. главного редактора), Е.В. Филиппова,
А.Б. Холмогорова, П. Шайб (Германия)

Редактор
А.Ю. Разваляева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
www.cppjournal.ru

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале
«Консультативная психология и психотерапия»,
допускается только с разрешения редакции*

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2018**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 14,53. Тираж 1000 экз.

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

- 5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора

**ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ДЕЗАДАПТАЦИИ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

- 8 *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.*
Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии
- 33 *Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В.*
Разработка русскоязычной версии опросника проблемного использования социальных сетей
- 56 *Герасимова А.А., Холмогорова А.Б.*
Общая шкала проблемного использования интернета: апробация и валидизация в российской выборке третьей версии опросника

**МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ
В ЗНАЧИМЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ**

- 80 *Климанова С.Г., Трусова А.В., Киселев А.С., Бернцев В.А., Громыко Д.И., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М.*
Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES)
- 105 *Полякова Ю.М., Сорокова М.Г., Гаранян Н.Г.*
Факторная структура и надежность шкалы взаимной адаптации в паре (DAS) в российской выборке
- 127 *Александрова О.В., Дерманова И.Б.*
Семантический дифференциал жизненной ситуации
- 146 *Разваляева А.Ю.*
Апробация опросника «Тенденции в принятии решений» на русскоязычной выборке
- 164 *Петраш М.Д., Стрижицкая О.Ю., Муртазина И.Р.*
Валидизация опросника «Профиль здорового образа жизни» на российской выборке

**ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**

- 191 Психометрические тесты: новые исследования

FROM THE EDITOR

- 5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor

**DIAGNOSTICS OF PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT
IN THE MODERN SOCIETY**

- 8 *Garanian N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T. Yu.*
Factor Structure and Psychometric Properties of Perfectionism
Inventory: Developing 3-Factor Version
- 33 *Sirota N.A., Moskovchenko D.V., V.M. Yaltonsky, Yaltonskaya A.V.*
Development of the Russian Version of the Questionnaire
for the Problematic Use of Social Networks
- 56 *Gerasimova A.A., Kholmogorova A.B.*
The Generalized Problematic Internet Use Scale 3 Modified Version:
Approbation and Validation on the Russian Sample

**METHODS OF DIAGNOSING PERSONALITY DIRECTEDNESS
IN SIGNIFICANT LIFE SITUATIONS**

- 80 *Klimanova S.G., Trusova A.V., Kiselev A.S., Berntsev V.A.,
Gromyko D.I., Ilyuk R.D., Krupitsky E.M.*
Psychometric Properties and Factor Structure of the Russian Version
of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale
(SOCRATES)
- 105 *Poliakova J.M., Sorokova M.G., Garanian N.G.*
Factor Structure and Reliability of Dyadic Adjustment Scale (DAS)
in Russian Population
- 127 *Alexandrova O.V., Dermanova I.B.*
Semantic Differential of a Life Situation
- 146 *Razvaliaeva A.Ju.*
Approbation of the Decision Making Tendency Inventory
in the Russian Sample
- 164 *Petrash M.D., Strizhitskaya O. Yu., Murtazina I.R.*
Validation of the Questionnaire «Health-Promoting Lifestyle Profile»
in the Russian Sample

**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY**

- 191 Psychometric Testing: New Studies

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА FROM THE EDITOR

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

В третий в 2018 году номер нашего журнала мы отобрали статьи, посвященные разработке, апробации и валидации психодиагностических методик на основе современных принципов проведения этих процедур. Несмотря на то, что количество различных методик стремительно растет, а технологии их валидации непрерывно совершенствуются, отечественные специалисты по-прежнему испытывают нехватку надежных инструментов в ряде важных направлений психодиагностики. Редакция надеется, что данный спецвыпуск внесет некоторый вклад в ликвидацию этого дефицита.

Номер открывается тремя статьями, в которых читателям предлагаются методики, направленные на диагностику самых острых и актуальных факторов психологической дезадаптации человека в современном обществе. Следует отметить, что авторы не только подробно излагают все процедуры, направленные на валидизацию методик, но и дают целостный обзор состояния диагностического инструментария в двух весьма дискуссионных и бурно развивающихся областях психологической науки, связанных с исследованиями перфекционизма и проблемным использованием Интернетом. Перфекционизм как сложный личностный конструкт и один из важнейших факторов депрессии и суицидов в современном обществе, а также разные его модели и соответствующие им методики диагностики рассматриваются в статье Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой и Т.Ю. Юдеевой. Тот же коллектив авторов в нашем же журнале в 2001 г. опубликовал статью, в которой был предложен первый отечественный опросник перфекционизма, апробированный на клинической и популяционной выборках. В дан-

Для цитаты:

Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 5—7. doi: 10.17759/cpp.2018260301

ной статье авторы провели работу, направленную на усовершенствование первой версии опросника и предлагают его краткую, компактную трехфакторную версию, которая, как мы надеемся, будет востребована исследователями и практиками.

Две другие статьи направлены на разработку русскоязычной версии общей шкалы проблемного использования Интернета, предложенной Скоттом Капланом в 2002 г. и затем усовершенствованной им же в 2010 г. Эта вторая, краткая версия опросника пользуется большой популярностью: она была переведена на многие языки и модифицировалась в ряде стран разными специалистами. В данном спецвыпуске мы представляем две русскоязычные версии этой шкалы, которые смогут взять на вооружение наши читатели. Авторы первой русскоязычной версии Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, В.М. Ялтонский и А.В. Ялтонская оттолкнулись от модификации шкалы Каплана для исследования проблемного использования социальной сети Фейсбук, расширив возможности ее применения до исследования стиля пользования любыми социальными сетями. Авторы второй русскоязычной версии — А.А. Герасимова и А.Б. Холмогорова — предлагают версию, направленную на изучение проблемного стиля использования любых ресурсов Интернета, а не только социальных сетей, сосредоточив свое исследование на подростковой и молодежной выборках как наиболее уязвимых целевых группах в контексте изучаемой проблемы.

Второй блок представляемых в спецвыпуске методик можно в целом обозначить как методики диагностики направленности личности в значимых жизненных ситуациях. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям предложена группой авторов из Санкт-Петербурга — С.Г. Климановой, А.В. Трусовой, А.С. Киселевым, В.А. Бернцевым, Д.И. Громько, Р.Д. Илюком, Е.М. Крупицким. Опросник представляет собой важный инструмент для прогноза успеха лечения разных видов зависимости; как указывается в обзоре, одна лишь мотивация к лечению без готовности к изменениям не ведет к успеху в реабилитации этого контингента больных. Учитывая эпидемиологическую ситуацию в России в области наркологии, этот опросник наверняка будет широко востребован профессиональным сообществом.

Опросник взаимной адаптации в паре, валидизация которого в русскоязычной выборке представлена в статье Ю.М. Поляковой, Н.Г. Гаранян, М.Г. Сороковой, несомненно обогатит арсенал средств отечественных специалистов, работающих с семьями и супружескими парами. Результаты разработки оригинальной авторской методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» представлены в статье О.В. Александровой и И.Б. Дермановой. Жизненная ситуация и ее восприятие человеком являются важной единицей анализа в психотерапевтическом процессе.

Предложенная методика позволяет оценить уровень как объективной, так и субъективной трудности актуальной жизненной ситуации клиента, что может существенно помочь в формировании целей и определении мишеней психотерапевтической работы.

В статье А.Ю. Развальяевой представлены результаты апробации опросника «Тенденции в принятии решений» на русскоязычной выборке. Проблема принятия решений представляет собой узел, в котором переплетаются разные психологические феномены и механизмы, включая затронутые в других статьях данного спецвыпуска (например, перфекционизм, успешность и удовлетворенность в разных ситуациях и видах деятельности). Автор обсуждает теоретические аспекты проблемы принятия решений и убедительно показывает, что факторная структура предлагаемого опросника отражает наиболее обоснованные современные теоретические модели.

Еще одна высоко актуальная область исследований, как в медицине, так и в психологии, — проблема образа жизни, направленного на сохранение и поддержание здоровья. Работа по валидации опросника «Профиль здорового образа жизни» на российской выборке представлена в статье М.Д. Петраш, О.Ю. Стрижицкой и И.Р. Муртазиной. Шкалы опросника включают важнейшие параметры современных моделей здорового образа жизни и позволяют оценить направленность личности в аспекте следования этим моделям.

Наконец, в завершение спецвыпуска читателей ждет интереснейший дайджест, посвященный современным тенденциям в психодиагностике, составленный постоянной ведущей рубрики Еленой Можяевой.

Редакция надеется, что данный спецвыпуск привлечет внимание наших читателей, а представленные в нем методики вскоре войдут в психологический инструментарий российских специалистов.

А.Б. Холмогорова

For citation:

Kholmogorova A.B. From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 5—7. doi: 10.17759/cpp.2018260301. (In Russ., abstr. in Engl.).

**ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**
**DIAGNOSTICS OF PSYCHOLOGICAL
MALADJUSTMENT IN THE MODERN SOCIETY**

**ФАКТОРНАЯ СТРУКТУРА
И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ОПРОСНИКА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА:
РАЗРАБОТКА ТРЕХФАКТОРНОЙ ВЕРСИИ**

Н.Г. ГАРАНЯН*,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
garanian@mail.ru

А.Б. ХОЛМОГорова**,
Московский научно-исследовательский институт психиатрии —
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,

Для цитаты:

Гарянян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 8—32. doi: 10.17759/cpp.2018260302

* *Гарянян Наталья Георгиевна*, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: garanian@mail.ru

** *Холмогорова Алла Борисовна*, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия; заведующая лабораторией консультативной психологии и психотерапии, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), e-mail: kholmogorova@yandex.ru

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
kholmogorova@yandex.ru

Т.Ю. ЮДЕЕВА***,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
psylab2006@yandex.ru

Представлены результаты конфирматорного факторного анализа опросника перфекционизма на выборке из 625 испытуемых (пациентов с расстройствами аффективного спектра и здоровых лиц из общей популяции). Установлена трехфакторная структура новой версии методики: 1) озабоченность оценками со стороны других людей при неблагоприятных сравнениях себя с ними; 2) высокие стандарты и требования к себе; 3) негативное селективное и фиксация на собственном несовершенстве. Установлены приемлемые показатели внутренней консистентности нового трехфакторного опросника перфекционизма. Установлены статистически значимые положительные связи 1-го и 3-го факторов опросника с показателями симптомов психических расстройств. Для 2-го фактора такие связи не зафиксированы. Показатели 1-го и 3-го факторов в группе пациентов значительно превышали аналогичные показатели здоровых лиц, для 2-го фактора такие различия не установлены. Результаты обсуждаются в контексте дискуссии об адаптивных и неадаптивных параметрах перфекционизма.

Ключевые слова: трехфакторный опросник перфекционизма, факторная структура, надежность, клиническая выборка.

В настоящее время отмечается важная тенденция в диагностике личностных расстройств: привычный для практиков типологический подход к их классификации и диагностике дополняется параметрическим (дименсиональным) — оценкой отдельных личностных черт, вносящих наиболее весомый вклад в развитие и хронификацию психических заболеваний [12]. *Перфекционизм* (чрезмерное стремление к совершенству) как дисфункциональная личностная черта активно изучается психологами и психиатрами в течение последних 30 лет. Исследования демонстрируют его тесные связи с расстройствами аффективного спектра, су-

*** Юдеева Татьяна Юрьевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия; старший научный сотрудник лаборатории консультативной психологии и психотерапии, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), e-mail: psylab2006@yandex.ru

ицидальным и парасуицидальным поведением, стойкими супружескими проблемами, выраженным стрессом на рабочем месте [21]. Лонгитюдные исследования на больших популяционных выборках позволяют отнести перфекционизм к надежным предикторам ранней смертности, действующим вне зависимости от конкретных биологических причин ее наступления [20]. Интервенционные исследования неуклонно свидетельствуют о негативном влиянии черты на лечебный процесс: начиная с раннего этапа диагностической оценки, выраженный перфекционизм пациента выступает барьером для терапии и развития прочного терапевтического альянса со специалистом [19; 27]. В то же время психотерапия, нацеленная на снижение перфекционизма, снижает выраженность сопутствующих расстройств, даже если они не становятся мишенями специальных вмешательств [15].

Обобщением этих многолетних исследований становится вывод о важной роли перфекционизма в течении эпидемиологически значимых психических расстройств и психологических проблем, что делает *задачу по своевременной и точной диагностике этой черты в клинической практике высоко актуальной*. Цитированные результаты послужили стимулом к включению так называемого «ригидного перфекционизма» в инновационный раздел DSM-5, описывающий многомерную модель личностного функционирования и личностных черт (*DSM-5, Section III, Multidimensional Functioning and Trait Model*) в качестве основы для диагностических суждений психиатров о личностной патологии [12, с. 780]. Недавние наблюдения лиц с заостренно выраженным перфекционизмом, совершивших антисоциальные поступки и убийства, а также эмпирические данные о связи этой черты с наиболее деструктивными личностными проявлениями — макиавелизмом, злокачественным нарциссизмом и садизмом — делают этот конструкт важной мишенью судебно-психологической диагностики [18].

Разработка отечественной методики для диагностики перфекционизма началась группой исследователей из лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии в начале 90-х гг. [9; 10]. Следует подчеркнуть, что данная область исследований в мире находилась тогда в состоянии, которое с нынешних позиций можно назвать зачаточным; сложность российской ситуации усугублялась отсутствием систематического доступа к сети Интернет и плохим обеспечением научных библиотек, характерным для тех лет. Исходя из психотерапевтических наблюдений за пациентами, движимые скорее интуитивным пониманием и творческим импульсом, чем опытом создания психометрических шкал, мы приступили к созданию оригинального опросника на основе ряда теоретических допущений.

1. *Личностный конструкт «перфекционизм» имеет сложную психологическую структуру, не сводимую к изнурительно высоким стандартам*

деятельности и притязаниям. Основанием для предположения о многомерности перфекционизма служила теория черт, согласно которой высокоуровневая черта личности (*domain*) включает множество отдельных компонентов (*facets*) [1]. Позднее мы обнаружили, что авторитетные зарубежные эксперты в данной области также отошли от классических представлений об одномерности перфекционизма и последовательно отстаивают идею его многомерности, что окончательно укрепило нас в допустимости гипотезы [21; 22]. В настоящее время разработано не менее 10 многомерных моделей перфекционизма, на основе каждой создано несколько методик, диагностирующих различные параметры и формы перфекционизма [16]. Однако необходимо отметить появление современных одномерных моделей, примером которых служит теория клинического перфекционизма оксфордских ученых Роз Шафран, Зафры Купер и Кристофера Файрберна [25]. Таким образом, дискуссия о феноменологических критериях и структуре перфекционизма все еще актуальна. Тем не менее, чаще других в зарубежных научных проектах по-прежнему используются две методики, созданные одновременно в начале 90-х гг. — многомерная шкала перфекционизма Фроста (*Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS*) [26] и многомерная шкала перфекционизма Хьюитта-Флитта (*Hewitt-Flett Multidimensional perfectionism Scale, HFMPs*) [22], каждая из которых существует в основной и укороченной версиях. Первая тестирует такие параметры перфекционизма, как озабоченность ошибками, личные стандарты, сомнения в действиях, организация, родительские ожидания, родительская критика; вторая — Я-адресованный, социально-предписываемый и адресованный другим аспекты перфекционизма.

2. Наряду с завышенными по сравнению с индивидуальными возможностями стандартами деятельности и притязаниями, перфекционизм включает когнитивные параметры — дихотомическую оценку результата деятельности и ее планирование по принципу «все или ничего», селективное игнорирование информации о собственных неудачах и ошибках при игнорировании реальных удач и достижений. Теории когнитивных стилей позволяли с полным правом отнести стойко активированные когнитивные характеристики перфекционистов к стабильным личностным чертам [11]. Важность когнитивного аспекта перфекционизма акцентировалась уже на ранних этапах учения: «Понимание перфекционизма не только как нереалистичных стандартов, но и как ригидных и абсолютистских паттернов мышления будет содействовать прогрессу в изучении различных расстройств» [13]. В настоящее время эта идея трансформировалась в самостоятельную концепцию «перфекционистского когнитивного стиля», развиваемую в контексте учения о персеверативных мыслительных процессах — беспокойстве и руминациях [17].

3. *Перфекционизм также содержит интерперсональные параметры — постоянное сравнение себя с окружающими при ориентации на самых успешных индивидов, восприятие других людей как делегирующих чрезмерно высокие ожидания, чрезмерные требования к другим.* В настоящее время многие эксперты сходятся в мысли о том, что перфекционизм включает интерперсональные аспекты; основные психодиагностические методики содержат соответствующие субшкалы. В публикациях последних трех лет Пол Хьюитт и Гордон Флитт последовательно развивают концепцию интерперсонального перфекционизма, характеризуя его как «глубоко укорененную в психике перфекциониста и наиболее дисфункциональную в силу ее связи с элементами “темной” триады черту» [18].

4. *Перфекционизм является дисфункциональной личностной чертой, связанной с широким спектром неблагоприятных последствий — аффективных (прежде всего, симптомами депрессивных и тревожных расстройств) и поведенческих (прокрастинацией, неадаптивными копинг-стратегиями).* Основанием для этого предположения стали многочисленные наблюдения, систематизированные в различных клинических и психологических концепциях. Пилотажные исследования в рамках первых многомерных моделей подтверждали эту гипотезу, укрепляя взгляд на перфекционизм как на психопатологическое явление [3].

Однако с накоплением данных открылась более сложная и неоднозначная картина. Процедуры факторного анализа определили в большом массиве данных, полученных в рамках одномерных и многомерных моделей, два ортогональных фактора, получивших название перфекционистских стандартов или устремлений (*perfectionistic standarts or strivings*) и перфекционистской озабоченности оцениванием (*perfectionistic evaluative concerns*). К первому фактору относились параметры: Я-адресованный перфекционизм, личные стандарты, адресованный другим перфекционизм; были установлены его связи с адаптивными качествами — конструктивным стремлением к достижениям, позитивным аффектом, позитивной самооценкой, само-эффективностью, само-актуализацией, эффективными стратегиями обучения, хорошей академической успеваемостью, положительными интерперсональными качествами, уверенностью в себе, альтруистическими социальными установками, адаптивными копинг-стратегиями. По второму фактору большие нагрузки имели следующие параметры: социально предписываемый перфекционизм, озабоченность ошибками, родительская критика, родительские ожидания и сомнения в действиях. Этот фактор был связан с целым рядом дезадаптивных характеристик: склонностью к самокритике и самообвинению, прокрастинацией, низкой эффективностью в профессиональной карьере, низкой учебной мотивацией, сниженной способностью к поиску помощи, на-

личием интерперсональных проблем, эмоциональной дезадаптацией (включая симптомы депрессии и тревоги, суицидальное поведение, экзаменационную тревожность, обсессивно-компульсивные характеристики, поведение типа А, соматизацию), неадаптивными копинг-стратегиями. Эти результаты изменили начальные клинические представления и позволили выдвинуть тезис о существовании двух типов перфекционизма — адаптивного и неадаптивного [4; 6; 23; 24].

Существование здоровых форм перфекционизма остается предметом наиболее ожесточенной дискуссии в данной области научного знания. Оппоненты этих идей отрицают какую-либо адаптивность перфекционизма и приводят результаты исследований с безупречным дизайном, свидетельствующие о связи Я-адресованного перфекционизма с таким грозным явлением, как суицидальность [21].

Тогда, в середине 90-х гг., для проверки гипотезы о психологической структуре перфекционизма мы использовали статистический подход, который предполагает создание измеряющего инструмента и изучение его психометрических свойств. Наиболее информативными в свете поставленной задачи становятся результаты факторного анализа и корреляционного анализа шкал и пунктов инструмента [2]. Апробация в группе из 462 больных и здоровых испытуемых с процедурой эксплораторного факторного анализа показала, что опросник имеет шестифакторную структуру: 1-й фактор — восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); 2-й — завышенные притязания и требования к себе; 3-й — высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; 4-й — селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; 5-й — поляризованное мышление — «все или ничего»; 6-й — контроль над чувствами. Некоторые из полученных результатов не соответствовали гипотезам: 1) вопреки предсказаниям, анализ выделил фактор «Контроль над чувствами», тестирующий потребность в безупречном владении собой; 2) фактор «Чрезмерные требования к другим людям» не выделился в качестве самостоятельного; 3) гипотетически выделенные параметры «Постоянное сравнение себя с окружающими при ориентации на самых успешных индивидов» и «Восприятие других людей как делегирующих чрезмерно высокие ожидания» объединились в общий фактор.

В ходе последующего анализа шкала «Контроль над чувствами» не была выделена в качестве самостоятельной шкалы опросника по следующим причинам: она обладала низкой внутренней консистентностью (коэффициент α -Кронбаха 0,375) и содержала всего два пункта. Эта шкала тестировала частную форму перфекционизма в сфере «владения чувствами», в то время как мы исследовали перфекционизм в качестве генерализованной личностной установки. Вопросы этого фактора (№ 14

и № 18) имели значительные факторные нагрузки, поэтому были оставлены и учитывались при подсчете общего показателя перфекционизма.

Вопреки нашим ожиданиям, интерперсональный параметр перфекционизма «Чрезмерные требования к другим людям» не выделился в отдельный фактор, а вошел в фактор «Поляризованное мышление». Представлялись вероятными два объяснения этого результата. Во-первых, изначально текст опросника содержал очень мало вопросов для измерения этого гипотетически выделяемого параметра. Второе объяснение предполагало, что чрезмерные требования к окружающим не являются самостоятельным аспектом перфекционизма, а лишь отражают дихотомическое мышление в области межличностных отношений.

Объединение двух параметров («Постоянное сравнение себя с окружающими при ориентации на самых успешных индивидов» и «Восприятие других людей как делегирующих чрезмерно высокие ожидания») представлялось логичным факторным решением. И те и другие вопросы тестировали так называемые социальные когниции — представления индивида о качествах или ожиданиях окружающих. На основе этого решения можно было реконструировать картину воспринимаемого перфекционистом межличностного окружения: оно представлено преуспевающими людьми, которые выступают как мишень для сравнений. Одновременно перфекционист ощущает необходимость соответствовать высоким ожиданиям этих людей и выглядеть в их глазах безупречно. Таким образом, данный фактор отражал социокогнитивный аспект перфекционизма.

Была установлена высокая внутренняя консистентность опросника: его отдельные субшкалы и пункты на уровне статистической значимости коррелировали между собой и общим показателем инструмента, что служило свидетельством приемлемой надежности. При этом показатели внутренней консистентности его субшкал (значения коэффициента α -Кронбаха) превышали значения коэффициента Спирмена, фиксирующего связи между этими субшкалами. Это означало, что каждая шкала тестировала отдельный параметр перфекционизма; при этом все параметры были связаны друг с другом. Полученный результат подтверждал многомерность и целостность конструкта «перфекционизм», описанно-го оригинальной моделью.

Пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами в сравнении с испытуемыми контрольной группы характеризовались достоверно более высокими показателями всех параметров перфекционизма; при этом между параметрами перфекционизма, его общим показателем и показателями депрессии/тревоги, измеряемыми шкалами самоотчета, фиксировались значимые положительные корреляционные связи [5].

В таком виде опросник использовался в течении ряда лет. В ходе продолжающегося сбора данных число испытуемых к 2017 г. увеличилось до

625, что открыло возможности для более тщательной валидации методики с помощью конфирматорного факторного анализа.

Цель настоящей публикации состоит в представлении результатов оценки перфекционизма в группах пациентов с расстройствами аффективного спектра и здоровых испытуемых с помощью новой версии опросника.

Метод

Выборка. В исследовании участвовали 2 группы: 201 пациент с депрессивными расстройствами, 194 пациента с тревожными расстройствами, 230 здоровых испытуемых, чьи показатели симптоматических шкал находились в диапазоне нормативных значений. Клиническая оценка проводилась врачами-психиатрами — доктором медицинских наук Т.В. Довженко и кандидатом медицинских наук Д.М. Царенко в соответствии с критериями МКБ-10.

В группе пациентов с депрессивными расстройствами на первом месте по численности (86 пациентов — 42,8%) находились пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством (F33). У трети пациентов (74 человека — 36,8%) был диагностирован депрессивный эпизод различной степени тяжести (F32); дистимия была диагностирована у 33 пациентов (16,4%); циклотимия — у 8 человек (4% случаев). Средняя продолжительность болезни в этой группе — 4 года ($SD=4,3$). Расстройства зрелой личности диагностировались у 19 пациентов этой группы (9,5%).

В группе пациентов с тревожными расстройствами большую часть составили больные паническим расстройством (28,6% — 55 человек; F41.0) и агорафобией с паническим расстройством (15,9% — 31 человек; F40.01). Социальная фобия была диагностирована у 20 человек (10,2%; F40.1). Генерализованное тревожное расстройство — у 33 человек (16,9%; F41.1), обсессивно-компульсивное — у 24 человек (12,5%; F42). 31 пациент (15,9%) был объединен в диагностическую категорию F41.2 (смешанное тревожное и депрессивное расстройство). 35 пациентов этой группы (17,9%) имели коморбидное аффективное расстройство, вторичное по отношению к тревожному; 20 пациентов (10,3%) — расстройства зрелой личности. Средняя продолжительность болезни составила 4,6 года ($SD=4,8$).

Большую часть обследованных составили женщины (72%), в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст больных депрессивными расстройствами — 30 лет ($SD=8,5$), больных тревожными расстройствами — 30 лет ($SD=8,7$), здоровых — 32 года ($SD=6,8$), с высшим образованием (более 50%).

Методики. Для оценки симптомов психических расстройств и эмоционального состояния испытуемых использовались следующие методики.

Клиническая шкала самоотчета SCL—90—R (L. Derogatis, 1977), русскоязычная версия стандартизирована в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии РАН. Шкала включает 90 пунктов, образующих 9 подшкал: соматизация (*SOM*), обсессивно-компульсивные нарушения (*OC*), интерперсональная (межличностная) чувствительность (*INT*), депрессия (*DEP*), тревога (*ANX*), враждебность/агрессивность (*HOS*), фобическая тревога (*PHOB*), параноидное мышление (*PAR*), психотизм (*PSY*). Также подсчитывается показатель по дополнительной шкале неблагополучия (*ADD*) и общий индекс тяжести состояния (*GSI*). Процедура ее адаптации и психометрические показатели представлены в известных публикациях [8].

Личностная шкала проявления тревоги Тейлор (J. Taylor, 1953) в адаптации Т.А. Немчина, предназначена для измерения уровня тревожности и состоит из 50 утверждений, каждое из которых предполагает утвердительный или отрицательный ответ. Использовался вариант шкалы, приведенный в сборнике «Лучшие психологические тесты» [7].

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге (W. Zunge, 1965), адаптирована Т.И. Балашовой в НИИ психоневрологии имени В.М. Бехтерева. Включает 20 утверждений, предназначенных для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии. Использовался вариант шкалы, приведенный в сборнике «Лучшие психологические тесты» [7].

Результаты

Факторная структура

Факторная структура опросника, включающего изначально 29 пунктов, проверялась с помощью конфирматорного факторного анализа в программе EQS 6.2 для Windows с использованием устойчивых статистик (в частности, χ^2 Саторры—Бентлера). Дисперсия латентных переменных фиксировалась к 1, что позволяло свободно вычислять все факторные нагрузки. Пункты опросника указывались как категориальные переменные, что, согласно рекомендациям Барбары Бирн, допустимо для порядковых шкал с менее чем пятью категориями ответов. Модели, построенные по оригинальному ключу (с включением шестого фактора — «Контроль чувств», который не учитывается в методике, и без него), показали недостаточно высокие показатели соответствия данным. Ряд пунктов опросника имел низкие факторные нагрузки. Также было обна-

ружено, что корреляция между факторами, выделенными в двух первых версиях опросника — «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных» и «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках», превышает 1. Шкала «Поляризованное мышление» имела пункты с низкими факторными нагрузками и была исключена из модели. Также были исключены пункты 25 и 27. Пункт 26, имевший низкую факторную нагрузку на латентную переменную «Высокие стандарты деятельности», перенесен в шкалу «Завышенные притязания и требования к себе». Критерием для исключения пунктов была нагрузка $<0,32$.

Результаты проверки модели на нормативной выборке представлены в табл. 1.

Таблица 1
Показатели пригодности моделей на нормативной выборке

Модель	$SB\chi^2$	df	p	CFI	RMSEA (90% доверительный интервал)
Изначальная шестифакторная модель	843,25	362	$<0,001$	0,863	0,075 (0,068—0,081)
Пятифакторная модель по старому ключу (исключен фактор «Контроль чувств»)	636,50	242	$<0,001$	0,855	0,083 (0,075—0,090)
Четырехфакторная модель (после слияния факторов «Высокие стандарты деятельности» и «Селектирование информации»)	446,08	203	$<0,001$	0,893	0,071 (0,062—0,080)
Конечная трехфакторная модель	204,69	129	$<0,001$	0,963	0,050 (0,036—0,062)

В конечной модели, показавшей наилучший результат, были введены корреляции между остаточными членами пунктов 1 и 3, 10 и 20, 19 и 20. Эта модель была протестирована на клинической выборке и показала хорошие результаты, представленные в табл. 2. Для их улучшения были введены корреляции между остаточными членами пунктов 1 и 2, 2 и 3, 5 и 6. Данные корреляции могут свидетельствовать о близких по смыслу формулировках пунктов опросника.

Таким образом, эмпирически подтверждаются две шкалы опросника — «Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания» и «Завышенные притязания и требования к себе».

С целью более точной передачи смысла шкал, их названия были несколько скорректированы: «Озабоченность оценками со стороны других

Т а б л и ц а 2

Показатели пригодности моделей на клинической выборке

Модель	SB χ^2	df	p	CFI	RMSEA (90% доверительный интервал)
Трехфакторная модель	389,71	132	<0,001	0,932	0,071 (0,063—0,079)
Трехфакторная модель с корреляциями между остаточными членами	298,68	129	<0,001	0,955	0,059 (0,050—0,067)

при неблагоприятных сравнениях с ними» и «Высокие стандарты и требования к себе». Шкала оригинального опросника «Высокие стандарты деятельности» была значительно переработана, вобрала в себя шкалу «Селектирование информации» и получила название «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве».

Инвариантность модели на нормативной и клинической выборках

Проверка инвариантности модели проводилась согласно рекомендациям Барбары Бирн. Тестирование конфигурационной инвариантности дало удовлетворительный результат: $S-B\chi^2/df < 2$; $p < 0,001$; $CFI = 0,958$; $RMSEA=0,055$.

При уравнивании факторных нагрузок было обнаружено, что пункты 2, 16 и 19 различались в нормативной и клинической выборках, поэтому в конечной модели, тестирующей измерительную инвариантность, они определялись свободно. Также были уравнены корреляции между латентными переменными. Конечная модель, тестирующая измерительную инвариантность, и модель конфигурационной инвариантности не имеют значимых различий — показатель $\Delta CFI=0,001$ имеет низкое значение, $\Delta S-B\chi^2$ не значим (табл. 3). Графическое представление трехфакторного решения приведено на рис. 1.

Это позволяет подтвердить инвариантность модели на нормативной и клинической выборках с учетом различий по трем факторным нагрузкам и по корреляциям между остаточными членами.

В табл. 4 представлена факторная структура новой версии опросника перфекционизма с составом пунктов, входящих в каждый фактор, и весовыми нагрузками.

Таким образом, при повторной валидации опросника методом конфирматорного анализа пришлось исключить 11 вопросов — 7, 14, 15, 18, 24 (не вошедшие ни в один из факторов оригинальной версии, но учитывавшиеся при подсчете общего показателя), 12, 21, 28, 29 (из шкалы «Поляризованное мышление»), а также 25 и 27 — у них были слишком низкие нагрузки (<0,32).

Таблица 3

Сравнение конечной модели на нормативной и клинической выборках

Модель	ML χ^2	S-В χ^2	Df	CFI	RMSEA 90% доверительный интервал	ΔS -В χ^2	Δdf	p
Конфигурационная инвариантность	896,96	503,09	258	0,958	0,055 (0,048—0,062)	—	—	—
Инвариантность измерительной модели: изначальная модель (все факторные нагрузки уравнены)	975,93	546,72	276	0,954	0,056 (0,049—0,063)	43,48	18	<0,001
Инвариантность измерительной модели: конечная модель	942,02	524,34	276	0,957	0,054 (0,047—0,061)	22,61	18	0,205

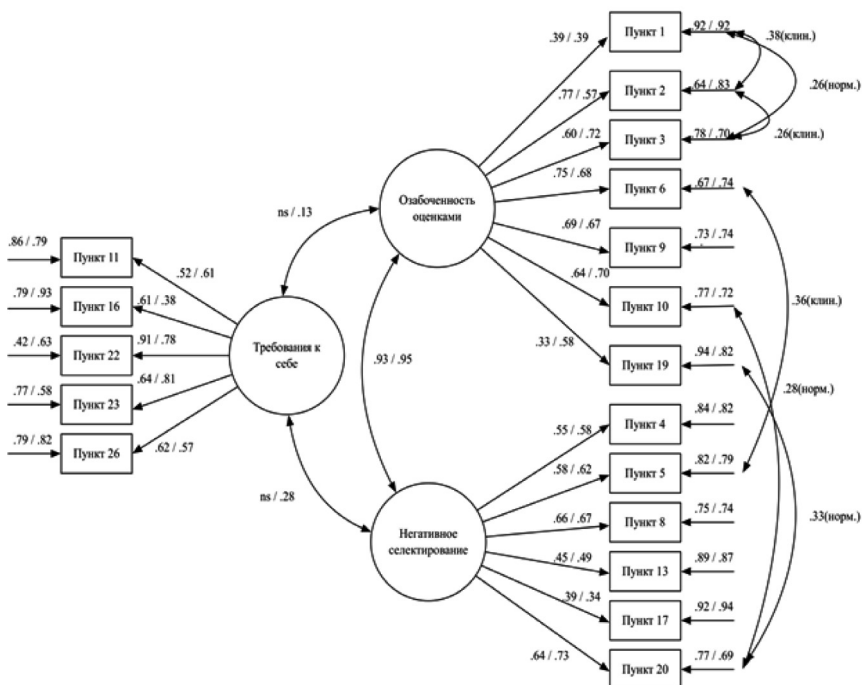


Рис. 1. Трехфакторная модель на нормативной и клинической выборках: после дробки — нагрузки в клинической выборке, кроме корреляций остатков

Таблица 4

Новая факторная структура опросника перфекционизма

№	Содержание	Нагрузка	
		Нормативная выборка	Клиническая выборка
1	2	3	4
Шкала «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними»			
1	Когда меня хвалят, мне кажется, что я произвожу лучшее впечатление, чем я есть на самом деле	0,386	0,392
2	Когда люди хвалят меня за что-либо выполненное мною, я боюсь, что не смогу в будущем оправдывать их ожидания	0,767	0,565
3	Я опасаясь, что важные для меня люди могут обнаружить, что я менее способный, чем они думали обо мне	0,601	0,716
6	Мне часто кажется, что многие люди справляются с работой лучше, чем я	0,746	0,677
9	Когда я добиваюсь хорошего результата в чем-либо, у меня возникают сомнения, смогу ли я повторить его	0,685	0,668
10	Я часто сравниваю не в свою пользу мои способности со способностями окружающих и думаю, что они умнее и удачливей меня	0,643	0,698
19	Творения других людей (книги, фильмы, какие-то другие полученные ими результаты) часто служат мне напоминанием о том, как я мало достиг	0,329	0,576
Шкала «Высокие стандарты и требования к себе»			
11	Я недоволен собой, если я не достиг максимально хорошего результата, возможного в данном виде деятельности	0,518	0,609
16	Я никогда не останавливаюсь на достигнутом, добившись чего-то, сразу ставлю себе новую цель	0,610	0,376
22	В своей работе я ориентируюсь на самые высокие стандарты	0,908	0,778
23	За какое бы дело я ни брался, меня не устраивает средний результат	0,640	0,814
26	В своих жизненных целях и задачах я ориентируюсь на людей, способных и многого достигших	0,615	0,574
Шкала «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве»			
4	Я чаще вспоминаю случаи, в которых я проявил себя не лучшим образом, чем эпизоды, в которых я был на высоте	0,550	0,580

5	Я редко выполняю разные виды деятельности настолько хорошо, насколько мне хотелось бы	0,575	0,617
8	Когда я задумываюсь о своей жизни, мне кажется, что я достиг очень немногого	0,661	0,674
13	После какого-либо не слишком удачного контакта я страшно расстраиваюсь и потом неделями все перебираю, что я сказал или сделал не так	0,450	0,491
17	Если приложенные мною в какой-либо области усилия не приводят к осязаемому в реальной жизни результату, то я считаю, что это время потрачено зря, даже если получал в то время удовольствие	0,386	0,337
20	Я часто терзаюсь мыслями о собственном несовершенстве	0,637	0,728

Полученная модель имеет хорошие показатели и подтверждается на клинической выборке. Шкалы опросника продемонстрировали довольно высокие показатели внутренней надежности (α -Кронбаха): шкала «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними» — 0,78; «Высокие стандарты и требования к себе» — 0,71; «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве» — 0,7; общий балл — 0,8.

В клинической выборке установлена высокая интеркорреляционная валидность (табл. 5). При этом два параметра перфекционизма «Озабоченность оценками со стороны других...» и «Негативное селектирование...», а также общий балл опросника на высоком уровне значимости коррелируют практически со всеми субшкалами психопатологической симптоматики SCL-90-R, включая субшкалы депрессии и тревоги. Установлены значимые положительные связи этих параметров с показателями шкалы тревоги Тейлор и методикой для оценки депрессивности Зунге.

Однако шкала «Высокие стандарты деятельности и требования к себе» не дала практически ни одной такой корреляции (за исключением очень слабой, но статистически значимой связи с показателем тревоги шкалы Тэйлор), что говорит о ее особом статусе и подтверждает данные последних лет о неоднородной структуре перфекционизма и наличии как деструктивных, так и конструктивных его форм.

Различия между клинической и нормативной группами проверялись с помощью непараметрического критерия Манна—Уитни (в силу того, что распределение отличалось от нормального, согласно результатам теста Шапиро-Уилка) (табл. 6). Значимые различия были получены для шкал «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними», «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве» и общего балла: во всех трех случаях средний ранг был выше в клинической выборке. Шкала «Высокие стандарты

Таблица 5

Корреляции шкал опросника перфекционизма и симптоматических шкал — SCL-90-R, шкалы Тэйлор, шкалы Зунге (коэффициент Спирмена) на клинической выборке (N = 230)

Шкалы	Озабоченность оценками со стороны других	Высокие стандарты и требования к себе	Негативное селектирование	Общий балл
SOM	0,240**	0,074	0,208**	0,249**
OC	0,559**	0,056	0,469**	0,515**
INT	0,418**	0,063	0,430**	0,426**
DEP	0,414**	0,025	0,418**	0,412**
ANX	0,315**	0,084	0,312**	0,328**
HOS	0,356**	0,108	0,302**	0,352**
PHOB	0,356**	0,065	0,313**	0,345**
PAR	0,338**	0,079	0,292**	0,327**
PSY	0,431**	0,075	0,355**	0,400**
GSI	0,486**	0,100	0,420**	0,476**
Шкала Тэйлор	0,560**	0,174*	0,628**	0,623**
Шкала Зунге	0,532**	0,094	0,619**	0,563**

Примечание: «**» — $p < 0,01$.

и требования к себе» не показала значимых различий, что требует специального комментария.

Таблица 6

Различия между клинической и нормативной группами (критерий Манна—Уитни)

Шкалы опросника	Средний ранг		U Манна—Уитни	p
	Нормативная группа	Клиническая группа		
Восприятие других как делегирующих высокие ожидания	254,56	348,47	32160,50	0,00
Высокие стандарты и требования к себе	319,97	307,86	44221,00	0,41
Негативное селектирование	245,19	354,28	29921,50	0,00
Общий балл	250,71	350,86	31239,00	0,00

Об особом статусе фактора «Высокие стандарты и требования к себе» свидетельствует и подсчет корреляций между всеми тремя выделенными шкалами (табл. 7).

Таблица 7

**Корреляции между шкалами опросника перфекционизма
в нормативной и клинической группах (коэффициент Спирмена)**

Шкалы опросника	Озабоченность оценками со стороны других	Высокие стандарты	Негативное селектирование	Общий балл
Озабоченность оценками со стороны других	-	0,010	0,687**	0,815**
Высокие стандарты и требования к себе	0,060	-	0,165*	0,435**
Негативное селектирование	0,667**	0,107	-	0,831**
Общий балл	0,853**	0,436**	0,860**	-

Примечание: «**» — $p < 0,01$; «*» — $< 0,05$.

Все три выделенные шкалы дали значимые корреляции с общим баллом опросника: очень высокие корреляции продемонстрировали тесно связанные между собой шкалы «Озабоченность оценками со стороны других» и «Негативное селектирование»; умеренную по силе связь с общим баллом опросника продемонстрировала шкала «Высокие стандарты и требования к себе», что свидетельствует о включенности в структуру перфекционизма при одновременном наличии у нее особых свойств, которые активно обсуждаются и требуют дальнейшего изучения.

Обсуждение

На выборке из 395 пациентов с расстройствами аффективного спектра и 230 здоровых лиц оценивалась факторная структура отечественного опросника перфекционизма (29 вопросов). В соответствии с исходными теоретическими допущениями, процедура конфирматорного факторного анализа (КФА) установила три фактора с приемлемыми показателями внутренней констистентности: 1) озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними; 2) высокие стандарты и требования к себе; 3) негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве. Данное факторное решение представляется логичным и соответствует принятым в современной науке представлениям о психологической структуре этого личностного конструкта. Так, первый фактор содержательно близок к так называемому социально предписываемому перфекционизму, выделяемому канадской моделью

[21], второй соответствует Я-адресованному перфекционизму в канадской модели и «Личностным стандартам» в модели Р. Фроста, третий отражает характеристики перфекционистского когнитивного стиля [17].

Вместе с тем, специального комментария требует выпадение одного из факторов, предсказанного нашей теоретической моделью и выделенного на предыдущем этапе разработки инструмента — «Поляризованное мышление». В ходе КФА этот фактор не был выделен в качестве самостоятельного, а вопросы, входящие в его состав, имели малые нагрузки. Наиболее вероятной причиной этой неудачи стала неоднородность составляющих его вопросов. Так, наряду с вопросами, тестирующими ощущения в обобщенных ситуациях — «Мне кажется, лучше не браться за дело вовсе, чем сделать его не очень хорошо» (п. 21), в нем присутствовали вопросы относительно вполне конкретных жизненных ситуаций — «Я часто отказываюсь от идеи написать письмо знакомым или друзьям, так как кажется невозможным описать в письме все, что произошло за последние годы» (п. 12). Вопросы, тестирующие установки в деятельности, соседствовали в нем с вопросами межличностного характера — «Я уверен, что настоящая дружба предполагает полное взаимопонимание во всем» (п. 29). Такая разнонаправленность вопросов, безусловно, могла снизить общую надежность этой шкалы опросника; этот эффект необходимо корректировать при диагностике когнитивного перфекционистского стиля.

Полученные корреляции со шкалой психопатологической симптоматики SCL-90-R, шкалами Тэйлор и Зунге, а также сравнение средних показателей клинической и популяционной групп свидетельствуют в пользу деструктивности двух аспектов перфекционизма — социально-предписываемого (Шкала «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними») и перфекционистского когнитивного стиля (Шкала «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве»).

Напротив, шкала «Высокие стандарты и требования к себе» не продемонстрировала связей с психическим неблагополучием. Различия между клинической и популяционной выборками по этому параметру также не были установлены, что не совпадает с ранее полученными данными [5]. Однако и в раннем цикле исследований его связи с симптомами психических расстройств были самыми слабыми, хотя и статистически значимыми. Одно из возможных объяснений заключается в небольшом изменении состава вопросов, входящих в данный фактор (в первом варианте — «Завышенные притязания и требования к себе»), что сделало его содержательно более гомогенным. Другое содержится в данных недавнего мета-анализа, свидетельствующих о росте перфекционизма в общей популяции [14]. Не исключено, что новая когорта здоровых лиц, обследованная в последние годы, имеет более высокий показатель личных стандартов и требований к себе, что нивелирует их различия с группой пациентов.

В целом, полученный результат подтверждает данные зарубежных и отечественных авторов о не деструктивном характере этого параметра перфекционизма. Однако необходимы дальнейшие исследования, проясняющие, при каких обстоятельствах и для кого перфекционистские стандарты обернутся наибольшими приобретениями или потерями. Возможно, этот параметр перфекционизма наносит наименьший урон здоровью и благополучию молодым и здоровым лицам, у которых есть ресурсы для совладания с высоким уровнем повседневного стресса. Не исключено, что он оказывается относительно благоприятным в контексте учебной или профессиональной деятельности, где перфекционизм активно подкрепляется. Однако в контексте длительной аффективной болезни, когда возможности следовать изнурительно высоким стандартам ограничены, эта черта, безусловно, станет деструктивной.

Не менее важную перспективу для исследований задает разработка типологии перфекционистов, основанной на индивидуально-специфичных сочетаниях трех параметров: «Высокие стандарты и требования», «Озабоченность оценками со стороны других» и «Негативное селектирование». В свете этой задачи становится информативной слабая, однако статистически значимая, связь показателя «Высокие стандарты и требования к себе» с когнитивным параметром «Негативное селектирование», установленная только в клинической выборке. Можно предположить, что при расстройствах аффективного спектра высокие стандарты сопряжены с деструктивным стилем когнитивной переработки неудач и признаков собственного несовершенства. В то же время показатель «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними» демонстрировал сильные связи с параметром «Негативное селектирование» в обеих группах, что указывает на высокую деструктивность социально-предписываемого перфекционизма. Перфекционистский когнитивный стиль фактически можно рассматривать как вариант депрессогенного, так как тесная связь депрессии с негативным селектированием информации доказана в многочисленных исследованиях.

Выводы

Новая версия методики Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой — *трехфакторный опросник перфекционизма* — имеет статистически проверенную факторную структуру. Все факторы-шкалы, входящие в его состав, имеют высокие показатели надежности.

Трехфакторный опросник перфекционизма можно использовать в работе с психически больными, пациентами общесоматической практики, здоровыми лицами. Опросник пригоден для выявления перфекционизма и определения его структуры; может быть использован как в практической работе, так и в научно-исследовательских целях.

Приложение

Описание нового варианта опросника перфекционизма

Респонденты самостоятельно заполняют опросник, предварительно ознакомившись с инструкцией: «Выразите согласие или несогласие с каждым из приведенных ниже утверждений, используя 4 формы ответа: “безусловно да”, “пожалуй, да”, “пожалуй, нет”, “безусловно нет”».

При заполнении опросника респонденту не рекомендуется обсуждать ответы на вопросы с окружающими (родственниками, медицинским персоналом, другими больными). Ограничения по времени на заполнение опросника отсутствуют. Новая версия опросника более компактна, обычно на ответы требуется не более 5—10 минут.

Опросник состоит из 18 утверждений, которые распределены по трем шкалам: 1) озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними; 2) высокие стандарты и требования к себе; 3) негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве. Первая шкала тестирует социально предписываемый перфекционизм, вторая — Я-адресованный перфекционизм, третья — перфекционистский когнитивный стиль.

Ответы оцениваются следующим образом: «безусловно, да» — 4 балла; «пожалуй, да» — 3 балла; «пожалуй, нет» — 1 балл; «безусловно, нет» — 0 баллов. Подсчитывается суммарный балл для всех вопросов, описывающий общую выраженность перфекционизма, а также балл по каждой шкале:

- 1) озабоченность оценками со стороны других — утверждения 1, 2, 3, 6, 8, 9, 14;
- 2) высокие стандарты — 10, 12, 16, 17, 18;
- 3) негативное селектирование — 4, 5, 7, 11, 13, 15.

В нормативной группе разброс средних значений в квартильном интервале колеблется от 29 до 43 баллов; в клинической — от 36 до 50. Максимально возможный балл — 72. Данные задают ориентир для оценки выраженности перфекционизма, но носят предварительный характер, для стандартизации опросника необходимо значительное увеличение популяционной группы.

Бланк опросника перфекционизма

Ф.И.О. _____ возраст _____ дата _____

Инструкция: выразите согласие или несогласие с каждым из нижеследующих утверждений.

№	Утверждения				
		Безусловно да	Пожалуй, да	Пожалуй, нет	Безусловно нет
1	Когда меня хвалят, мне кажется, что я произвожу лучшее впечатление, чем я есть на самом деле				

№	Утверждения	Безусловно да	Пожалуй, да	Пожалуй, нет	Безусловно нет
2	Когда люди хвалят меня за что-либо выполненное мною, я боюсь, что не смогу в будущем оправдывать их ожидания				
3	Я опасаясь, что важные для меня люди могут обнаружить, что я менее способный, чем они думали обо мне				
4	Я чаще вспоминаю случаи, в которых я проявил себя не лучшим образом, чем эпизоды, в которых я был на высоте				
5	Я редко выполняю разные виды деятельности настолько хорошо, насколько мне хотелось бы				
6	Мне часто кажется, что многие люди справляются с работой лучше, чем я				
7	Когда я задумываюсь о своей жизни, мне кажется, что я достиг очень немногого				
8	Когда я добиваюсь хорошего результата в чем-либо, у меня возникают сомнения, смогу ли я повторить его				
9	Я часто сравниваю не в свою пользу мои способности со способностями окружающих и думаю, что они умнее и удачливей меня				
10	Я недоволен собой, если я не достиг максимально хорошего результата, возможного в данном виде деятельности				
11	После какого-либо не слишком удачного контакта я страшно расстраиваюсь и потом неделями все перебираю, что я сказал или сделал не так				
12	Я никогда не останавливаюсь на достигнутом, добившись чего-то, сразу ставлю себе новую цель				
13	Если приложенные мною в какой-либо области усилия не приводят к осязаемому в реальной жизни результату, то я считаю, что это время потрачено зря, даже если получал в то время удовольствие				
14	Творения других людей (книги, фильмы, какие-то другие полученные ими результаты) часто служат мне напоминанием о том как я мало достиг				
15	Я часто терзаюсь мыслями о собственном несовершенстве				
16	В своей работе я ориентируюсь на самые высокие стандарты				
17	За какое бы дело я ни брался, меня не устраивает средний результат				
18	В своих жизненных целях и задачах я ориентируюсь на людей, способных и многого достигших				

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Г.Ю. Структура личности. М.: КСП+; СПб.: Ювента, 1999. 236 с.
2. Анастаси А. Психологическое тестирование. М.: Педагогика, 1982. С. 122—237. 316 с.
3. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 23—31.
4. Гаранян Н.Г. Типологический подход к изучению перфекционизма // Вопросы психологии. 2009. № 6. С. 52—61.
5. Гаранян Н.Г. Юдеева Т.Ю. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами // Психологический журнал. 2009. № 6. С. 93—103.
6. Лин Г., Киселева Л.Б., Наследов А.Д., Шамаев А.Н. Позитивные и негативные аспекты перфекционистских установок студентов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика. 2017. Т. 7. № 2. С. 115—127. doi:10.21638/11701/spbu16.2017.201
7. Лучшие психологические тесты. СПб.: Изд-во СПб ун-та, 1992. 311 с.
8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 268 с.
9. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интегративная психотерапия тревожно-депрессивных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3. С. 141—163.
11. Холодная М.А. Когнитивные стили (о природе индивидуального ума). М.: PerSe, 2002. 303 с.
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association, 2013. 992 p.
13. Brown G., Beck A. Dysfunctional attitudes, perfectionism, and the models of vulnerability to depression // Perfectionism: Theory, research and treatment / G. Flett, P. Hewitt (eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2002. P. 231—253.
14. Curran T., Hill A.P. Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016 // Psychological Bulletin. 2017. doi:10.1037/bul0000138
15. Egan S., Wade T., Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review // Clinical Psychology Review. 2011. Vol. 31 (2). P. 203—212.
16. Flett G., Hewitt P. Measures of Perfectionism // Measures of Personality and Social Psychological Constructs / J. Boyle, D. Sarlofske, G. Matthews (eds.). London: Academic Press, 2015. P. 595—618.
17. Flett G., Hewitt P., Nepon T., Besser A. Perfectionism Cognition Theory: The cognitive Side of Perfectionism // The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications / J. Stoeber (ed.). Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2018. P. 101—123.
18. Flett G., Hewitt P., Sherry S. Deep, dark, and dysfunctional: The destructiveness of interpersonal perfectionism // The Dark Side of Personality: Science and practice

- in social, personality, and clinical psychology / V. Zeigler-Hill, D.K. Marcus (eds.). Washington, DC: American Psychological Association. 2016. P. 211—226. doi:10.1037/14854-011
19. *Flynn C.A.* The impact of protective perfectionistic self-presentation on group psychotherapy process and outcome. Ph.D. Thesis. Vancouver, 2001. 169 p.
 20. *Fry P., Debats D.* Perfectionism and the five-factor personality traits as predictors of mortality in older adults // *Journal of Health Psychology*. 2009. Vol. 14 (4). P. 513—524.
 21. *Hewitt P., Flett G., Mikail S.F.* Perfectionism. A relational approach to conceptualization, assessment and treatment. New York: The Guilford Press, 2017. 336 p.
 22. *Hewitt P., Flett G., Turnbull-Donovan W., Mikail S.F.* The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity, and Psychometric Properties in Psychiatric Samples // *Psychological Assessment*. 1991. Vol. 3 (3). P. 464—468. doi:10.1037/1040-3590.3.3.464
 23. *Molnar D., Sirois F.* Perfectionism, Health, and Well-Being: Epilogue and Future Directions // *Perfectionism, health and well-being* / F.M. Sirois. D.S. Molnar (eds.). Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016. P. 285—302. doi:10.1007/978-3-319-18582-8_13
 24. *Rice K., Richardson C., Ray M.* Perfectionism in academic settings // *Perfectionism, health and well-being* / F.M. Sirois. D.S. Molnar (eds.). Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016. P. 245—264. doi:10.1007/978-3-319-18582-8_11
 25. *Shafran R., Cooper Z., Fairburn C.* Clinical perfectionism: a cognitive—behavioural analysis // *Behaviour Research and Therapy*. 2002. Vol. 40 (7). P. 773—791. doi:10.1016/S0005-7967(01)00059-6
 26. *Stoeber J.* Frost Multidimensional Perfectionism Scale // *Commissioned reviews of 250 psychological tests* / J. Maltby, C.A. Lewis, A. Hill (eds.). Lewiston, N.Y.; Lampeter: Edwin Mellen Press, 2000. Vol. 1. P. 310—314.
 27. *Zuroff D., Blatt S., Sotsky S., Krupnick J., Martin D., Simmens S.* Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68 (1). P. 114—124. doi:10.1037/0022-006X.68.1.114

FACTOR STRUCTURE AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF PERFECTIONISM INVENTORY: DEVELOPING 3-FACTOR VERSION

N.G. GARANIAN*

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
garanian@mail.ru

A.B. Kholmogorova**

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
kholmogorova@yandex.ru

T.YU. YUDEEVA***

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
psylab2006@yandex.ru

The paper presents the results of confirmatory factor analysis of the Perfectionism Inventory in the sample of 625 subjects (which included patients with affective spectrum disorders and healthy controls from the general population). Three factorial structure of the instrument has been identified: 1) perceived evaluations concerns along with unfavorable social comparisons; 2) high personal standards; 3) negative selectivity and imperfection concentration. The scales exhibit high internal con-

For citation:

Garanian N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Factor Structure and Psychometric Properties of Perfectionism Inventory: Developing 3-Factor Version. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 8–32. doi: 10.17759/cpp.2018260302. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Garanian Natalia Georgievna*, Doctor In Psychology, Professor, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Faculty of Counseling & Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, email: garanian@mail.ru

** *Kholmogorova Alla Borisovna*, Doctor In Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, acting dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, email: kholmogorova@yandex.ru

*** *Yudeeva Tatiana Yurievna*, PhD (Psychology), senior scientist, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, email: psylab2006@yandex.ru

sistency. The results yield significant positive correlations between factors 1 and 3 and psychopathological symptoms (SCL-90-r). The Personal Standards subscale revealed no correlations with measures of psychopathological symptoms. Patients score higher on subscales 1 and 3 than the controls, whereas subscale 2 again didn't show any differences. The results are discussed in the context of adaptive and maladaptive perfectionism dimensions.

Keywords: Three-factor Perfectionism Inventory, factorial structure, reliability, clinical sample.

REFERENCES

1. Eysenck H. *Structura lychnosty [Personality Structure]*. Moscow: KSP+; Saint Petersburg: Yuventa, 1999. 236 p. (In Russ.).
2. Anastasi A. *Psikhologicheskoe testirovanie [Psychological Testing]* Moscow: Pedagogika, 1982, pp. 122—237. (In Russ.).
3. Garanian N.G. Perfeksionizm i psikhicheskie rasstroistva (obzor zarubezhnykh empiricheskikh issledovaniy) [Perfectionism and psychopathological disorders: foreign studies review]. *Terapiya psikhicheskikh rasstroistv [Therapy of Mental Disorders]*, 2006, no. 1, pp. 23—31.
4. Garanian N.G. Tipologicheskii podkhod k izucheniyu perfeksionizma [Typological approach to perfectionism study]. *Voprosy psikhologii*, 2009, no. 6, pp. 52—61.
5. Garanian N.G., Yudeeva T.Yu. Struktura perfeksionizma u patsientov s depressivnymi i trevozhnymi rasstroistvami [Perfectionism structure among depressive and anxiety disordered patients]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2009, no. 6, pp. 93—103.
6. Lin G., Kiseleva L.B., Nasledov A.D., Shamanov A.N. Pozitivnye i negativnye aspekty perfeksionistskikh ustanovok studentov [Positive and negative aspects of students' perfectionist attitudes]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 16. Psikhologiya. Pedagogika [Vestnik SPbSU. Psychology and Education]*, 2017. Vol. 7 (2), pp. 115—127. doi:10.21638/11701/spbu16.2017.201
7. Luchshie psikhologicheskie testy [Best Psychological Tests]. Saint Petersburg: Publ. SPBU, 1992. 311 p.
8. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Manual on Posttraumatic Stress Assessment]*. Saint Petersburg: Piter, 2001. 268 p.
9. Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroistv affektivnogo spektra [Integrative psychotherapy of affective spectrum disorders]. Moscow: Medpractica-M, 2011. 480 p.
10. Kholmogorova A.B., Garanian N.G. Integrativnaya psikhoterapiya trevozhno-depressivnykh rasstroistv [Integrative psychotherapy of depressive and anxiety disorders]. *Moskovskii Psichoterapevticheskii Journal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 1996, no. 3, pp. 141—163.
11. Kholodnaya M.A. Kognitivnye stili (o prirode individual'nogo uma) [Cognitive Styles (on the nature of individual mind)]. Moscow: PerSe, 2002. 303 p.
12. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. 992 p.
13. Brown G., Beck A. Dysfunctional attitudes, perfectionism, and the models of vulnerability to depression. In G. Flett, P. Hewitt (eds.). *Perfectionism: Theory,*

- research and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2002, pp. 231—253.
14. Curran T., Hill A.P. Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 2017. doi:10.1037/bul0000138
 15. Egan S., Wade T., Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 2011. Vol. 31 (2), pp. 203—212.
 16. Flett G., Hewitt P. Measures of Perfectionism. In J. Boyle, D. Sarlofske, G. Matthews (eds.). *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*. London: Academic Press, 2015, pp. 595—618.
 17. Flett G., Hewitt P., Nepon T., Besser A. Perfectionism Cognition Theory: The Cognitive Side of Perfectionism. In J. Stoeber (ed.). *The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications*. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2018, pp. 101—123.
 18. Flett G., Hewitt P., Sherry S. Deep, dark, and dysfunctional: The destructiveness of interpersonal perfectionism. In V. Zeigler-Hill, D.K. Marcus (eds.). *The Dark Side of Personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2016, pp. 211—226. doi:10.1037/14854-011
 19. Flynn C.A. The impact of protective perfectionistic self-presentation on group psychotherapy process and outcome. Ph.D. Thesis. Vancouver, 2001. 169 p.
 20. Fry P., Debats D. Perfectionism and the five-factor personality traits as predictors of mortality in older adults. *Journal of Health Psychology*, 2009. Vol. 14 (4), pp. 513—524.
 21. Hewitt P., Flett G., Mikail S. Perfectionism. A relational approach to conceptualization, assessment and treatment. New York: The Guilford Press, 2017. 336 p.
 22. Hewitt P., Flett G., Turnbull-Donovan W., Mikail S.F. The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity, and Psychometric Properties in Psychiatric Samples. *Psychological Assessment*, 1991. Vol. 3 (3), pp. 464—468. doi:10.1037/1040-3590.3.3.464
 23. Molnar D., Sirois F. Perfectionism, Health, and Well-Being: Epilogue and Future Directions. In F.M. Sirois. D.S. Molnar (eds.). *Perfectionism, health and well-being*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016, pp. 285—302. doi:10.1007/978-3-319-18582-8_13
 24. Rice K., Richardson C., Ray M. Perfectionism in academic settings. In F.M. Sirois. D.S. Molnar (eds.). *Perfectionism, health and well-being*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016, pp. 245—264. doi:10.1007/978-3-319-18582-8_11
 25. Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. Clinical perfectionism: a cognitive—behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 2002. Vol. 40 (7), pp. 773—791. doi:10.1016/S0005-7967(01)00059-6
 26. Stoeber J. Frost Multidimensional Perfectionism Scale. In J. Maltby, C. A. Lewis, A. Hill (eds.). *Commissioned reviews of 250 psychological tests*. Lewiston, N.Y.; Lampeter: Edwin Mellen Press, 2000. Vol. 1, pp. 310—314.
 27. Zuroff D., Blatt S., Sotsky S., Krupnick J., Martin D., Simmens S. Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000. Vol. 68 (1), pp. 114—124. doi:10.1037/0022-006X.68.1.114

РАЗРАБОТКА РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА ПРОБЛЕМНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Н.А. СИРОТА*,
МГМСУ имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия,
sirotan@mail.ru

Д.В. МОСКОВЧЕНКО**,
МГМСУ имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия,
xedin-90@mail.ru

В.М. ЯЛТОНСКИЙ***,
МГМСУ имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия,
yaltonsky@mail.ru

Для цитаты:

Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В. Разработка русскоязычной версии опросника проблемного использования социальных сетей // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 33—55. doi: 10.17759/cpp.2018260303

* *Сирота Наталья Александровна*, доктор медицинских наук, профессор, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия, e-mail: sirotan@mail.ru

** *Московченко Денис Владимирович*, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия, e-mail: xedin-90@mail.ru

*** *Ялтонский Владимир Михайлович*, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии факультета клинической психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Россия, e-mail: yaltonsky@mail.ru

А.В. ЯЛТОНСКАЯ**,**

НИИ наркологии, филиал ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия,
yaltonskayaa@gmail.com

Представлены результаты модификации и апробации опросника проблемного использования Facebook на русскоязычной выборке. Методика позволяет изучать различные аспекты проблемного использования социальных сетей, к которым относят предпочтение онлайн-общения в качестве ведущего, использование социальных сетей в качестве способа регуляции эмоций, постоянные размышления о социальных сетях, а также компульсивное посещение социальных сетей и негативные последствия частого обращения к социальным сетям. В исследовании приняли участие 900 человек, которые заполняли электронные анкеты, размещенные в социальных сетях. Средний возраст составил $28,6 \pm 7,5$ лет. Показано, что русскоязычная версия опросника проблемного использования социальных сетей имеет хорошую внутреннюю согласованность. Установлена пятифакторная структура опросника, продемонстрированы его удовлетворительная надежность и валидность. Анализ значимости различий по когнитивным стратегиям регуляции эмоций, позитивному и негативному аффекту, личностной тревожности в выделенных группах подтверждает внешнюю валидность методики.

Ключевые слова: социальные сети, компульсивное использование социальных сетей, онлайн-общение, когнитивная регуляция эмоций, аффект, тревожность, негативные последствия использования социальных сетей.

За последние годы концепция интернет-зависимости проделала длинный путь, были разработаны клинические критерии для диагностики и лечения данной проблемы. В настоящее время проблема интернет-зависимости охватывает множество вопросов, связанных с контролем импульсов, таких как киберсексуальная зависимость, зависимость от киберотношений, компульсивный интернет-серфинг, компьютерные игры [10; 21; 25]. Несмотря на то, что зависимость от интернета является многогранной проблемой, все больше исследований показывают, что важную роль в формировании интернет-зависимого поведения играют социальные сети [26].

Социальные сети активно развивались в течение 10 последних лет. Появились такие социальные сети, как *Facebook*, *Twitter*, *Myspace*, которые

**** Ялтонская Александра Владимировна, кандидат медицинских наук, врач-психиатр, психотерапевт, старший научный сотрудник отделения профилактической наркологии, Научно-исследовательский институт наркологии, филиал ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: yaltonskayaa@gmail.com

известны пользователям во всем мире. Кроме того, существуют социальные сети, развиваемые на национальном уровне (например, «ВКонтакте», «Одноклассники»). Развиваются специализированные социальные сети, нацеленные на определенный контингент пользователей, или представляющие собой площадку для обмена мнениями или написания обзоров. Внедрение социальных сетей способствовало или наоборот изменением в способах общения и взаимодействия людей. Недавние исследования показали, что *Facebook*, *Twitter* используются подростками для формирования взаимоотношений со сверстниками [8; 15], а также реализации конкретных психологических потребностей, таких как саморепрезентация, социализация и эскапизм [2; 27]. Однако в последнее время некоторые исследователи стали связывать проблемное использование социальных сетей с эмоциональными расстройствами, симптомами депрессии, беспокойством и сниженной самооценкой [3; 9; 12]. Например, в одном из исследований было показано, что злоупотребление социальными сетями ассоциировано с такими психологическими проблемами, как тревога, депрессия, а также с академической неуспеваемостью и проблемами на работе [24]. Несмотря на то, что склонность к злоупотреблению социальными сетями в настоящее время не рассматривается как отдельная от интернет-зависимости проблема, поведенческие и социальные последствия уже обращают на себя внимание многих психологов [14; 23].

Несмотря на явный вклад социальных сетей в изменение настроения у пользователей, зависимость от социальных сетей, а также интернет-зависимость в целом — это недавние и недостаточно изученные явления, которые являются предметом дискуссии в психологической литературе [13; 16; 18]. Внимание исследователей привлекает тенденция активных пользователей социальных сетей пренебрегать другими аспектами своего социального функционирования, такими как общение с семьей и друзьями. Кроме того, у некоторых активных пользователей социальных сетей отсутствие подключения к интернету может вызывать симптомы, которые наблюдаются при абстинентном синдроме [22].

В настоящее время отсутствует четкое методологическое разграничение между зависимостью от социальных сетей и интернет-зависимостью. Стоит также отметить, что ни интернет-зависимость, ни зависимость от социальных сетей не были включены в последние руководства по классификации болезней, например, в DSM-5 [6]. Кроме того, по данным некоторых исследователей, проблемное использование социальных сетей часто характерно для лиц с психическими расстройствами [7; 20]. Поэтому остается неясным, является ли зависимость от социальных сетей самостоятельным расстройством или просто проявлением других психических проблем, таких как, например, расстройства личности, расстройства настроения, тревожные расстройства.

Несмотря на то, что социальные сети вызывают активный интерес со стороны исследователей как с методологической, так и с эмпирической стороны, в настоящее время в отечественной клинической психологии отсутствуют методики, позволяющие изучать проблемные аспекты использования социальных сетей.

Целью данной работы является модификация и апробация опросника проблемного использования Facebook на русскоязычной выборке.

Метод

Выборка. В исследовании приняли участие 900 человек. Из них 670 женщин (74,44%) и 230 мужчин (25,56%). При заполнении электронной анкеты указывали на наличие высшего образования 69,56% (N=626); 12,78% (N=115) имели незаконченное высшее образование; 9,89% (N=89) — среднее-специальное образование; 7,77% (N=70) — среднее образование. Средний возраст составил $28,6 \pm 7,5$ лет. Все обследованные являлись активными пользователями социальных сетей. Обследование проводилось анонимно с использованием технологии Google-форма. Электронные анкеты были размещены в социальных сетях — Facebook, ВКонтакте, Instagram.

Процедура разработки методики. За основу для русскоязычной версии опросника проблемного использования социальных сетей была взята методика «Шкала проблемного использования Facebook» [19], которая была переведена на русский язык в соответствии с протоколом ВОЗ, включающим прямой и обратный перевод текста опросника, оценку восприятия текста вопросов в фокус-группах, проведение экспертной оценки результатов с привлечением не менее трех специалистов в области психического здоровья. Поскольку русскоязычные пользователи используют различные социальные сети, такие как Facebook, ВКонтакте, Instagram, изначальные пункты методики были модифицированы.

Модификация шкалы проблемного использования Facebook предполагала изменение вопросов методики таким образом, чтобы ее можно было применить для изучения проблемного использования различных социальных сетей. Например, изначальный пункт опросника предполагал следующую формулировку: «Я заходил(а) в Facebook, чтобы с кем-то поговорить, когда мне было одиноко». При апробации русскоязычной версии пункты опросника были модифицированы путем замены слова «Facebook» на «Социальные сети»: «Я заходил(а) в социальную сеть, чтобы с кем-то поговорить, когда мне было одиноко». В результате модификации были изменены с 4-го по 15-й пункты, которые в оригинальной методике относятся к следу-

ющим шкалам: «Регуляция эмоций»; «Когнитивная поглощенность»; «Компульсивное использование»; «Негативные последствия». Пункты шкалы «Предпочтение онлайн-общения» (с 1-го по 3-й пункты) соответствуют оригинальной версии методики, поскольку в их формулировке отсутствовало слово «Facebook».

В рамках оценки распределения пунктов, надежности и внутренней структуры методики были осуществлены: расчет показателей описательной статистики, выявление факторной структуры опросника, анализ надежности и согласованности пунктов опросника.

Методики. Для оценки конвергентной и дискриминантной валидности использовались следующие методики: методика «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» [4]; методика «Интегративный тест тревожности» [1]; методики «Опросник когнитивной регуляции эмоций» [11]; методика «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» [5].

Результаты

Особенности распределения баллов по шкалам опросника

Отвечая на пункты опросника, испытуемые используют всю шкалу ответов (от 1 до 7 баллов). Полученные результаты по распределению шкал и общего балла по опроснику представлены в табл. 1.

Таблица 1

Особенности распределения баллов по шкалам и опроснику в целом

Шкалы	Асимметрия	Эксцесс	Критерий Колмогорова—Смирнова	Критерий Шапиро—Уилка	Эмпирический анализ распределения
Предпочтение онлайн-общения	1,006	0,281	$p=0,01$	$p=0,001$	Левая асимметрия
Регуляция эмоций	0,916	0,118	$p=0,01$	$p=0,001$	Левая асимметрия
Когнитивная поглощенность	0,881	0,041	$p=0,01$	$p=0,001$	Левая асимметрия
Компульсивное использование	0,840	- 0,248	$p=0,01$	$p=0,001$	Левая асимметрия
Негативные последствия	0,896	0,107	$p=0,01$	$p=0,001$	Левая асимметрия
Общий балл по методике	0,911	0,195	$p=0,05$	$p=0,001$	Левая асимметрия

Анализ полученных результатов показал, что распределение оценок испытуемых по методике не является нормальным. Иными словами, распределение ответов испытуемых характеризуется левосторонней асимметрией, что указывает на наличие социальной желательности при заполнении пунктов методики.

Внутренняя структура методики

По результатам эксплораторного факторного анализа (метод главных компонент) было получено 5 субшкал, которые соответствуют англоязычной версии методики. Результаты эксплораторного факторного анализа и показатель внутренней согласованности представлены в табл. 2.

Таблица 2

Эксплораторный факторный анализ методики и внутренняя согласованность шкал

Шкалы/вопросы	Предпочтение онлайн-общения	Регуляция эмоций	Когнитивная поглощенность	Компьюльсивное использование	Негативные последствия
1. Я предпочитаю общение в социальных сетях общению лицом к лицу	0,803	-	-	-	-
2. Общение в социальных сетях для меня более комфортно, чем общение в реальной жизни	0,834	-	-	-	-
3. Я предпочитаю общаться с людьми в социальных сетях, а не в реальности	0,872	-	-	-	-
4. Я заходил(а) в социальную сеть, чтобы с кем-то поговорить, когда мне было одиноко	-	0,780	-	-	-
5. Я заходил(а) в социальную сеть, чтобы мне стало лучше, когда я чувствовал(а) себя плохо	-	0,889	-	-	-
6. Я заходил(а) в социальную сеть, чтобы мне стало лучше, когда расстраивался/лась	-	0,864	-	-	-
7. Если я некоторое время не захожу в социальную сеть, меня начинают терзать мысли, что надо зайти	-	-	0,832	-	-
8. Если бы я потерял(а) доступ к социальным сетям, я не знал(а) бы что делать	-	-	0,867	-	-
9. Я поглощен(а) навязчивыми мыслями о том, что нужно зайти в социальную сеть, даже когда не сижу в Интернете	-	-	0,854	-	-

Шкалы/вопросы	Предпочтение онлайн-общения	Регуляция эмоций	Когнитивная поглощенность	Компьюльсивное использование	Негативные последствия
10. Мне сложно контролировать, сколько времени я провожу в социальных сетях	-	-		0,77	-
11. Я считаю, что мне нелегко контролировать мое пребывание в социальных сетях	-	-		0,75	-
12. Мне тяжело противостоять непреодолимому желанию зайти в социальную сеть, когда я занят чем-то вне Интернета	-	-		0,79	-
13. Социальные сети усложнили мне жизнь	-	-	-	-	0,74
14. Из-за того, что я проводил много времени в социальных сетях, я пренебрегал/ла своей социальной жизнью и различными мероприятиями	-	-	-	-	0,58
15. Пользование социальными сетями привело к проблемам в моей жизни	-	-	-	-	0,58
Внутренняя согласованность (α -Кронбаха)	0,84	0,86	0,71	0,85	0,79

Для проверки применимости пятифакторной модели к данным был проведен конфирматорный факторный анализ. Были получены следующие результаты: $\chi^2(85) = 114,50$; $p < ,001$; CFI = 0,991; GFI = 0,996; RMSEA = 0,022 [0,009—0,031]). Несмотря на то, что критерий относительного согласия модели (CFI) несколько выше допустимых значений, другие показатели указывают на то, что данные факторы могут быть использованы в качестве шкал методики. Альфа Кронбаха шкал методики в целом соответствует высоким значениям. Показатели α -Кронбаха по шкалам варьируют от 0,79 (достаточный уровень) до 0,86 (хороший уровень).

Таким образом, концептуальная модель хорошо согласуется с полученными данными, а выделенные факторы могут быть использованы как шкалы русскоязычной версии опросника с хорошими показателями внутренней согласованности.

Связь социально-демографических характеристик со шкалами опросника проблемного использования социальных сетей

Результаты корреляционного анализа показали, что шкала «Регуляция эмоций» статистически достоверно отрицательно связана с возрастом испытуемых ($r = -0,316$; $p = 0,001$), а также образованием ($r = -0,205$; $p = 0,05$). Иными словами, чем выше возраст испытуемых и полученное

образование, тем меньше социальные сети используются как способ регуляции эмоций и, соответственно, наоборот. Шкала «Когнитивная поглощенность» статистически достоверно отрицательно связана с возрастом ($r=-0,327$; $p=0,001$) и образованием ($r=-0,204$; $p=0,001$).

Полученные результаты указывают на то, что возраст и образование способствуют снижению чрезмерной вовлеченности в социальные сети и навязчивые размышления о них. Более высокий уровень образования, в свою очередь, связан со снижением по шкале «Компульсивное использование» ($r=-0,150$; $p=0,04$). В свою очередь, возраст статистически достоверно отрицательно связан со шкалой «Негативные последствия» ($r=-0,180$; $p=0,01$). Пол испытуемых не был связан со шкалами проблемного использования социальных сетей.

По результатам попарного сравнения *post hoc* методов Шеффе ($F=8,2$; $df = 2$; $p < 0,01$) было выявлено, что более низкие показатели по шкалам «Когнитивная поглощенность», «Регуляция эмоций», «Компульсивное использование» характерны для испытуемых с более высоким уровнем образования, а также для испытуемых старшего возраста. Попарное сравнение *post hoc* методов Шеффе подтверждает результаты корреляционного анализа данных.

Результаты кластерного анализа и оценка различий

Для проверки чувствительности методики к выявлению лиц с проблемным использованием социальных сетей нами был использован двухэтапный кластерный анализ (Информационный критерий Акаикэ, Log-правдоподобия). По результатам проведенного анализа было выделено две группы. Силуэтная мера связности и разделения кластеров — 0,6, что указывает на достаточную надежность, а также уместность классификации на основе методики «Опросник проблемного использования социальных сетей».

По результатам кластерного анализа было выделено две группы. Первая группа, включавшая в себя 260 респондентов ($N=260$), была обозначена как «Пользователи с проблемным использованием социальных сетей». Вторая группа, включавшая в себя 640 респондентов ($N=640$), была обозначена как «Пользователи, считающие, что у них нет проблем с использованием социальных сетей».

В выделенных группах были проанализированы различия между группами по шкалам опросника. Характеристики сравнения групп с использованием критерия Манна—Уитни представлены в табл. 3.

Пользователи с проблемным использованием социальных сетей предпочитают онлайн социальное общение в качестве ведущего, они используют социальные сети как способ регуляции эмоционального состояния. Наряду с этим, для них характерна тенденция размышлять о собственных страницах в социальных сетях, что проявляется в компуль-

Таблица 3

**Различия между группами пользователей по шкалам методики
 «Опросник проблемного использования социальных сетей»**

Шкалы	Значение критерия Манна—Уитни	Кластер 1. Пользователи с проблемным использованием социальных сетей (N=260)		Кластер 2. пользо- ватели, считающие, что у них нет проблем с использованием со- циальных сетей (N=640)		p
		Средний ранг	Сумма рангов	Средний ранг	Сумма рангов	
Предпочтение онлайн-общения	1588,00	124,10	7199,00	74,50	9091,00	0,001
Регуляция эмоций	727,00	138,91	8060,00	67,40	8230,00	0,001
Когнитивная по- глощенность	217,50	147,73	8569,50	63,20	7720,50	0,001
Компульсивное использование	197,50	148,00	8589,50	63,10	7700,50	0,001
Негативные по- следствия	393,00	144,70	8394,00	64,70	7896,00	0,001

сивном стремлении чаще возвращаться в социальные сети. Кроме того, пользователи с проблемным использованием социальных сетей указывают на негативные последствия, связанные с активным использованием социальных сетей (например, «Использование социальными сетями привело к проблемам в моей жизни»).

Таким образом, методика чувствительна к выявлению пользователей, склонных набирать более высокие баллы по шкалам проблемного использования социальных сетей.

Оценка конвергентной и дискриминантной валидности методики

Позитивный и негативный аффект у пользователей социальных сетей.

В группе пользователей с проблемным использованием социальных сетей было выявлено наличие статистически достоверно более высокого уровня негативного аффекта (табл. 4).

Для пользователей с проблемным использованием социальных сетей характерен повышенный уровень негативного аффекта как состояния субъективно переживаемого страдания, негативной вовлеченности.

По результатам исследования *личностной тревожности* было выявлено, что для пользователей с проблемным использованием социальных сетей в большей степени характерен более высокий уровень личностной тревожности с преобладанием астенического и фобического компонентов.

Таблица 4

**Различия между группами пользователей по шкалам методики
 «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта»**

Шкалы	Значение критерия Манна—Уитни	Кластер 1. Пользователи с проблемным использованием социальных сетей (N=260)		Кластер 2. Пользователи, считающие, что у них нет проблем с использованием социальных сетей (N=640)		p
		Средний ранг	Сумма рангов	Средний ранг	Сумма рангов	
Позитивный аффект	3178,00	84,29	4889,00	93,45	11401,0	0,27
Негативный аффект	2495,50	108,47	6291,50	81,95	9998,50	0,001

Пользователи с проблемным использованием социальных сетей чаще склонны переживать чувство угрозы без какого-либо основания для этого, чаще чувствуют себя неуверенными, а также склонны к повышенной утомляемости, пассивности, усталости (табл. 5).

Таблица 5

**Различия между группами пользователей по шкалам методики
 «Интегративный тест тревожности»**

Шкалы	Значение критерия Манна—Уитни	Кластер 1. Пользователи с проблемным использованием социальных сетей (N=260)		Кластер 2. Пользователи, считающие, что у них нет проблем с использованием социальных сетей (N=640)		p
		Средний ранг	Сумма рангов	Средний ранг	Сумма рангов	
Общий показатель тревожности	2717,50	104,65	6069,50	83,77	10220,50	0,01
Эмоциональный дискомфорт	2965,50	100,37	5821,50	85,81	10468,50	0,06
Астенический компонент	2734,00	104,36	6053,00	83,91	10237,00	0,01
Фобический компонент	2796,50	103,28	5990,50	84,42	10299,50	0,03
Тревожная оценка перспективы	2988,50	99,97	5798,50	86,00	10491,50	0,10
Социальная защита	2980,00	100,12	5807,00	85,93	10483,00	0,13

Исследование когнитивной регуляции эмоций показало, что для пользователей с проблемным использованием социальных сетей характерны такие стратегии когнитивной регуляции эмоций, как «Самообвинение», «Обвинение других», «Катастрофизация», «Руминации» (табл. 6).

Таблица 6
 Различия между группами пользователей по шкалам методики
 «Опросник когнитивной регуляции эмоций»

Шкалы	Значение критерия Манна—Уитни	Кластер 1. Пользователи с проблемным использованием социальных сетей (N=260)		Кластер 2. Пользователи, считающие, что у них нет проблем с использованием социальных сетей (N=640)		p
		Средний ранг	Сумма рангов	Средний ранг	Сумма рангов	
Самообвинение	2725,50	104,51	6061,50	83,84	10228,50	0,01
Принятие	2983,00	85,20	5804,00	101,66	10486,00	0,08
Руминации	2796,50	103,28	5990,50	84,42	10299,50	0,01
Позитивное мышление	3472,00	89,36	5183,00	91,04	11107,00	0,84
Планирование	3355,50	87,35	5066,50	91,04	11223,50	0,64
Положительный пересмотр	3202,50	96,28	5584,50	87,75	10705,50	0,42
Помещение в перспективу	3364,00	93,50	5423,00	89,07	10867,00	0,78
Катастрофизация	2763,50	103,85	6023,50	84,15	10266,50	0,01
Обвинение других	2891,00	101,66	5896,00	85,20	10394,00	0,05

Иными словами, пользователи с проблемным использованием социальных сетей статистически достоверно чаще склонны винить себя в каких-либо событиях, считать себя ответственными за происходящие стрессовые ситуации. Однако для них также характерно возлагать вину и ответственность за произошедшее на других людей. Выраженность негативного мышления в группе с проблемным использованием социальных сетей также выше — пользователи склонны преувеличивать негативные переживания и реальные последствия событий, а также чаще возвращаются к размышлениям о пережитых ситуациях и связанных с ними отрицательных эмоциях.

Исследование эмоциональных схем показало, что пользователи с проблемным использованием социальных сетей склонны патологизировать

свои эмоциональные переживания. Например, они более склонны рассматривать сильные эмоциональные переживания как неконтролируемые и требующие подавления. Кроме того, для них характерна убежденность в том, что собственные эмоции являются зазорными, неправильными, неуместными, а также то, что их эмоции не будут приниматься другими людьми, будут обесценены, либо проигнорированы (табл. 7).

Таблица 7

**Различия между группами пользователей по шкалам методики
 «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи»**

Шкалы	Значение критерия Манна—Уитни	Кластер 1. Пользователи с проблемным использованием социальных сетей (N=260)		Кластер 2. Пользователи, считающие, что у них нет проблем с использованием социальных сетей (N=640)		p
		Средний ранг	Сумма рангов	Средний ранг	Сумма рангов	
Инвалидация эмоций другими	2473,00	108,86	6314,00	81,77	9976,00	0,001
Недостаточная осмысленность эмоций	2692,00	105,09	6095,00	83,57	10195,00	0,001
Чувство вины за собственные эмоции	2647,50	105,85	6139,50	83,20	10150,50	0,001
Упрощенное представление об эмоциях	2908,00	89,36	5879,00	85,34	10411,00	0,569
Обесценивание эмоций	3263,00	95,24	5524,00	88,25	10766,00	0,348
Страх потери контроля при переживании сильных эмоций	2355,00	110,90	6432,00	80,80	9858,00	0,001
Эмоциональное оцепенение	2574,00	107,12	6213,00	82,60	10077,00	0,001
Склонность к рационализации чувств	3039,50	99,09	5747,50	86,41	10542,50	0,176
Прогнозируемая длительность эмоций	2902,50	99,46	5884,50	85,29	10405,50	0,53

Шкалы	Значение критерия Манна—Уитни	Кластер 1. Пользователи с проблемным использованием социальных сетей (N=260)		Кластер 2. Пользователи, считающие, что у них нет проблем с использованием социальных сетей (N=640)		p
		Средний ранг	Сумма рангов	Средний ранг	Сумма рангов	
Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других	3062,50	98,70	5724,50	86,60	10565,50	0,153
Ингибирование собственных эмоций	2595,50	106,75	6191,50	82,77	10098,50	0,001
Склонность к руминациям	2438,50	109,46	6348,50	81,49	9941,50	0,001
Низкая эмоциональная экспрессивность	3524,50	90,27	5235,50	90,61	11054,50	0,861
Обвинение других	2630,00	106,16	6157,00	83,06	10133,00	0,001

Таким образом, методика оказалась чувствительна к проявлениям негативного аффекта, а также малоадаптивным стратегиям когнитивной регуляции эмоций, что указывает на клиническую близость параметров методики и проявлений эмоциональной дисрегуляции. Отсутствие различий между группами по позитивному аффекту, а также адаптивным стратегиям когнитивной регуляции эмоций указывает на специфическую направленность методики — выявление различных аспектов проблемного использования социальных сетей.

Обсуждение

Целью настоящего исследования являлась модификация и апробация опросника проблемного использования социальных сетей на русскоязычной выборке. Процедура модификации позволила адаптировать методику под исследование различных социальных сетей (например, *Facebook*, *ВКонтакте*, *Instagram*), что больше соответствует реалиям использования онлайн-сервисов для построения, отражения и организации социальных взаимоотношений в русскоязычном интернет-пространстве.

С практической точки зрения, данное исследование представляет новый психодиагностический инструмент, который может быть использован исследователями и специалистами в области психического здоровья для более глубокого изучения уровня сформированности проблемного использования социальных сетей. Кроме того, данное исследование позволяет изучать конкретные факторы проблемного использования социальных сетей: предпочтение онлайн-общения, регуляция эмоций, когнитивная поглощенность, компульсивное использование, негативные последствия.

Проведенное исследование также способствует дальнейшему продвижению исследований в области проблемного использования социальных сетей, а также разработке когнитивно-поведенческой модели, объясняющей механизмы формирования неадаптивного использования данных онлайн-сервисов. Полученные при разработке методики результаты, указывающие на наличие дефицита в навыках регуляции эмоций, а также повышенную негативную эмоциональность у пользователей с проблемным использованием социальных сетей, подтверждаются другими исследованиями, рассматривающими пребывание на веб-сайтах, обеспечивающих выстраивание социальных взаимоотношений, как потенциально проблемное поведение [17].

Опросник проблемного использования социальных сетей имеет некоторые ограничения, требующие дальнейшего исследования. Например, данная методика не позволяет изучать конкретные проявления проблемного использования социальных сетей. Иными словами, методика не позволяет ответить на вопросы исследователей о том, почему конкретный пользователь набирает высокий балл по конкретной шкале методики. К таким конкретным проявлениям можно отнести выкладывание постов, участие в играх, просмотр ленты новостей и т. д., Кроме того, дальнейшие работы должны быть направлены на выявление других психометрических характеристик методики, включая устойчивость к тестированию (ретестовая надежность), а также кросс-культурную инвариантность факториальной структуры с использованием случайно выбранных выборок. Наряду с этим, дальнейшие исследования могут быть направлены на проверку применимости методики к исследованию пользователей социальных сетей пожилого возраста.

Несмотря на эти ограничения, разработанный опросник проблемного использования социальных сетей открывает перспективы для дальнейшего изучения психологической адаптации у активных пользователей социальных сетей. Дальнейшие исследования могут быть направлены в сторону изучения эксплицитных и имплицитных эмоциональных переживаний у пользователей социальных сетей, дефицита навыков эмоциональной регуляции. Кроме того, открытым остается во-

прос относительно роли социальных сетей в регуляции эмоций — являются ли социальные сети способом избегания болезненных эмоций или новым способом их выражения через интернет-пространство.

Выводы

Результаты проведенного исследования продемонстрировали хорошую внутреннюю согласованность русскоязычной версии опросника проблемного использования социальных сетей. Применение двухэтапного кластерного анализа показало, что методика является надежным и валидным инструментом для выявления проблемного использования социальных сетей. Корреляционный анализ позволил выявить наличие связей между параметрами проблемного использования социальных сетей и социально-демографическими показателями, что указывает на чувствительность методики к социально-демографическим показателям. Кроме того, методика позволяет разделять группы пользователей на лиц с проблемным использованием социальных сетей и на лиц, считающих, что у них нет проблем с использованием социальных сетей. Выделенные группы характеризовались различиями в преобладании негативного аффекта, выборе стратегий когнитивной регуляции эмоций, отношении к собственным эмоциям (выраженность эмоциональных схем).

В целом, методика может применяться для диагностики проблемного использования социальных сетей, в частности, таких параметров, как предпочтение социальных сетей в качестве способа общения, использование социальных сетей как способа регуляции эмоций, навязчивое желание зайти в социальные сети (когнитивная поглощенность), импульсивное использование социальных сетей, наличие негативных последствий их использования.

Приложение

Опросник проблемного использования социальных сетей

Инструкция. В зависимости от Вашего опыта использования социальных сетей, пожалуйста, обведите вариант ответа, отражающий степень Вашего согласия с каждым из представленных ниже утверждений.

1. Я предпочитаю общение в социальных сетях общению лицом к лицу.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

2. Общение в социальных сетях для меня более комфортно, чем общение в реальной жизни.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

3. Я предпочитаю общаться с людьми в социальных сетях, а не в реальности.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

4. Я заходил(а) в социальную сеть, чтобы с кем-то поговорить, когда мне было одиноко.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

5. Я заходил(а) в социальную сеть, чтобы мне стало лучше, когда я чувствовал(а) себя плохо.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

6. Я заходил(а) в социальную сеть, чтобы мне стало лучше, когда расстраивался/лась.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

7. Если я некоторое время не захожу в социальную сеть, меня начинают терзать мысли, что надо зайти.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

8. Если бы я потерял(а) доступ к социальным сетям, я не знал(а) бы что делать.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

9. Я поглощен(а) навязчивыми мыслями о том, что нужно зайти в социальную сеть, даже когда не сижу в Интернете.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

10. Мне сложно контролировать, сколько времени я провожу в социальных сетях.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

11. Я считаю, что мне нелегко контролировать мое пребывание в социальных сетях.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

12. Мне тяжело противостоять непреодолимому желанию зайти в социальную сеть, когда я занят чем-то вне Интернета.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

13. Социальные сети усложнили мне жизнь.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

14. Из-за того, что я проводил(ла) много времени в социальных сетях, я пренебрегал(ла) своей социальной жизнью и различными мероприятиями.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

15. Пользование социальными сетями привело к проблемам в моей жизни.

Полностью не согласен			Нейтрально			Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.* Применение интегративного теста тревожности. СПб: НИПНИ имени В.М. Бехтерева. 1997. 23 с.
2. *Емелин В.А., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш.* Информационные технологии в структуре идентичности человека: возможности и ограничения рисуночной методики [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2016. Т. 9. № 45. С. 3. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n45/1233-emelin45.html> (дата обращения: 28.10.2017).
3. *Ерицян К.Ю., Антонова Н.А., Марудова Н.М.* Проблемное использование Интернета в контексте интернет-коммуникации [Электронный ресурс] // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2013. № 2. С. 15—16. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/problemnoe-ispolzovanie-interneta-v-kontekste-internet-kommunikatsii> (дата обращения: 28.10.2017).
4. *Осин Е.Н.* Измерение позитивных и негативных эмоций: разработка русскоязычного аналога методики PANAS // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т.9. № 4. С. 91—110.
5. *Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М., Кочетков Я.А., Ялтонская А.В.* Психодиагностика эмоциональных схем: результаты апробации русскоязычной краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016. № 1. С. 76—83.
6. *Block J.J.* Issues for DSM-V: Internet Addiction // American Journal of Psychiatry. 2008. Vol. 165 (3). P. 306—307. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07101556
7. *Caplan S.E.* Preference for online social interaction: A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being // Communication Research. 2003. Vol. 30. P. 625—648. doi:10.1177/0093650203257842
8. *Doornwaard S.M., Moreno M.A., van den Eijnden R.J., Vanwesenbeeck I., Ter Bogt T.F.* Young adolescents' sexual and romantic reference displays on Facebook // Journal of Adolescent Health. 2014. Vol. 55 (4). P. 535—541. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.04.002
9. *Echeburúa E., de Corral P.* Addiction to new technologies and to online social networking in young people: A new challenge // Adicciones. 2010. Vol. 22 (2). P. 91—95.
10. *Elphinston R.A., Noller P.* Time to face it! Facebook intrusion and the implications for romantic jealousy and relationship satisfaction // Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2011. Vol. 14 (11). P. 631—635. doi:10.1089/cyber.2010.0318
11. *Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P.* Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems // Personality and Individual Differences. 2001. Vol. 30 (8). P. 1311—1327. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
12. *Griffiths M.D.* Facebook addiction: concerns, criticism, and recommendations — a response to Andreassen and colleagues // Psychological Reports. 2012. Vol. 110 (2). P. 518—527. doi:10.2466/01.07.18.PR0.110.2.518-520
13. *Griffiths L.J., Parsons T.J., Hill A.J.* Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review // International Journal of Pediatric Obesity. 2010. Vol. 5 (4). P. 282—304. doi:10.3109/17477160903473697

14. *Koc M., Gulyagci S.* Facebook addiction among Turkish college students: the role of psychological health, demographic, and usage characteristics // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2013. Vol. 16 (4). P. 279—284. doi:10.1089/cyber.2012.0249
15. *Kross E., Verduyn P., Demiralp E., Park J., Lee D.S., Lin N., Shablack H., Jonides J., Ybarra O.* Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults // *PLoS One*. 2013. Vol. 14 (8). doi:10.1371/journal.pone.0069841
16. *Kuss D.J., Griffiths M.D.* Online social networking and addiction — a review of the psychological literature // *International Society Doctors for the Environment*. 2011. Vol. 8 (9). P. 3528—3552. doi:10.3390/ijerph8093528
17. *Kwiatkowska A., Ziolk E., Krysta K., Muc-Wierzgon M., Brodziaak A., Krupka-Matuszczyk I., Przybylo J.* Internet addiction and its social consequences // *European Neuropsychopharmacology*. 2007. Vol. 17 (4). P. 559—560. doi:10.1016/S0924-977X(07)70869-6
18. *La Barbera D., La Paglia F., Valsavoia R.* Social network and addiction // *Studies in Health Technology*. 2009. Vol. 144. P. 33—36.
19. *Marino C., Vieno A., Altoè G., Spada M.M.* Factorial validity of the Problematic Facebook Use Scale for adolescents and young adults // *Journal of Behavioral Addictions*. 2017. Vol. 6 (1). P. 5—10. doi:10.1556/2006.6.2017.004
20. *Mehdizadeh S.* Self-presentation 2.0: narcissism and self-esteem on Facebook // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2010. Vol. 13 (4). P. 357—364. doi:10.1089/cyber.2009.0257
21. *Murali V., George S.* Lost online: an overview of internet addiction // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007. Vol. 13 (1). P. 24—30. doi:10.1192/apt.bp.106.002907
22. *Ryan T., Chester A., Reece J., Xenos S.* The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction // *Journal of Behavioral Addictions*. 2014. Vol. 3 (3). P. 133—148. doi:10.1556/JBA.3.2014.016
23. *Ryan T., Reece J., Chester A., Xenos S.* Who gets hooked on Facebook? An exploratory typology of problematic Facebook users // *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*. 2016. Vol. 10 (3). P. 1—25. doi:10.5817/CP2016-3-4
24. *Satici S.A., Uysal R.* Well-being and problematic Facebook use // *Computers in Human Behavior*. 2015. Vol. 49. P. 185—190. doi:10.1016/j.chb.2015.03
25. *Shapira N.A., Lessig M.C., Goldsmith T.D., Szabo S.T., Lazoritz M., Gold M.S., Stein D.J.* Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria // *Depression and anxiety*. 2003. Vol. 17 (4). P. 207—216. doi:10.1002/da.10094
26. *Young K.S.* Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder // *Cyberpsychology and Behavior*. 1998. Vol. 1 (3). P. 237—244. doi:10.1089/cpb.1998.1.237
27. *Zizi P.* The Self Online: The Utility of Personal Home Pages // *Journal of Broadcasting & Electronic Media*. 2002. Vol. 46 (3). P. 346—368. doi:10.1207/s15506878jobem4603_3

DEVELOPMENT OF THE RUSSIAN VERSION OF THE PROBLEMATIC SOCIAL NETWORKS USE SCALE

N.A. SIROTA*,
A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry,
Moscow, Russia,
sirotan@mail.ru

D.V. MOSKOVCHENKO**,
A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry,
Moscow, Russia,
xedin-90@mail.ru

V.M. YALTONSKY***,
A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry,
Moscow, Russia,
yaltonsky@mail.ru

A.V. YALTONSKAYA****,
Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia,
yaltonskayaa@gmail.com

We present the results of modification and approbation of the Problematic Facebook (Social Networks) Use Scale on the Russian sample. The scale assesses various aspects of social networks use including preferring online communication among other

For citation:

Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V. Development of the Russian Version of the Questionnaire for the Problematic Use of Social Networks. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 33—55. doi: 10.17759/cpp.2018260303. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Sirota Natalya Alexandrovna*, Doctor in Medicine, Professor, Dean of the Department of Clinical Psychology, Head of the Chair of Clinical Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia, e-mail: sirotan@mail.ru

** *Moskovchenko Denis Vladimirovich*, Ph.D. (Psychology), Assistant professor, Department of Clinical Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia, e-mail: xedin-90@mail.ru

*** *Yaltonsky Vladimir Mikhailovich*, Doctor in Medicine, Professor, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia, e-mail: yaltonsky@mail.ru

**** *Yaltonskaya Alexandra Vladimirovna*, M.D., Psychiatrist, Psychotherapist, Senior Research Associate, Department of Preventive Addiction, Research Institute on Addiction, Department for Preventive Narcology, Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, e-mail: yaltonskayaa@gmail.com

types, using social networks to regulate emotions, constant thinking about social networks and frequent compulsive social network visits and their negative consequences. The study involved 900 people who filled out electronic forms posted in the leading Russian social networks — Facebook, Vkontakte, Instagram. The mean age was 28.6 ± 7.5 . It is shown that the Russian version of Problematic Social Networks Use Scale has good internal consistency. It consists of five factors and has good reliability and validity scores. Significant differences in cognitive emotion regulation strategies, positive and negative affect and personal anxiety in the low- and high-use groups confirm the external validity of the scale.

Keywords: social networks, compulsive use of social networks, online communication, cognitive regulation of emotions, affect, anxiety, negative consequences of using social networks.

REFERENCES

1. Bizyuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V. *Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti [Application of the integrative anxiety test]*. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhtereva. 1997. 23 p.
2. Emelin V.A., Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. *Informatsionnye tekhnologii v strukture identichnosti cheloveka: vozmozhnosti i ogranicheniya risunochnoi metodiki [Elektronnyi resurs] [Information technologies in the structure of human identity: the possibilities and limitations of the picture technique]*. *Psikhologicheskie issledovaniya [Psychological Studies]*, 2016. Vol. 9 (45), p. 3. Available at: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n45/1233-emelin45.html> (Accessed 28.10.2017) (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Eritsyun K.Yu., Antonova N.A., Marudova N.M. *Problemnoe ispol'zovanie Interneta v kontekste internet-kommunikatsii [Elektronnyi resurs] [Problem use of the Internet in the context of Internet communication]*. *Vestnik SPbGU. Seriya 16: Psikhologiya. Pedagogika [Bulletin of St. Petersburg State University. Series 16: Psychology. Pedagogy]*, 2013, no. 2, pp. 15—16. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/problemnoe-ispolzovanie-interneta-v-kontekste-internet-kommunikatsii> (Accessed 28.10.2017).
4. Osin E.N. *Izmerenie pozitivnykh i negativnykh emotsii: razrabotka russkoyazychnogo analoga metodiki PANAS [Measurement of positive and negative emotions: development of a Russian-language analogue of the PANAS methodology]*. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki [Psychology. Journal of Higher School of Economics]*, 2012. Vol. 9 (4), pp. 91—110.
5. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskii V.M., Kochetkov Ya.A., Yaltonskaya A.V. *Psikhodiagnostika emotsional'nykh skhem: rezul'taty aprobatsii russkoyazychnoi kratkoi versii shkaly emotsional'nykh skhem R. Likhi [Psikhodiagnostika emotsional'nykh skhem: rezul'taty aprobatsii russkoyazychnoy kratkoy versii shkaly emotsional'nykh skhem R. Likhi]. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev]*, 2016, no. 1, pp. 76—83.
6. Block J.J. *Issues for DSM-V: internet addiction*. *American Journal of Psychiatry*, 2008. Vol. 165 (3), pp. 306—307. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07101556.

7. Caplan S.E. Preference for online social interaction: A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being. *Communication Research*, 2003. Vol. 30, pp. 625—648. doi:10.1177/0093650203257842.
8. Doornwaard S.M., Moreno M.A., van den Eijnden R.J., Vanwesenbeeck I., Ter Bogt T.F. Young adolescents' sexual and romantic reference displays on Facebook. *Journal of Adolescent Health*, 2014. Vol. 55 (4), pp. 535—541. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.04.002.
9. Echeburúa E., de Corral P. Addiction to new technologies and to online social networking in young people: A new challenge. *Adicciones*, 2010. Vol. 22 (2), pp. 91—95.
10. Elphinston R.A., Noller P. Time to face it! Facebook intrusion and the implications for romantic jealousy and relationship satisfaction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2011. Vol. 14 (11), pp. 631—635. doi:10.1089/cyber.2010.0318
11. Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 2001. Vol. 30 (8), pp. 1311—1327. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
12. Griffiths M.D. Facebook addiction: concerns, criticism, and recommendations — a response to Andreassen and colleagues. *Psychological Reports*, 2012. Vol. 110 (2), pp. 518—527. doi:10.2466/01.07.18.PR0.110.2.518-520
13. Griffiths L.J., Parsons T.J., Hill A.J. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2010. Vol. 5 (4), pp. 282—304. doi:10.3109/17477160903473697
14. Koc M., Gulyagci S. Facebook addiction among Turkish college students: the role of psychological health, demographic, and usage characteristics. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2013. Vol. 16 (4), pp. 279—284. doi:10.1089/cyber.2012.0249
15. Kross E., Verduyn P., Demiralp E., Park J., Lee D.S., Lin N., Shablack H., Jonides J., Ybarra O. Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults. *PLoS One*, 2013. Vol. 14 (8). doi: 10.1371/journal.pone.0069841
16. Kuss D.J., Griffiths M.D. Online social networking and addiction--a review of the psychological literature. *International Society Doctors for the Environment*, 2011. Vol. 8 (9), pp. 3528—3552. doi: 10.3390/ijerph8093528
17. Kwiatkowska A., Ziolkó E., Krysta K., Muc-Wierzgon M., Brodziać A., Krupka-Matuszczyk I., Przybyło J. Internet addiction and its social consequences. *European Neuropsychopharmacology*, 2007. Vol. 17 (4), pp. 559—560. doi:10.1016/S0924-977X(07)70869-6
18. La Barbera D., La Paglia F., Valsavoia R. Social network and addiction. *Studies in Health Technology*, 2009. Vol. 144, pp. 33—36.
19. Marino C., Vieno A., Altoè G., Spada M.M. Factorial validity of the Problematic Facebook Use Scale for adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Addictions*, 2017. Vol. 6 (1), pp. 5—10. doi: 10.1556/2006.6.2017.004
20. Mehdizadeh S. Self-presentation 2.0: narcissism and self-esteem on Facebook. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2010. Vol. 13 (4), pp. 357—364. doi: 10.1089/cyber.2009.0257
21. Murali V., George S. Lost online: an overview of internet addiction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2007. Vol. 13 (1), pp. 24—30. doi:10.1192/apt.bp.106.002907

22. Ryan T., Chester A., Reece J., Xenos S. The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 2014. Vol. 3 (3), pp. 133—148. doi:10.1556/JBA.3.2014.016
23. Ryan T., Reece J., Chester A., Xenos S. Who gets hooked on Facebook? An exploratory typology of problematic Facebook users. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 2016. Vol. 10 (3), pp. 1—25. doi:10.5817/CP2016-3-4
24. Satici S.A., Uysal R. Well-being and problematic Facebook use. *Computers in Human Behavior*, 2015. Vol. 49, pp. 185—190. doi:10.1016/j.chb.2015.03
25. Shapira N.A., Lessig M.C., Goldsmith T.D., Szabo S.T., Lazoritz M., Gold M.S., Stein D.J. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and anxiety*, 2003. Vol. 17 (4), pp. 207—216. doi:10.1002/da.10094
26. Young K.S. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behavior*, 1998. Vol. 1 (3), pp. 237—244. doi:10.1089/cpb.1998.1.237
27. Zizi P. The Self Online: The Utility of Personal Home Pages. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 2002. Vol. 46 (3), pp. 346—368, doi: 10.1207/s15506878jobem4603_3

ОБЩАЯ ШКАЛА ПРОБЛЕМНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТА: АПРОБАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ВЫБОРКЕ ТРЕТЬЕЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА

А.А. ГЕРАСИМОВА*,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
gerasimova_a@yahoo.com

А.Б. ХОЛМОГОРОВА**,
МНИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского»
Минздрава России, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
kholmogorova@yandex.ru

Представлена третья версия шкалы проблемного использования интернета, разработанная на основе второй усовершенствованной версии шкалы (GPIUS2, Caplan, 2010). Исследование проводилось онлайн среди пользователей Android OS. Факторная структура проверялась на выборке из 204 человек (102 юноши и 102 девушки) от 14 до 21 года ($M_{\text{возр}}=17,34$; $SD=2$). Оценка конвергентной и интеркорреляционной валидности осуществлялась на вы-

Для цитаты:

Герасимова А.А., Холмогорова А.Б. Общая шкала проблемного использования интернета: апробация и валидизация в российской выборке третьей версии опросника // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 56—79. doi: 10.17759/cpp.2018260304

* Герасимова Анна Александровна, студент ФГБОУ ВО МГППУ, факультет консультативной и клинической психологии, Москва, Россия, e-mail: gerasimova_a@yahoo.com

** Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; заведующая лабораторией консультативной психологии и психотерапии МНИИ психиатрии — филиала ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

борках 1100 и 707 человек соответственно, большую часть которых составили девушки. Факторная структура опросника подтверждена посредством конфирматорного факторного анализа. Обнаружена взаимосвязь проблемного использования интернета с психопатологической симптоматикой и полом пользователей. Девушки более склонны к предпочтению онлайн-коммуникации и характеризуются большей компульсивностью и когнитивной поглощенностью жизнью в сети по сравнению с юношами, но менее склонны использовать сеть как стратегию регуляции настроения. Шкала может быть использована для тестирования проблемного использования интернета среди пользователей подросткового и юношеского возраста.

Ключевые слова: проблемное использование интернета, интернет-зависимость, пол, психопатология, GPIUS2, третья версия опросника, валидизация, подростки, молодежь.

На сегодняшний день пользователями всемирной сети являются более 76% жителей России [29]. За время распространения интернета успели войти в широкое употребление такие понятия, как интернет-зависимость, злоупотребление интернетом, компьютерное расстройство, патологическое использование интернета, проблемное использование интернета, компульсивное использование интернета, расстройство использования интернета, патологическое использование электронных медиа.

Этимология выражений свидетельствует о первоначальном негативном оценивании взаимодействия человека с сетевым пространством. Однако на сегодняшний день накоплено достаточное количество свидетельств неоднозначности взаимосвязи интернета и человека, его использующего. Злоупотребление интернетом связывают с депрессией, суицидальным поведением и повышенной тревогой у подростков [15; 30], а также с социальной тревожностью [8; 41] и нарушениями процессов социального познания [7]. Вместе с тем в интернете становится возможным поддержание родственных связей на расстоянии [22] и получение мотивации и эмоциональной поддержки в тематических сообществах [28; 37]. Исследователи интернета говорят об эффектах социального растормаживания (*disinhibition*) и освобождения (*liberating*), безопасной среде, терапевтическом эффекте, интернет-дружбе и т. п. [1].

Интернет-зависимость не включена ни в МКБ-10, ни в DSM-V, ни в готовящуюся к выходу МКБ-11 [23]. В тоже время, при наличии интернет-зависимого поведения могут быть назначены антидепрессанты, антипсихотические средства, антагонисты опиоидных и глутаматных рецепторов и психостимуляторы, а также некоторые противоэпилептические препараты [39].

Представляется корректным замена используемого в научной дискуссии термина *интернет-зависимость* на менее стигматизирующее по-

нятие — *проблемное использование интернета*. Последнее способствует акцентированию внимания на необходимости фиксации механизмов негативных последствий пользования интернетом и позволяет избежать стигматизации интернета как непосредственной причины зависимости. На необходимость такого дифференцированного подхода указывают и отечественные авторы, вводя такие понятия, как баланс коммуникации онлайн и офлайн [7], компьютерная грамотность [3] и т. д.

Первые модели, описывающие проблемное использование интернета, относятся к середине 90-х гг. прошлого века и, по признанию Кимберли Янг (*Kimberly Young*) — автора одной из первых диагностических шкал и популярной книги «Пойманный в сеть» (*Caught in the Net*) — являются модификацией существующих критериев диагностики патологической азартной игры (гэмблинг) [42]. Уже в 1995 г. К. Янг основала центр интернет-аддикции (*The Center for Internet Addiction*) для помощи интернет-зависимым пользователям [35].

Для первых моделей дифференциации пользователей с наличием проблемного использования интернета основополагающим фактором служило количество времени, проводимого в сети. Сегодняшнее качество развития технологий не позволяет применять на практике установленные 20 лет назад нормы [17]. Влияние времени — не линейно. Как показывают некоторые исследования, современный подросток может проводить за различными устройствами до двух часов в будний день и до четырех часов в выходной без ущерба для психологического благополучия [40].

Признавая за *проблемным использованием интернета* самостоятельное расстройство, многие авторы относят его к сфере поведенческих нарушений [24]. При этом отмечается, что различные варианты активностей, осуществление которых возможно в интернете — игры, поиск, шопинг, социальное взаимодействие и т. д. — также влияют на характер взаимодействия и отношение к сети [25].

В своей когнитивно-бихевиоральной модели Ричард Дэвис (*R.A. Davis*) разделяет специфическое патологическое использование интернета (*specific PIU*) и общее патологическое использование интернета (*generalized PIU*). Автор подчеркивает, что зависимость формируется преимущественно от тех возможностей, которые можно осуществлять через сеть, и только у незначительного процента пользователей зависимость присутствует именно от самого интернета [18]. Другие же авторы рассматривают использование интернета в качестве компенсаторной стратегии, а не настоящей аддикции [31; 41].

В целом, современные представления о проблемном использовании интернета опираются на оценку личностной мотивации, последствий и контекста использования сети [19]. В последнее время появляются дан-

ные о роли генетического фактора в формировании проблемного использования интернета [26].

В 2014 г. насчитывалось 45 различных диагностических методик интернет-зависимости только на английском языке. Стефани Лакони (*S. Laconi*) разделяет методики по теоретическим представлениям, лежащим в их основе: патологический гемблинг; зависимость от веществ; когнитивно-бихевиоральная теория; экспертная оценка; отношение участников к тому, как интернет влияет на их поведение. В большинстве своем используются первые два подхода и их комбинации [34].

В обзорной статье, включающей 68 эпидемиологических исследований интернет-зависимости (опубликованных после 2000 г. и с размером выборки не менее 1000 человек), насчитывается 21 используемая методика. Инструменты оценки опираются на официальные критерии для расстройств, вызванных употреблением веществ и игромании, или подсчитывается время, проведенное в интернете, и возникающие вследствие этого проблемы [33]. Чем меньше распространенность заболевания, тем ниже прогностическая способность измеряющих его шкал [20].

Представляется интересным исследование, проведенное среди пользователей *Facebook*, которым предложили поучаствовать в компании «99 дней свободы», подразумевающей полный отказ от использования данной социальной сети. Одной из причин, почему пользователи все-таки возвращались в сеть, оказалась их убежденность в том, что у них есть *Facebook*-аддикция [11]. Это представляется достаточно интересным в связи с вышедшей годом ранее статьей, авторы которой утверждают, что *Facebook* может вызывать зависимость наравне с наркотическими средствами [27].

На русском языке существуют три методики, направленные на диагностику проблемного использования интернета.

1. Тест на определение интернет-зависимости — *Chen Internet Addiction Scale* (*CIAS*, Chen S.H. с соавт.); перевод В.Л. Малыгина, В.Л. Феклисова в 2011 г.

2. Скрининговая диагностика компьютерной зависимости (Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Ботьбот, 2006).

3. Тест на интернет-зависимость — *Internet Addiction Test* (*IAT*, K. Young); перевод и модификация В.А. Лоскутовой в 2004 г.

В результате сравнительного анализа был сделан вывод, что все три методики исследуют одну психологическую реальность [2].

Теоретическим базисом для *Chen Internet Addiction Scale* являются модели пристрастия к азартным играм и субъективное ощущение зависимости. Для методики *Internet Addiction Test* — только азартные игры [34]. При оценке состояния существенную роль играет фактор времени, упоминаемый выше.

К более новым инструментам относится шкала *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* (*GPIUS2*) Скота Каплана (*S. Caplan*), основанная на

предложенной Ричардом Девисом (*R. Davis*) когнитивно-бихевиоральной модели проблемного использования интернета [14; 18]. Первая версия опросника, вышедшая в 2002 г., содержала 7 аспектов проблемного использования интернета (изменение настроения, получение социальных выгод, негативные последствия, компульсивное использование, чрезмерное время онлайн, симптомы отмены и ощущение социального контроля в среде интернет) и состояла из 26 утверждений [12]. Последующие исследования показали возможность объединения двух пар факторов в факторы более высокого порядка: социальные выгоды и социальный контроль в единый фактор *предпочтение онлайн-общения*, а компульсивное использование и когнитивную поглощенность в общий фактор *недостаточная саморегуляция*. Новые данные позволили уточнить модель и разработать вторую версию шкалы, включающую 15 вопросов. Фактор *предпочтение онлайн-общения* стал фактором первого порядка, а фактор *недостаточная саморегуляция* — второго, включающим следующие факторы первого порядка: *когнитивная поглощенность* и *компульсивное использование* [14].

Когнитивно-поведенческая модель предполагает, что проблемное использование интернета включает в себя искаженные когнитивные процессы (в рассматриваемой шкале *когнитивная поглощенность* — это нарушение процессов внимания и способности сконцентрироваться на чем-либо в обычной жизни — режиме офлайн — из-за постоянного мысленного возвращения в пространство интернета), а также дисфункциональное поведение (например, невыполнение обязанностей в профессиональной и семейной жизни), которое приводит к соответствующим негативным последствиям в повседневной жизни [18]. Согласно модели, люди, предпочитающие интерактивное социальное взаимодействие, с большей вероятностью используют интернет для регуляции своего настроения [13], а также они склонны к компульсивному использованию интернета (т. е. к снижению волевой регуляции и трудностям осознанного планирования своей активности в интернете). Лица, использующие интернет для регуляции настроения, как правило, имеют недостаточную саморегуляцию. Недостаточная же саморегуляция в использовании интернета приводит к отрицательным последствиям в повседневной жизни [14].

Вторая версия шкалы (*GPIUS2*) валидизирована и апробирована в Германии [10], Португалии [9; 37], Италии [21].

Описание шкалы проблемного использования интернета

Вторую версию шкалы проблемного использования интернета *GPIUS2* разработал Скот Каплан (*S. Caplan*) — автор первой версии — в 2010 г. Шкала включает 15 утверждений с 7-бальной оценкой согласия,

каждое из которых относится к одному из пяти упомянутых выше факторов проблемного использования интернета:

— предпочтение онлайн-общения — отдается предпочтение онлайн-коммуникациям, а не лицом к лицу;

— регуляция настроения — мотивацией выхода в сеть служит улучшение эмоционального состояния;

— когнитивная поглощенность — отражает неконтролируемое регулярное мысленное возвращение в онлайн-пространство;

— компульсивное использование — отражает трудности планирования своего пребывания в сети;

— негативные последствия — отражает влияние интернета на повседневную жизнь.

Ее преимущество по сравнению с другими шкалами изучения активности в интернете заключается, как мы уже упоминали, в замене понятия «интернет-зависимость» на понятие «проблемное использование интернета», а также в относительной краткости и наличии теоретической базы в виде когнитивно-бихевиоральной модели пользования интернетом. Важным также является отсутствие некоторых устаревших формулировок, которые связаны с другим техническим уровнем пользования интернетом (например, сенсорные экраны вместо пользования мышкой и т. п.).

За прошедшие 8 лет со времени создания второй версии шкалы условия пользования интернетом опять претерпели существенную динамику, которую мы постарались учесть в предлагаемой третьей версии шкалы. Так, при переводе нами использовалось понятие «социальные сети» вместо более широкого понятия «интернет», для сужения контекста и четкости понимания респондентами смысла вопроса, так как данная активность в настоящее время является наиболее распространенной в интернете, а также понятие «сеть» для обозначения интернет/онлайн как информационного пространства. Данный перевод оставляет пространство для свободной интерпретации респондентом понятия «сеть/онлайн», наделяя их собственным смыслом, и не ограничивается определением наличия проблемного использования только социальных сетей. Также была использована гендерно-нейтральная форма предложений, так как данная тема может быть значима для некоторых подростков.

Метод

Выборка и процедура исследования. Сбор всех данных проводился анонимно, заочно, посредством приложения на базе *Android OS*, размещенного в магазине приложений *Google Play*. Пользователи могли самостоятельно находить приложение по ключевым словам и в соответствующих

рубриках магазина. Однако основная часть респондентов прошли тестирование в период с 24 по 25 мая 2018 г. после выхода рекламной рекомендации у блогера в сети *Instagram*. Мотивацией к использованию приложения служила выводимая краткая психологическая характеристика пользователя по итогам прохождения каждого теста, а также отсутствие какой-либо коммерческой составляющей (реклама, покупки и т. п.).

Перед каждым выбранным тестом пользователю предлагалась инструкция, адаптированная под специфику проведения исследования — каждый вопрос размещается на отдельной странице, пользователю предоставляется некоторая информация о выбранном тесте. Например, инструкция нашей версии шкалы проблемного использования интернета 3: «На следующей странице Вам будут предложены утверждения. Просьба оценить, насколько Вы согласны с каждым из них. На основе полученных ответов возможно определение особенностей использования Вами интернета и социальных сетей. Тест содержит 15 вопросов».

Защитой от неосмысленного пролистывания страниц служила небольшая (0,75 секунд) задержка перед возможностью перехода к следующему вопросу. Для различных операций проводились извлечения пересекающихся выборок из общей собранной базы.

Для исследования факторной инвариантности опросника и проверки его теоретической модели использовалась выборка из 204 человек (102 юноши и 102 девушки, полностью совпадающие по возрастным когортам) от 14 до 21 года ($M_{\text{возр.}}=17,34$; $SD=2$).

Для оценки конвергентной валидности использовалась выборка из 1100 человек в возрасте от 14 до 21 года ($M_{\text{возр.}}=16,31$; $SD=1,76$), 1036 из которых девушки. Интеркорреляционная валидность опросника проверялась на выборке из 707 человек в возрасте от 14 до 21 года ($M_{\text{возр.}}=16,24$; $SD=1,78$), 665 из которых девушки.

Методики. Для оценки конвергентной валидности использовалась шкала интернет-зависимости (*Chen Internet Addiction Scale, CIAS, 2003*) в переводе Малыгина В.Л., Феклисова К.А. (2011). Тест состоит из 26 вопросов, каждый из которых относится к одной из пяти шкал: *компульсивные симптомы (Com)*, отражающие дефицит самоконтроля при использовании интернета; *симптомы отмены (Wit)*, отражающие психологический дискомфорт при отсутствии доступа в сеть; *симптомы толерантности (Tol)*, отражающие потребность в увеличении количества времени, затрачиваемого на интернет; *внутриличностные проблемы и проблемы со здоровьем (IH)*, отражающие пренебрежение социальной жизнью и физический дискомфорт — нарушение сна, боли в спине, головные боли; *проблемы с управлением временем (TM)*, отражающие приоритет интернета в повседневном функционировании человека. При обработке подсчитываются отдельно три интегративных показателя:

ключевые симптомы интернет-зависимости (*IA-Sym*), проблемы связанные с интернет-зависимостью (*IA-RP*) и общий *CIAS* балл [5].

Эта методика ориентирована по большей части на пользователей стационарных компьютеров, продолжительное пребывание за которыми может порождать разнообразный физический дискомфорт и пренебрежение повседневной активностью.

Для проверки интеркорреляционной валидности и оценки рисков проблемного использования интернета для психического здоровья использовался опросник *выраженности психопатологической симптоматики* — *Symptomchecklist-90-Revised, SCL-90-R (Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F., 1976; Тарабрина Н.В., 2001)* [6]. Тест состоит из 90 вопросов и девяти шкал: соматизация (*SOM*), обсессивно-компульсивное расстройство (*OC*), интерперсональная чувствительность (*INT*), депрессия (*DEP*), тревога (*ANX*), враждебность (*HOS*), фобическая тревога (*PHOB*), параноидное мышление (*PAR*), психотизм (*PSY*). При обработке подсчитываются дополнительно три интегративных показателя: общий индекс тяжести (*GSI*), общее число утвердительных ответов (*PST*), индекс симптоматического дистресса (*PSDI*) [6].

Результаты

Факторная структура

Факторная структура проверялась посредством конфирматорного факторного анализа в среде разработки *RStudio* (версия R 3.5.0) посредством пакета *lavaan* 0.6-1 (*Yves Rosseel*). Выбранный метод анализа (*MLM*) учитывает отклоняющиеся от нормального распределения данные и использует устойчивые (*robust*) статистики.

Оригинальная модель содержит 15 пунктов, объединенных в пять факторов первого порядка по три пункта в каждом факторе — *предпочтение онлайн-общения, регуляция настроения, когнитивная поглощенность, компульсивное использование и негативные последствия*. Факторы первого порядка — *компульсивное использование и когнитивная поглощенность* — составляют фактор второго порядка — *недостаточная саморегуляция*. Модель показала недостаточно удовлетворительные индексы пригодности ($SB \chi^2=231,41$; $df=82$; $CFI=0,91$; $TLI=0,89$; $RMSEA=0,096$; 90% доверительный интервал от 0,081 до 0,112; $SRMR=0,071$; $p<0,001$).

После исключения пункта 7, который, согласно индексам модификации Лагранжа, имел высокую ковариацию с пунктами, входящими в факторы *когнитивная поглощенность* и *компульсивное использование*, и добавления остаточных корреляций для пунктов 9 и 12, 11 и 12, индексы пригодности модели пришли к необходимому соответствию

(SB $\chi^2=94,59$; $df=65$; CFI=0,98; TLI=0,97; RMSEA=0,051; 90% доверительный интервал от 0,026 до 0,073; SRMR=0,05; $p=0,01$). Все свободно вычисляемые нагрузки пунктов опросника и корреляции между факторами были значимы при $p<0,05$.

Внутренняя согласованность

Внутренняя согласованность шкал показала достаточно высокие результаты. Альфа Кронбаха $\alpha=0,89$ для *предпочтения онлайн-общения*; $\alpha=0,73$ для *регуляции настроения*; $\alpha=0,86$ для *компульсивного использования*; $\alpha=0,82$ для *когнитивной поглощенности*; $\alpha=0,88$ для *негативных последствий*. Для всего опросника $\alpha=0,9$.

Проверка инвариантности

Для групп юношей и девушек модель была проверена на конфигурационную, метрическую и измерительную инвариантность.

Факторная нагрузка пункта 5 оказалась незначительной и незначимой ($\lambda=0,11$; $p=0,29$) для группы девушек и в дальнейшем вычислялась свободно (табл. 1).

Учитывая различия по факторным нагрузкам и корреляциям остаточных членов, можно говорить о частичной метрической и измерительной инвариантности для юношей и девушек.

Таблица 1

Индексы соответствия половой инвариантности модели

Типы инвариантности	χ^2 (df)	CFI	RMSEA	$\Delta\chi^2$ (df)	Δ CFI	Δ RMSEA	p
Конфигурационная инвариантность	220,94 (134)	0,948	0,080	-	-	-	-
Метрическая инвариантность (все факторные нагрузки уравнены)	243,87 (144)	0,940	0,082	22,93 (10)	0,008	0,003	<0,05
Метрическая инвариантность (п. 5 вычисляется свободно)	230,43 (143)	0,947	0,077	9,49 (9)	0,001	0,003	0,39
Измерительная инвариантность	243,78 (151)	0,944	0,078	13,35 (8)	0,003	0,001	0,1

На инвариантность модели также указывает значение критерия Δ CFI (не превышает пороговое значение 0,01), который в отличие от χ^2 не так чувствителен к размеру выборки [16].

Итоговая модель с соответствующей нумерацией пунктов представлена на рис. 1.

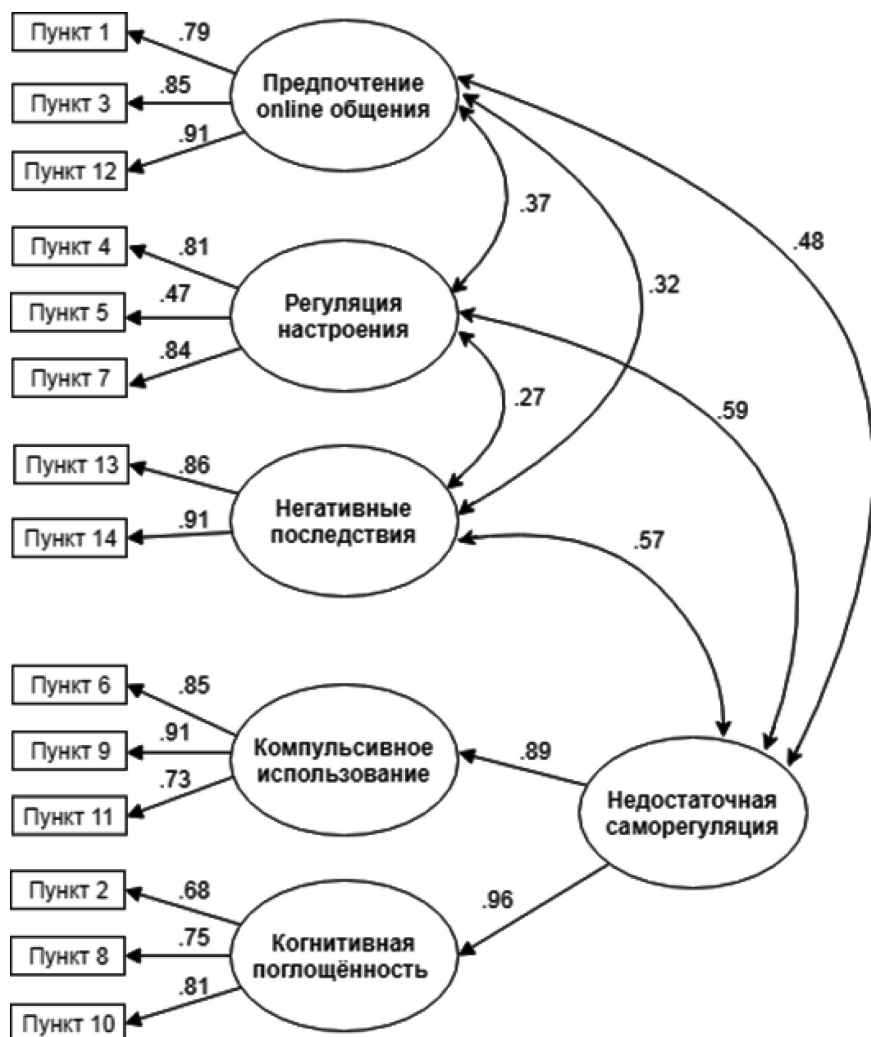


Рис. 1. Пятифакторная модель опросника

Для трех шкал опросника — *предпочтение онлайн-общения*, *когнитивная поглощенность* и *компульсивное использование* — результаты девушек оказались значимо выше результатов юношей (табл. 2).

Таблица 2

Различия между юношами и девушками

Шкалы	Средний ранг в группе девушек	Средний ранг в группе юношей	U Манна–Уитни	p
Предпочтение online-общения	115,08	89,92	6485,5	0,002
Регуляция настроения	108,86	96,14	5851,0	0,12
Компульсивное использование	116,55	88,45	6635,5	0,001
Когнитивная поглощенность	112,11	92,89	6182,5	0,02
Негативные последствия	108,22	96,78	5785,0	0,16

Конвергентная валидность

Конвергентная валидность исследовалась с помощью корреляционного анализа по критерию Спирмена показателей по шкалам опросников: проблемного использования интернета 3 (*GPIUS3*) и интернет-зависимости Чена — *CIAS* (табл. 3).

Таблица 3

Корреляционные связи показателей проблемного использования интернета — шкал *GPIUS3* и *CIAS* — по критерию Спирмена (N=1100)

Шкалы	Предпочтение онлайн-общения	Регуляция настроения	Компульсивное использование	Когнитивная поглощенность	Негативные последствия
Компульсивные симптомы	0,215**	0,291**	0,555**	0,481**	0,372**
Симптомы отмены	0,266**	0,358**	0,439**	0,566**	0,257**
Симптомы толерантности	0,187**	0,277**	0,513**	0,381**	0,393**
Проблемы внутриличностные и со здоровьем	0,227**	0,224**	0,385**	0,247**	0,529**
Управление временем	0,229**	0,275**	0,399**	0,334**	0,396**
Ключевые симптомы	0,261**	0,363**	0,581**	0,561**	0,395**
Проблемы	0,258**	0,273**	0,434**	0,317**	0,524**
Суммарный балл	0,281**	0,348**	0,557**	0,481**	0,501**

Примечание: «**» — корреляция значима на уровне $p < 0,01$.

Мы исходили из следующей общей классификации корреляционных связей: 1) сильная, или тесная, при коэффициенте корреляции $r_s > 0,70$; 2) средняя при $0,50 < r_s < 0,69$; 3) умеренная при $0,30 < r_s < 0,49$; 4) слабая при $0,20 < r_s < 0,29$; 5) очень слабая при $r_s < 0,19$. Все шкалы опросников взаимосвязаны друг с другом, причем во многих случаях отмечаются средние и умеренные по силе корреляции с высоким уровнем значимости, что указывает на сходство измеряемого шкалами конструкта. Наличие как сильных, так и слабых корреляционных связей со шкалами ставшей уже классической методики оценки интернет-зависимости *CIAS* говорит, с одной стороны, о достаточно высокой конвергентной валидности, а с другой — о новых возможностях методики в диагностике проблемного пользования интернетом по сравнению с традиционно применяемой.

Шкала *компульсивные симптомы* опросника *CIAS* содержательно соответствует шкалам *компульсивное использование* и *когнитивная поглощенность* опросника *GPIUS2* и фактору второго порядка — *недостаточная саморегуляция*, так как включает в себя вместе пункты обсессивного и компульсивного использования интернета. Шкала *внутриличностные проблемы и проблемы со здоровьем* опросника *CIAS* основывается на выявлении личностных и физических проблем со здоровьем. Она может быть частично содержательно соотнесена со шкалой *негативные последствия* опросника *GPIUS2*. Последняя содержит пункты общего характера оценки последствий и не касается физического здоровья.

Соотнесение других шкал опросников представляется затруднительным в связи с различными методологическими представлениями, лежащими в их основании.

Интеркорреляционная валидность

Все шкалы опросника проблемного использования интернета положительно коррелируют со всеми шкалами психопатологической симптоматики *SCL-90-R*, причем преобладают слабые корреляционные связи, однако с высоким уровнем значимости (табл. 4).

Шкала *предпочтение онлайн-общения* имеет наиболее сильную взаимосвязь (на уровне умеренной) с *интерперсональной чувствительностью* (чувство неполноценности и личностной неадекватности, особенно при сравнении себя с другими, постоянные негативные ожидания в коммуникациях с людьми) и *фобической тревожностью* (чувство страха и неловкости в транспорте, открытых и людных местах и страх остаться одному). Это косвенно подтверждает данные других авторов о том, что предпочтение онлайн-общения связано с повышенной социальной тревожностью [8].

Таблица 4

Корреляционные связи шкал опросников GPIUS3 и SCL-90 по критерию Спирмена (N=707)

Шкалы	Предпочтение онлайн-общения	Регуляция настроения	Когнитивная поглощенность	Компульсивное использование	Негативные последствия
Соматизация	0,174**	0,228**	0,219**	0,184**	0,182**
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,238**	0,269**	0,323**	0,293**	0,264**
Интерперсональная чувствительность	0,331**	0,272**	0,289**	0,253**	0,263**
Депрессия	0,258**	0,304**	0,288**	0,243**	0,222**
Тревожность	0,200**	0,240**	0,254**	0,211**	0,170**
Враждебность	0,165**	0,207**	0,292**	0,245**	0,211**
Фобическая тревожность	0,347**	0,231**	0,268**	0,210**	0,179**
Паранойяльные симптомы	0,246**	0,198**	0,257**	0,193**	0,195**
Психотизм	0,202**	0,203**	0,257**	0,209**	0,283**
Общий индекс тяжести	0,278**	0,295**	0,321**	0,270**	0,263**
Общее число утвердительных ответов	0,263**	0,232**	0,328**	0,245**	0,284**
Наличие симптоматического дистресса	0,235**	0,269**	0,238**	0,235**	0,180**

Примечание: «**» — корреляция значима на уровне $p < 0,01$.

Шкала *регуляция настроения* имеет наиболее сильную взаимосвязь (на уровне умеренной) со шкалой *депрессия* опросника SCL-90-R (отражает различные симптомы депрессии, включая суицидальные мысли, чувство безнадежности, утрату чувства удовольствия и интереса к жизни). Это подтверждает когнитивно-бихевиоральную модель, согласно которой использование интернета можно рассматривать как стратегию совладания с негативными эмоциями. Шкала *когнитивная поглощенность* имеет целых три умеренно высокие корреляции с показателями опросника SCL-90-R, с показателем обсессивно-компульсивной симптоматики (навязчивые сомнения, трудности принятия решений, повторяющиеся неотвязные неприятные мысли), а также наиболее сильные связи по сравнению с другими шкалами GPIUS2 с общим индексом психопатологической симптоматики GSI (интегральным, наиболее важным показателем психического неблаго-

гополучия) и индексом PST (отражающим общее количество положительных ответов на разные вопросы шкалы). Таким образом, охваченность сознания мыслями об интернете в периоды отсутствия контакта с ним или доступа к нему дало наиболее сильные корреляции с общими показателями психического неблагополучия, что хорошо согласуется с теоретической основой шкалы GPIUS2, в которой подчеркивается важность деструктивных когнитивных процессов в проблемном пользовании интернетом.

Проверка теоретической модели

После подтверждения измерительного соответствия модели была произведена проверка отношений ее теоретических конструктов. Результаты показали, что модель пригодна для оценки уровня деструктивности использования социальных сетей в русскоязычной популяции и имеет значимые связи между всеми входящими в нее переменными.

Предпочтение online-общения оказалось значительным предиктором *недостаточной саморегуляции* ($\beta=0,32$) и *регуляции настроения* ($\beta=0,38$). *Регуляция настроения* оказалась существенным предиктором *недостаточной саморегуляции* ($\beta=0,44$). А *недостаточная саморегуляция* оказалась значимым предиктором *негативных последствий* ($\beta=0,58$). Все эффекты значимы при $p<0,001$.

Модель имеет достаточную пригодность ($\chi^2=168,18$; $df=71$; $CFI=0,94$; $TLI=0,92$; $RMSEA=0,082$; $SRMR=0,05$; $p<0,001$) и объясняет 41% дисперсии *недостаточной саморегуляции*, 34% дисперсии *негативных последствий* и 14% дисперсии *регуляции настроения* (рис. 2).

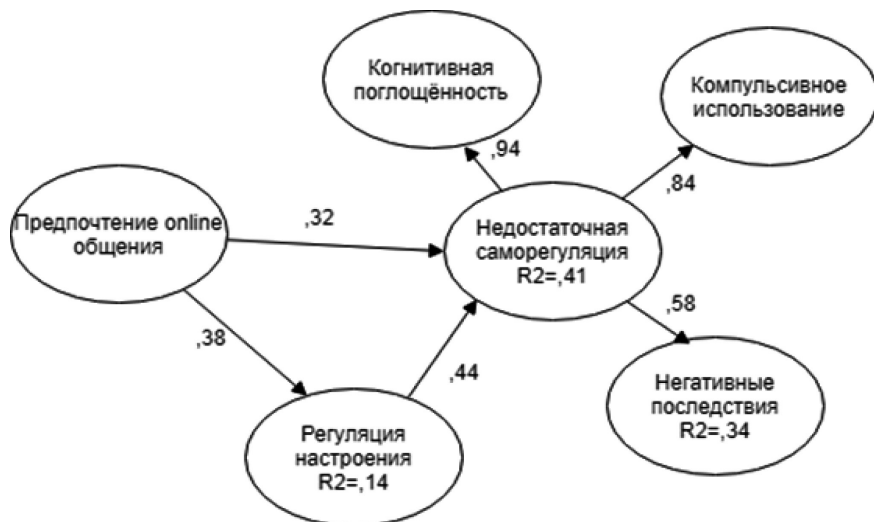


Рис. 2. Стандартизованные оценки структурной модели

Обсуждение

Шкала проблемного использования интернета *GPIUS2* является современным инструментом измерения когнитивных процессов и особенностей поведения человека в сети, учитывая его непосредственный пользовательский опыт. Само ее название, в котором авторы вместо понятия «интернет-зависимость» используют понятие «проблемное пользование интернетом», больше соответствует современным тенденциям дифференцированного подхода к пользованию интернетом без стигматизации этого процесса, ставшего уже неотъемлемой частью культуры современного информационного общества.

Модификация авторами статьи опросника *GPIUS2* в форме замены термина «интернет» на термины «онлайн» и «социальные сети» позволила освободить его от недостатка, связанного с чрезмерно широким смыслом термина «интернет», который употребляется в оригинальной версии. Во избежание путаницы представляется целесообразным дать данной модификации название «Общая шкала проблемного использования интернета-3» или *GPIUS3*.

Частичная инвариантность теста связана со шкалой *регуляция настроения*, для которой группа девушек имеет более низкие факторные нагрузки по ее пунктам. На теоретическом уровне можно предположить, что девушки в отличие от юношей менее склонны решать проблемы с настроением посредством общения через социальные сети и в случае наличия пониженного настроения могут использовать другие стратегии. Это согласуется с данными о связи гендерной идентичности с предпочитаемыми копингами [4] и требует дальнейшего изучения, особенно в связи с трансформацией коммуникативных связей и гендерных стереотипов в современном информационном обществе.

Опросник успешно переведен и апробирован в нескольких странах. Некоторые конечные модели отличаются от оригинальной. Но ни в одном из рассматриваемых исследований не потребовалось исключение пунктов опросника. В Италии и Германии наибольшую пригодность продемонстрировала четырехфакторная модель проблемного использования интернета (*компульсивное использование и когнитивная поглощенность* были объединены в фактор *недостаточная саморегуляция*) [22]. В немецком исследовании была использована 5-бальная шкала вместо 7-бальной. В сравнении с девушками немецкие юноши в среднем получили более высокие баллы по шкалам опросника [10]. На португальской выборке модель имеет большую по сравнению с нашими данными предсказательную силу (модель объясняет 82% дисперсии негативных последствий, 56% дисперсии *недостаточной саморегуляции*

и 34% дисперсии *регуляции настроения*) [9]. Более глубокое сравнение представляется затруднительным в связи с использованием авторами различных сопутствующих методик для тестирования конвергентной и интеркорреляционной валидности. В нашем случае при разработке русскоязычной модифицированной версии был исключен один из пунктов опросника (их стало 14, а не 15) и изменены формулировки некоторых вопросов.

Выводы

Общая шкала проблемного использования интернета-3 (*GPIUS3*) показала достаточно хорошие психометрические свойства — высокую согласованность шкал, достаточно высокие интеркорреляционную и конвергентную валидность. Подтверждена факторная структура исходной модели. Таким образом, можно говорить о достаточной пригодности *GPIUS3* (модифицированной версии шкалы *GPIUS2*) для использования в российской подростковой и молодежной выборках.

Установленная частичная инвариантность опросника для юношей и девушек (у шкалы *регуляция настроения* факторные нагрузки девушек ниже факторных нагрузок юношей) требует дальнейшего изучения.

Обнаружены различия в характере проблемного пользования интернетом у девушек и юношей. Девушки более склонны к предпочтению онлайн-коммуникации и характеризуются большей компульсивностью и когнитивной поглощенностью жизнью в сети по сравнению с юношами.

Проблемное пользование интернетом оказалось взаимосвязано с психопатологической симптоматикой. Наиболее высокие корреляции индексов общего психического неблагополучия опросника SCL-90-R отмечаются со шкалой *когнитивная поглощенность*. Последнее свидетельствует о важности искаженных когнитивных процессов как механизма проблемного пользования интернетом.

Приложение

Общая шкала проблемного использования интернета-3 (GPIUS3)

Инструкция. На следующей странице Вам будут предложены утверждения. Просьба оценить, насколько Вы согласны с каждым из них. На основе полученных ответов возможно определение особенностей использования Вами интернета и социальных сетей.

Полностью не согласен (1), Не согласен (2), Скорее не согласен (3), Ни то ни другое (4), Скорее согласен (5), Согласен (6), Полностью согласен (7).

№	Утверждения	Ответ
1	Для меня более комфортно социальное взаимодействие online, чем лицом к лицу	
2	Когда я не бываю online какое-то время, то меня начинает беспокоить мысль о выходе в сеть	
3	Я предпочитаю общаться с людьми online, чем лицом к лицу	
4	Я использую социальные сети, чтобы почувствовать себя лучше, когда мне грустно	
5	Я использую социальные сети, чтобы поговорить с другими, когда чувствую себя в изоляции	
6	Мне сложно контролировать количество времени проводимого online	
7	Я использую социальные сети, чтобы почувствовать себя лучше, когда расстраиваюсь	
8	Я буду чувствовать себя потерянно, если не смогу быть online	
9	Мне трудно контролировать мое пребывание в сети	
10	Я навязчиво думаю о выходе в сеть, когда я offline	
11	Когда я offline, мне сложно сопротивляться желанию выйти в сеть	
12	Я предпочитаю социальные взаимодействия online, чем общение лицом к лицу	
13	Мое использование социальных сетей создало проблемы в моей жизни	
14	Мое использование социальных сетей создало трудности в управлении жизнью	

Соответствующие баллы суммируются для подсчета каждой шкалы.

Шкалы

Предпочтение онлайн-общения — 1, 3, 12.

Регуляция настроения — 4, 5, 7.

Когнитивная поглощенность — 2, 8, 10.

Компульсивное использование — 6, 9, 11.

Негативные последствия — 13, 14.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова Н.А., Ерицян К.Ю., Марарица Л.В. Романтические знакомства в сети интернет: изучение феномена [Электронный ресурс] // Петербургский психологический журнал. 2015. № 10. С. 1—29. URL: <http://ppj.spbu.ru/index.php/psy/article/download/73/46/> (дата обращения: 18.07.2018).
2. Войскунский А.Е., Митина О.В., Гусейнова А.А. Диагностика зависимости от интернета: сравнение методических средств [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. Т. 4 № 33. URL: http://mprj.ru/archiv_global/2015_4_33/nomer12.php (дата обращения: 18.07.2018).
3. Ермолова Т.В., Литвинов А.В., Флорова Н.Б. Компьютерная зависимость и компьютерная грамотность: две стороны единого процесса [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6. № 4. С. 46—55. doi:10.17759/jmfp.2017060405
4. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни. Кострома: КГУ имени Н.А. Некрасова, 2010. 380 с.
5. Малыгин В.Л., Феклисов К.А. Интернет-зависимое поведение. Критерии и методы диагностики [Электронный ресурс]. М.: МГМСУ, 2011. 32 с. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library135.pdf> (дата обращения: 18.07.2018).
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
7. Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н. Общение в Интернете и эмпатия в подростковом и юношеском возрастах // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2016. Т. 8. № 4. С. 129—141. doi:10.17759/psyedu.2016080413
8. Холмогорова А.Б., Авакян Т.В., Клименкова Е.Н., Малюкова Д.А. Общение в интернете и социальная тревожность у подростков из разных социальных групп // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 24. № 4. С. 102—129. doi:10.17759/cpp.2015230407
9. Assunção S., Matos P.M. The Generalized Problematic Internet Use Scale 2: Validation and test of the model to Facebook use // Journal of Adolescence. 2017. Vol. 54. P. 51—59. doi:10.1016/j.adolescence.2016.11.007
10. Barke A., Nyenhuis N., Krner-Herwig B. The German version of the Generalized Pathological Internet Use Scale 2: a validation study // Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2014. Vol. 17 (7). P. 474—482. doi:10.1089/cyber.2013.0706
11. Baumer E.P.S., Guha S., Quan E., Mimno D., Gay G.K. Missing Photos, Suffering Withdrawal, or Finding Freedom? How Experiences of Social Media Non-Use Influence the Likelihood of Reversion [Электронный ресурс] // Social Media + Society. 2015. Vol. 1 (2). URL.: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2056305115614851?width=921.6&height=921.6&TB_iframe=true (дата обращения: 10.08.2018). doi:10.1177/2056305115614851
12. Caplan S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive—behavioral measurement instrument // Computers in Human Behavior. 2002. Vol. 18. P. 553—575. doi:10.1016/S0747-5632(02)00004-3
13. Caplan S.E. Relations Among Loneliness, Social Anxiety, and Problematic Internet Use // CyberPsychology & Behavior. 2007. Vol. 10 (2). P. 234—242. doi:10.1089/cpb.2006.9963

14. *Caplan S.E.* Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach // *Computers in Human Behavior*. 2010. Vol. 26 (5). P. 1089—1097. doi:10.1016/j.chb.2010.03.012
15. *Casale S., Lecchi S., Fioravanti G.* The Association Between Psychological Well-Being and Problematic Use of Internet Communicative Services Among Young People // *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 2015. Vol. 149 (5). P. 480—497. doi:10.1080/00223980.2014.905432
16. *Cheung G.W., Rensvold B.* Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance // *Structural Equation Modeling*. 2002. Vol. 9 (2). P. 233—255. doi:10.1207/S15328007SEM09025
17. *Dalal P.K., Basu D.* Twenty years of Internet addiction ... Quo Vadis? // *Indian Journal Psychiatry*. 2016. Vol. 56 (1). P. 6—11. doi:10.4103/0019-5545.174354
18. *Davis R.A.* A cognitive-behavioral model of pathological Internet use // *Computers in Human Behavior*. 2001. Vol. 17 (2). P. 187—195. doi:10.1016/S0747-5632(00)00041-8
19. *Demetrovics Z., Király O.* Internet/gaming addiction is more than heavy use over time: Commentary on Baggio and colleagues (2015) // *Addiction*. 2016. Vol. 111(3). P. 523—524. doi:10.1111/add.13244
20. *Demetrovics Z., Maraz A., Király O.* Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. The diagnostic pitfalls of surveys: If you score positive on a test of addiction, you still have a good chance not to be addicted // *Journal of Behavioral Addictions*. 2015. Vol. 4 (3). P. 151—154. doi:10.1556/2006.4.2015.026
21. *Fioravanti G., Primi C., Casale S.* Psychometric Evaluation of the Generalized Problematic Internet Use Scale 2 in an Italian Sample // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2013. Vol. 16 (10). P. 761—766. doi:10.1089/cyber.2012.0429
22. *Francisco V.* ‘The Internet Is Magic’: Technology, Intimacy and Transnational Families // *Critical Sociology*. 2015. Vol. 41 (1). P. 173—190. doi:10.1177/0896920513484602
23. *Grant J.E., Chamberlain S.* Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11 // *CNS Spectrums*. 2016. Vol. 21 (4). P. 300—303. doi:10.1017/S1092852916000183
24. *Griffiths M.D.* Does internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence // *CyberPsychology & Behavior*. 2000. Vol. 3 (2). P. 211—218. doi:10.1089/109493100316067
25. *Griffiths M.D., Pontes M.H., Szabo A.* The impact of Internet-based specific activities on the perceptions of Internet addiction, quality of life, and excessive usage: A cross-sectional study // *Addictive Behaviors Reports*. 2016. Vol. 1. P. 19—25. doi:10.1016/j.abrep.2015.03.002
26. *Hahn E., Reuter M., Spinath F.M., Montag C.* Internet addiction and its facets: The role of genetics and the relation to self-directedness // *Addictive Behaviors*. 2017. Vol. 39. P. 137—146. doi:10.1016/j.addbeh.2016.10.018
27. *Hormes J.M., Kearns B., Timko C.A.* Craving Facebook? Behavioral addiction to online social networking and its association with emotion regulation deficits // *Addiction*. 2014. Vol. 109 (12). P. 2079—2088. doi:10.1111/add.12713

28. Hwang K.O., Ottenbacher A.J., Green A.P., Cannon-Diehl M.R., Richardson O., Bernstam E.V., Thomas E.J. Social support in an Internet weight loss community // *International Journal of Medical Informatics*. 2009. Vol. 79 (1). P. 5—13. doi:10.1016/j.ijmedinf.2009.10.003
29. Internet World Stats [Электронный ресурс]. URL: <https://www.internetworldstats.com/europa2.htm> (дата обращения: 14.08.2018)
30. Kaess M. et al. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014. Vol. 23 (11). P. 1093—1102. doi:10.1007/s00787-014-0562-7
31. Kardefelt-Winther D. A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use // *Computers in Human Behavior*. 2014. Vol. 31. P. 351—354. doi:10.1016/j.chb.2013.10.059
32. Ko H.C., Wu J.Y., Lane H.Y. Personality Disorders in Female and Male College Students With Internet Addiction // *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. 2016. Vol. 204 (3). P. 221—225. doi:10.1097/NMD.0000000000000708
33. Kuss D.J., Griffiths M.D., Karila L., Billieux J. Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade // *Current Pharmaceutical Design*. 2014. Vol. 20 (25). P. 4026—4052. doi:10.2174/13816128113199990617
34. Laconi S., Rodgers F., Chabrol H. The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties // *Computers in Human Behavior*. 2014. Vol. 41. P. 190—202. doi:10.1016/j.chb.2014.09.026
35. Net Addiction [Электронный ресурс]. URL: <http://netaddiction.com/kimberly-young/> (дата обращения: 14.08.2018)
36. Nimrod G. Challenging the Internet Paradox: Online Depression Communities and Well-Being [Электронный ресурс] // *International Journal of Internet Science*. 2013. Vol. 8 (1). P. 30—48. URL: http://www.ijis.net/ijis8_1/ijis8_1_nimrod.pdf. (дата обращения: 18.07.2018).
37. Pontes H.M., Caplan S.E., Griffiths M.D. Psychometric Validation Of The Generalized Problematic Internet Use Scale 2 In A Portuguese Sample // *Computers in Human Behavior*. 2016. Vol. 63. P. 823—833. doi:10.1016/j.chb.2016.06.015
38. Przepiorka A.M., Blachnio A., Miziak B., Czuczwar S.J. Clinical approaches to treatment of Internet addiction // *Pharmacological Reports*. 2014. Vol. 66 (2). P. 187—191. doi:10.1016/j.pharep.2013.10.001
39. Przybylski A.K., Weinstein N. A Large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis: Quantifying the Relations Between Digital-Screen Use and the Mental Well-Being of Adolescents // *Psychological Science*. 2017. Vol. 28 (2). P. 204—215. doi:10.1177/0956797616678438
40. Schimmenti A., Caretti V. Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction // *Psychoanalytic Psychology*. 2010. Vol. 2 (27). P. 115—132. doi:10.1037/a0019414
41. Yang C.C., Brown B.B. Factors involved in associations between Facebook use and college adjustment: Social competence, perceived usefulness, and use patterns // *Computers in Human Behavior*. 2015. P. 245—253. doi:10.1016/j.chb.2015.01.015
42. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // *CyberPsychology & Behavior*. 1998. Vol. 1 (3). P. 237—244. doi:10.1089/cpb.1998.1.25

THE GENERALIZED PROBLEMATIC INTERNET USE SCALE 3 MODIFIED VERSION: APPROBATION AND VALIDATION ON THE RUSSIAN SAMPLE

A.A. GERASIMOVA*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
gerasimova_a@yahoo.com

A.B. Kholmogorova**,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
kholmogorova@yandex.ru

The present study introduces the third version of the Generalized Problematic Internet Use Scale which takes into account the current tendencies in internet use and is based on the second revised version of the scale (GPIUS2, Caplan, 2010). The research was carried out online among Android OS users. The factor structure was verified on a sample of 204 persons (102 males and 102 females) aged from 14 to 21 years ($M=17,34$; $SD=2$). Convergent and intercorrelation validity was verified on samples of 1100 and 707 persons respectively, the majority of respondents were females. The factor structure of the scale was verified by means of confirmatory factor analysis. A relationship between problematic internet use with psychopathological symptoms and gender was found. Girls are more likely to prefer online communication and are more compulsive and cognitively preoccupied with life in the network compared to boys, but are less likely to use the network as a way of mood regulation. The overall results confirm that the scale is an adequate measure of problematic internet use among adolescents and young adults.

Keywords: problematic internet use, internet addiction, gender, psychopathology, GPIUS2, validation, adolescents, young adults.

For citation:

Gerasimova A.A., Kholmogorova A.B. The Generalized Problematic Internet Use Scale 3 Modified Version: Approbation and Validation on the Russian Sample. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 56—79. doi: 10.17759/cpp.2018260304. (In Russ., abstr. in Engl.).

* Gerasimova Anna Aleksandrovna, student, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: gerasimova_a@yahoo.com

** Kholmogorova Alla Borisovna, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, acting dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

REFERENCES

1. Antonova N.A., Eritsyun K.Yu., Mararitsa L.V. Romanticheskie znakomstva v seti internet: izuchenie fenomena [Elektronnyi resurs] [Online Romantic Relationships: Examine the Phenomenon]. *Peterburgskii psikhologicheskii zhurnal [Petersburg Psychological Journal]*, 2015, no. 10. Available at: <http://ppj.spbu.ru/index.php/psy/article/download/73/46/> (Accessed 18.07.2018).
2. Voiskunskii A.E., Mitina O.V., Guseinova A.A. Diagnostika zavisimosti ot interneta: sravnenie metodicheskikh sredstv [Elektronnyi resurs] [Measurement of Internet addiction: comparison of diagnostic methods]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii [Medical Psychology in Russia]*, 2015. Vol. 4 (33). Available at: http://mprj.ru/archiv_global/2015_4_33/nomer12.php. (Accessed 18.07.2018).
3. Ermolova T.V., Litvinov A.V., Florova N.B. Komp'yuternaya zavisimost' i komp'yuternaya gramotnost': dve storony edinogo protsessa [Computer addiction and computer literacy: two sides of the same process]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Journal of Modern Foreign Psychology]*, 2017. Vol. 6 (4), pp. 46—55. doi:10.17759/jmfp.2017060405 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Kryukova T.L. Psikhologiya sovdayushchego povedeniya v raznye periody zhizni [Psychology of coping behavior in different periods of life]. Kostroma: Publ. KGU im. N.A. Nekrasova, 2010. 380 p.
5. Malygin V.L., Feklisov K.A. Internet-zavisimoe povedenie. Kriterii i metody diagnostiki [Elektronnyi resurs] [Internet Addiction Behavior. Criteria And Methods of Diagnostics]. Moscow: MGMSU, 2011. 32 p. Available at: <http://www.medpsy.ru/library/library135.pdf>. (Accessed 18.07.2018).
6. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttraumaticheskogo stressa [Manual on the psychology of post-traumatic stress]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 272 p.
7. Kholmogorova A.B., Klimenkova E.N. Obschenie v Internete i empatiya v podrostkovom i yunosheskom vozrastakh [Internet Communication and Empathy in Adolescence and Early Adulthood]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru [Psychological Science and Education PSYEDU.ru]*, 2016. Vol. 8 (4), pp. 129—141. doi: 10.17759/psyedu.2016080413. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Kholmogorova A.B., Avakyan T.V., Klimenkova E.N., Malyukova D.A. Obschenie v internete i sotsial'naya trevozhnost' u podrostkov iz raznykh sotsial'nykh grupp [Internet communication and social anxiety among different social groups of adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2015. Vol. 23 (4), pp. 102—129. doi:10.17759/cpp.2015230407. (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Assunção S., Matos P.M. The Generalized Problematic Internet Use Scale 2: Validation and test of the model to Facebook use. *Journal of Adolescence*, 2017. Vol. 54, pp. 51—59. doi:10.1016/j.adolescence.2016.11.007
10. Barke A., Nyenhuis N., Kr ner-Herwig B. The German version of the Generalized Pathological Internet Use Scale 2: a validation study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2014. Vol. 17 (7), pp. 474—482. doi:10.1089/cyber.2013.0706
11. Baumer E.P.S., Guha S., Quan E., Mimno D., Gay G. K. Missing Photos, Suffering Withdrawal, or Finding Freedom? How Experiences of Social Media Non-Use Influence the Likelihood of Reversion. *Social Media + Society*, 2015. Vol. 1 (2). Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2056305115614851?>

width=921.6&height=921.6&TB_iframe=true (Accessed: 10.08.2018).
doi:10.1177/2056305115614851

12. Caplan S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive—behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 2002. Vol. 18, pp. 553—575. doi:10.1016/S0747-5632(02)00004-3
13. Caplan S.E. Relations Among Loneliness, Social Anxiety, and Problematic Internet Use. *CyberPsychology and Behavior*, 2007. Vol. 10 (2), pp. 234—242. doi:10.1089/cpb.2006.9963
14. Caplan S.E. Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, 2010. Vol. 26 (5), pp. 1089—1097. doi:10.1016/j.chb.2010.03.012
15. Casale S., Lecchi S., Fioravanti G. The Association Between Psychological Well-Being and Problematic Use of Internet Communicative Services Among Young People. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 2015. Vol. 149 (5), pp. 480—497. doi:10.1080/00223980.2014.905432
16. Cheung G.W., Rensvold B. Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling*, 2002. Vol. 9 (2), pp. 233—255. doi:10.1207/S15328007SEM09025
17. Dalal P.K., Basu D. Twenty years of Internet addiction ... Quo Vadis? *Indian Journal Psychiatry*, 2016. Vol. 56 (1), pp. 6—11. doi:10.4103/0019-5545.174354
18. Davis R.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 2001. Vol. 17 (2), pp. 187—195. doi:10.1016/S0747-5632(00)00041-8
19. Demetrovics Z., Király O. Internet/gaming addiction is more than heavy use over time: Commentary on Baggio and colleagues (2015). *Addiction*, 2016. Vol. 111 (3), pp. 523—524. doi:10.1111/add.13244
20. Demetrovics Z., Maraz A., Király O. Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. The diagnostic pitfalls of surveys: If you score positive on a test of addiction, you still have a good chance not to be addicted. *Journal of Behavioral Addictions*, 2015. Vol. 4 (3), pp. 151—154. doi:10.1556/2006.4.2015.026
21. Fioravanti G., Primi C., Casale S. Psychometric Evaluation of the Generalized Problematic Internet Use Scale 2 in an Italian Sample. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2013. Vol. 16 (10), pp. 761—766. doi:10.1089/cyber.2012.0429
22. Francisco V. 'The Internet Is Magic': Technology, Intimacy and Transnational Families. *Critical Sociology*, 2015. Vol. 41 (1), pp. 173—190. doi:10.1177/0896920513484602
23. Grant J.E., Chamberlain S. Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*. 2016. Vol. 21 (4), pp. 300—303. doi:10.1017/S1092852916000183
24. Griffiths M.D. Does internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. *CyberPsychology and Behavior*, 2000. Vol. 3 (2), pp. 211—218. doi:10.1089/109493100316067
25. Griffiths M.D., Pontes M.H., Szabo A. The impact of Internet-based specific activities on the perceptions of Internet addiction, quality of life, and excessive usage: A cross-sectional study. *Addictive Behaviors Reports*, 2016. Vol. 1, pp. 19—25. doi:10.1016/j.abrep.2015.03.002
26. Hahn E., Reuter M., Spinath F.M., Montag C. Internet addiction and its facets: The role of genetics and the relation to self-directedness. *Addictive Behaviors*, 2017. Vol. 39, pp. 137—146. doi:10.1016/j.addbeh.2016.10.018

27. Hormes J.M., Kearns B., Timko C.A. Craving Facebook? Behavioral addiction to online social networking and its association with emotion regulation deficits. *Addiction*, 2014. Vol. 109 (12), pp. 2079—2088. doi:10.1111/add.12713
28. Hwang K.O., Ottenbacher A.J., Green A.P., Cannon-Diehl M.R., Richardson O., Bernstam E.V., Thomas E.J. Social support in an Internet weight loss community. *International Journal of Medical Informatics*, 2009. Vol. 79 (1), pp. 5—13. doi:10.1016/j.ijmedinf.2009.10.003
29. Internet World Stats. Available at: <https://www.internetworldstats.com/europa2.htm> (Accessed: 14.08.2018)
30. Kaess M. et al. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2014. Vol. 23 (11), pp. 1093—1102. doi:10.1007/s00787-014-0562-7
31. Kardefelt-Winther D. A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behavior*, 2014. Vol. 31, pp. 351—354. doi:10.1016/j.chb.2013.10.059
32. Ko H.C., Wu J.Y., Lane H.Y. Personality Disorders in Female and Male College Students With Internet Addiction. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 2016. Vol. 204 (3), pp. 221—225. doi:10.1097/NMD.0000000000000708
33. Kuss D.J., Griffiths M.D., Karila L., Billieux J. Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade. *Current Pharmaceutical Design*, 2014. Vol. 20 (25), pp. 4026—4052. doi:10.2174/13816128113199990617
34. Laconi S., Rodgers F., Chabrol H. The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. *Computers in Human Behavior*, 2014. Vol. 41, pp. 190—202. doi:10.1016/j.chb.2014.09.026
35. Net Addiction. Available at: <http://netaddiction.com/kimberly-young/> (Accessed 18.07.2018)
36. Nimrod G. Challenging the Internet Paradox: Online Depression Communities and Well-Being. *International Journal of Internet Science*, 2013. Vol. 8 (1), pp. 30—48. Available at: http://www.ijis.net/ijis8_1/ijis8_1_nimrod.pdf (Accessed 18.07.2018).
37. Pontes H.M., Caplan S.E., Griffiths M.D. Psychometric Validation Of The Generalized Problematic Internet Use Scale 2 In A Portuguese Sample. *Computers in Human Behavior*, 2016. Vol. 63, pp. 823—833. doi:10.1016/j.chb.2016.06.015
38. Przepiorka A.M., Blachnio A., Miziak B., Czuczwar S.J. Clinical approaches to treatment of Internet addiction. *Pharmacological Reports*, 2014. Vol. 66 (2), pp. 187—191. doi:10.1016/j.pharep.2013.10.001
39. Przybylski A.K., Weinstein N. A Large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis: Quantifying the Relations Between Digital-Screen Use and the Mental Well-Being of Adolescents. *Psychological Science*, 2017. Vol. 28 (2), pp. 204—215. doi:10.1177/0956797616678438
40. Schimmenti A., Caretti V. Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction. *Psychoanalytic Psychology*, 2010. Vol. 2 (27), pp. 115—132. doi:10.1037/a0019414
41. Yang C.C., Brown B.B. Factors involved in associations between Facebook use and college adjustment: Social competence, perceived usefulness, and use patterns. *Computers in Human Behavior*, 2015. Vol. 46, pp. 245—253. doi:10.1016/j.chb.2015.01.015
42. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1998. Vol. 1 (3), pp. 237—244. doi:10.1089/cpb.1998.1.25

**МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ
НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ
В ЗНАЧИМЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ**
**METHODS OF DIAGNOSING PERSONALITY
DIRECTEDNESS IN SIGNIFICANT LIFE SITUATIONS**

АДАПТАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЯМ (SOCRATES)

С.Г. КЛИМАНОВА*,

НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева, СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия,
svetlanagk@mail.ru

А.В. ТРУСОВА**,

СПбГУ, НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия,
anna.v.trusova@gmail.com

Для цитаты:

Климанова С.Г., Трусова А.В., Киселев А.С., Бернцев В.А., Громько Д.И., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 80—104. doi: 10.17759/cpp.2018260305

* *Климанова Светлана Георгиевна*, научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»; аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: svetlanagk@mail.ru

** *Трусова Анна Владимировна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет; научный сотрудник отделения лечения больных алкого-

А.С. КИСЕЛЕВ*,**

НИИ гриппа имени А.А. Смородинцева, НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия,
biomedstat2010@gmail.com

В.А. БЕРНЦЕВ**,**

ООО «Валеоника», Санкт-Петербург, Россия,
berntsev@go.ru

Д.И. ГРОМЫКО***,**

НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия,
dmgrom@list.ru

Р.Д. ИЛЮК***,**

НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия,
ruslan.iluk@mail.ru

Е.М. КРУПИЦКИЙ***,**

НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева, Первый СПбГМУ
имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия,
kruenator@gmail.com

лизмом, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: anna.v.trusova@gmail.com

*** *Киселев Алексей Сергеевич*, специалист по биомедицинской статистике, ФГБУ «Научно-исследовательский институт имени А.А. Смородинцева»; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: biomedstat2010@gmail.com

**** *Бернцев Владимир Александрович*, врач психиатр-нарколог, ООО «Валеоника», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: berntsev@go.ru

***** *Громыко Дмитрий Иванович*, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения терапии больных с аддиктивной патологией, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: dmgrom@list.ru

***** *Илюк Руслан Дмитриевич*, кандидат медицинских наук, руководитель отделения терапии больных с аддиктивной патологией, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: ruslan.iluk@mail.ru

***** *Крупицкий Евгений Михайлович*, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела наркологии, заместитель директора по науке, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»; руководитель лаборатории клинической фармакологии аддиктивных состояний, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: kruenator@gmail.com

Представлены результаты адаптации русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям у лиц с зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ (SOCRATES, versions 8A, 8D). В исследовании приняли участие 322 пациента, проходящих амбулаторное и/или стационарное лечение от алкогольной (N=201) или полисубстантной (N=121) зависимости на базе ФГБУ НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева. Процедура адаптации включала перевод, тестирование на выборке пациентов с различными химическими зависимостями, проверку факторной структуры и надежности (внутренней согласованности) опросника. Результаты конфирматорного факторного анализа (КФА) свидетельствуют об однофакторной структуре опросника в русскоязычной версии, отражающей общую готовность к изменениям в отношении употребления ПАВ. Пол, возраст и клинические характеристики участников исследования не имели значимого влияния на психометрические характеристики опросника.

Ключевые слова: SOCRATES, мотивация, готовность к изменениям, стадии готовности к изменениям, валидизация, химические зависимости, алкогольная зависимость.

Оценка мотивации к лечению и к изменению поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), является одной из важных практических задач в области терапии зависимостей. Результаты многочисленных исследований указывают на то, что уровень мотивации является значимым предиктором поддержания трезвости после прохождения лечения [43], во многом определяет успех лечения даже при низком уровне показателей самооэффективности [33] и с высокой степенью достоверности указывает на вероятность удержания пациентов в лечении [25; 27; 34; 44]. В то же время низкий уровень мотивации к изменениям является одним из значимых факторов отсутствия обращения за помощью [23] и преждевременного прекращения лечения [45]. Мотивация к изменению употребления алкоголя является важным прогностическим фактором, как у обращающихся за стационарной помощью пациентов, так и у тех, кто не обращается за помощью и не попадает в фокус наблюдения специалистов [6; 7; 12; 14].

Несмотря на теоретическую и практическую значимость изучения мотивации, ряд концептуальных и методологических сложностей в определении и измерении данного конструкта затрудняют его использование. В работах отечественных и зарубежных авторов существует множество подходов к определению и изучению мотивации (Е.П. Ильин, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Д. Аткинсон, А. Маслоу, Ф. Герцберг и др.). В последние годы широкое распространение получили исследования в области мотивации изменения поведения и мотивации к лече-

нию при различных формах зависимости в работах зарубежных и отечественных авторов [1; 2; 7; 12; 24; 25; 27; 29; 30].

В рамках данного исследования мы придерживаемся подхода к мотивации Карло ДиКлементи и Джеймса Прохазки (*C. DiClemente, J. Prochaska*), а также Уильяма Миллера (*W. Miller*), согласно которому мотивация к изменению поведения является не стабильной личностной характеристикой, а постоянно меняющимся процессом, развертывающимся во времени и обусловленным как внутренним состоянием человека, так и внешними факторами [38; 39].

Мотивация пациентов с зависимостью является многоуровневым сложносоставным феноменом, включающем нейрофизиологические, когнитивные, эмоциональные и личностные аспекты. На выраженность мотивации к лечению и изменению употребления ПАВ влияют такие факторы, как особенности личности пациента, тяжесть заболевания, внутренняя картина болезни и т. п. [1; 2; 15; 17; 18; 19]. Мотивация к изменению поведения, отражающая степень готовности человека изменить аспекты собственного поведения, такие как, например, употребление алкоголя, не тождественна мотивации к лечению, определяемой как готовность обращаться за помощью и проходить лечение с целью изменения поведения [25; 27; 29; 38]. В работе Гердиен де Верт-ван Оэне (*De Weert-van Oene*) и коллег было показано, что мотивация к изменению употребления ПАВ и мотивация к лечению совпадала только у 50% пациентов, при этом высокий уровень готовности к изменениям и высокая мотивация к лечению коррелировали положительно с длительностью пребывания пациентов в лечении и негативно — с преждевременным окончанием лечения [25]. Также следует отметить, что оценка мотивации в целом, и особенно мотивации к лечению и изменению употребления ПАВ, осуществляемая при помощи самоотчетов, во многом затрудняется склонностью пациентов давать социально желательные ответы, когнитивным снижением вследствие употребления ПАВ, эмоциональным состоянием, недостаточной осознанностью мотивов собственного поведения, непризнанием наличия заболевания, или анозогнозией [1; 5; 11; 12; 21; 26; 28].

Современный комплексный подход к проведению психологических исследований предполагает, что в рамках различных научных проектов, кроме прочего, решаются задачи оценки психометрических характеристик широко распространенных зарубежных психологических методик и их применимости для российской выборки. Следует отметить, что число психометрических инструментов, являющихся «золотым стандартом» в той или иной области мировых исследований, корректно перенесенных на российскую почву и размещенных в открытом доступе, неуклонно растет [4; 8; 10]; при этом широкое распространение получил конфи-

маторный факторный анализ как математический метод подтверждения валидности психологических инструментов [3; 9].

Одним из наиболее широко используемых опросников, измеряющих мотивацию к изменению употребления ПАВ и лечению, является опросник SOCRATES (Шкала стадий готовности к изменению и стремления к лечению — *The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*), разработанный Уильямом Миллером и Скоттом Тониганом (*W. Miller, J.S. Tonigan*) в 1996 г. Теоретическим базисом опросника является транстеоретическая модель стадий готовности к изменениям, предложенная Дж. Прохазкой и К. ДиКлементи [21; 24]. Согласно этой концепции, пациенты в процессе изменения аддиктивного поведения проходят через пять стадий. На стадии Предобдумывания (*Precontemplation*) у пациента отсутствует интерес или готовность к изменениям своего поведения. Стадия Обдумывания (*Contemplation*) характеризуется появлением амбивалентности в отношении необходимости совершения изменений. Стадия Принятия решения / Подготовки (*Preparation*) включает планирование и формирование готовности к началу лечения. На стадии Действия (*Action*) пациент начинает предпринимать шаги по совершению изменений. Стадия Сохранения / Поддержания результата (*Maintenance*) включает поддержку нового поведения [21].

Опросник SOCRATES оценивает осознание необходимости изменений, преодоления амбивалентности и непосредственного совершения действий, направленных на изменение поведения, как наиболее значимых факторов в процессе изменений.

Изначально апробация опросника проводилась на выборке пациентов с алкогольной зависимостью ($n=1672$) в рамках проекта *MATCH* [33]. Первая версия опросника содержала 32 утверждения, отражающих 4 стадии готовности к изменениям — предобдумывания, обдумывания, решимости (*determination*) и действия; во вторую версию, содержащую 40 вопросов, были добавлены утверждения, относящиеся к стадии поддержки изменений для того, чтобы использовать опросник не только с пациентами, изначально обращающимися за помощью, но и с проходящими лечение [33]. В рамках проекта *MATCH* использовалась короткая версия опросника, состоящая из 20 утверждений (позднее, одно из утверждений было исключено). Корреляционный и факторный анализ результатов исследования позволил выделить 3 фактора — Осознание (*Recognition*), Амбивалентность (*Ambivalence*) и Действие (*Taking Steps*). В фактор «Действие» были включены вопросы, изначально относящиеся к шкалам «Поддержка» и «Действие», в фактор «Амбивалентность» — вопросы шкал «Предобдумывание» и «Решимость», и в фактор «Осознание» — вопросы шкалы «Обдумывание». Факторная нагрузка каждого из утверждений по отношению к соответствующему фактору была больше 0,30. Внутренняя согласованность (альфа Кронбаха) для шкалы «Осознание» составила 0,85,

для шкалы «Амбивалентность» — 0,60 и для шкалы «Действие» — 0,83, что является оптимальными значениями. Ретестовая надежность (два дня после изначального тестирования) варьировала от 0,87 до 0,96.

Опросник используется в исследованиях готовности к изменениям при употреблении не только алкоголя, но и у других ПАВ [34; 35; 41].

Лонгитюдные исследования с использованием опросника SOCRATES выявили неоднозначность роли показателей готовности к изменениям в клинике лечения зависимости. Результаты исследования Доэрфлер и др. [31] показали, что низкая готовность к изменениям и уровень мотивации не являются предикторами повторной госпитализации в клинику зависимости. Однако данные Маисто и др. [37] указывают на то, что показатели шкалы «Действие» имеют хорошую предиктивную валидность в отношении количества дней трезвости и дней тяжелого пьянства в группе пациентов, зависимых от алкоголя. В исследовании, проведенном Райс и др. [42], отмечается значимая гетерогенность динамики готовности к изменениям между пациентами, а также нелинейность траектории шкал готовности к изменениям у каждого из пациентов. Например, уменьшение проблем, связанных с употреблением алкоголя, сопровождалось снижением шкалы «Осознание», посещение групп анонимных алкоголиков сопровождалось снижением амбивалентности, в то время как посещение программ лечения — увеличением амбивалентности.

В настоящей статье приведены результаты адаптации, проверки надежности и факторной структуры опросника для оценки готовности к изменениям на выборке русскоязычных пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) — наркотиков и алкоголя.

Метод

Выборка. В исследовании приняли участие 322 пациента — 121 участник с диагнозом полинаркомания и 201 участник с диагнозом алкоголизм, из них 240 мужчин (74,5%) и 82 женщины (25,5%). Средний возраст участников исследования составил $27,19 \pm 4,82$ года, средняя длительность заболевания в месяцах — $80,42 \pm 43,6$.

Процедура исследования. Исследование проводилось на базе ФГБУ НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева. Критериями включения в исследование являлись: установленный диагноз «Синдром зависимости от алкоголя» (F 10.25, F 10.26, МКБ-10) либо «Синдром зависимости от нескольких психоактивных веществ» (F19.2); свободное владение русским языком. Критериями невключения в исследование были: выраженные проявления синдрома отмены приема ПАВ; выраженные когнитивные нарушения и/или наличие коморбидного психического заболевания; вы-

раженные соматические расстройства; интенсивная фармакологическая терапия, изменяющая свойства внимания и способность воспринимать новую информацию. Проведение исследования было одобрено этическим комитетом ФГБУ НИМЦПН имени В.М. Бехтерева. Было получено согласие одного из авторов опросника, доктора С. Тонигана, на публикацию результатов русскоязычной адаптации и валидации опросника.

Перевод опросника осуществлялся методом двойного перевода (окончательная версия опросника была выработана с помощью сравнения оригинальной версии опросника с обратным переводом с русского на английский). Из стилистических соображений последовательность пунктов опросника была изменена по сравнению с англоязычной версией.

Опросник состоит из 19 вопросов. Ответы предоставляются по шкале Ликерта от 1 до 5 (1 — полностью не согласен; 2 — не согласен; 3 — не уверен; 4 — согласен; 5 — полностью согласен).

Этапы валидации опросника включали — перевод опросника, тестирование в выборке пациентов с различными видами химической зависимости, проверка надежности и валидности. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием конфирматорного факторного анализа в программе IBM AMOS 19.0.

Результаты

Проверка структуры опросника

В качестве исходной априорной модели была взяты три фактора, первоначально выделенных авторами методики [39] и соответствующих шкалам «Осознание» (Re/Recognition), «Амбивалентность» (Am/Ambivalence) и «Действие» (Ts/Taking Steps).

На рис. 1 приведена итоговая (апостериорная) модель конфирматорного факторного анализа (КФА) со стандартизованными оценками коэффициентов регрессии. Индексы согласия: $C_{min}=328,122$; $df=149$; $p<0,001$; $GFI=0,899$; $CFI=0,968$; $RMSEA=0,061$; $P_{close}=0,021$.

Данная модель была получена путем корректировки исходной (априорной) модели при помощи добавления связей между ошибками. Таким образом, в апостериорной модели, соответствующей оригинальной трехшкальной структуре опросника, каждое из утверждений имеет значимую факторную нагрузку (более 0,7). Однако корреляции между ошибками, соответствующими утверждениям из разных факторов, а также показатели индексов согласия могут свидетельствовать о том, что изначально предложенная структура опросника может иметь низкую надежность (внутреннюю согласованность).

Численность выборки ($N=322$) является достаточной для применения данного метода: при числе оцениваемых параметров $T=41$ соотно-

шение $N \gg 5T$ выполняется. Отклонение от многомерной нормальности данных является несущественным: критический коэффициент для многомерного эксцесса C.R. равен 3,241, что меньше 5 [9].

С одной стороны, трехфакторная модель показала хорошие значения индексов согласия, как для всей выборки, так и для разных ее частей, дисперсии всех факторов (шкал) статистически значимо отличались от 0 ($p < 0,001$ для каждой шкалы), регрессионные коэффициенты всех пунктов, вычисленные для соответствующих шкал, также статистически значимо отличались от 0 ($p < 0,001$ для регрессионного коэффициента каждого пункта в рамках соответствующей регрессионной модели).

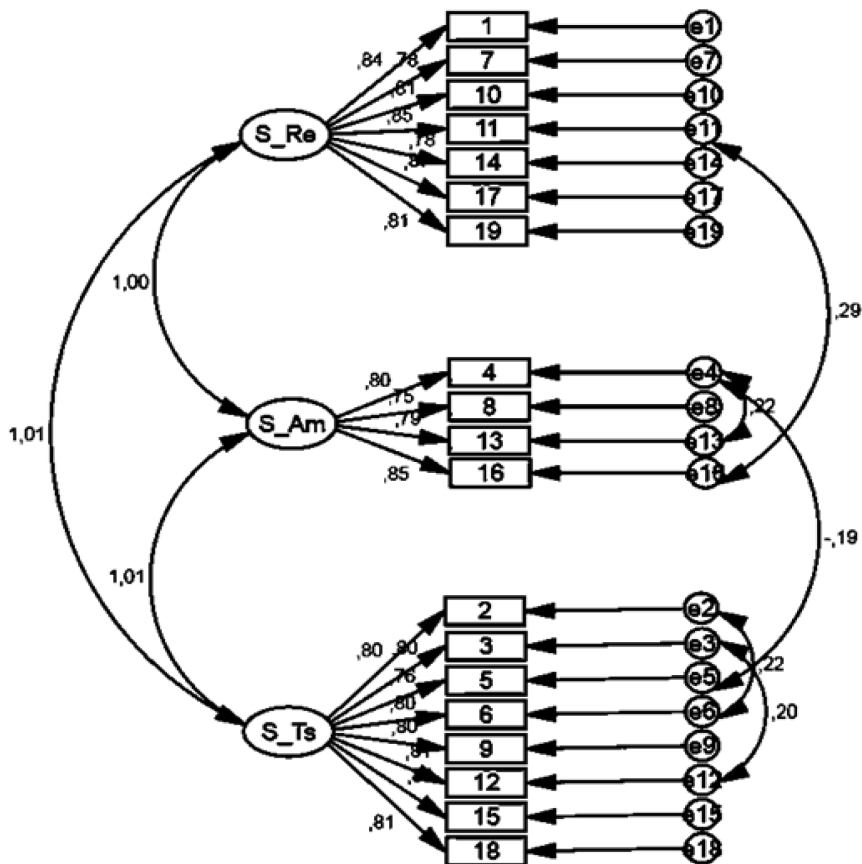


Рис. 1. Итоговая модель КФА для трехфакторной структуры: «S_Re» — шкала «Осознание»; «S_Am» — шкала «Амбивалентность»; «S_Ts» — шкала «Действие», «e1, e2, ... e_n» — ошибка измерения

С другой стороны, корреляции между тремя шкалами опросника приближаются к 1 (рис. 1), что с большой вероятностью указывает на однофакторную структуру опросника в русскоязычной адаптации.

По результатам дальнейшего анализа была подтверждена однофакторная модель структуры опросника (рис. 2).

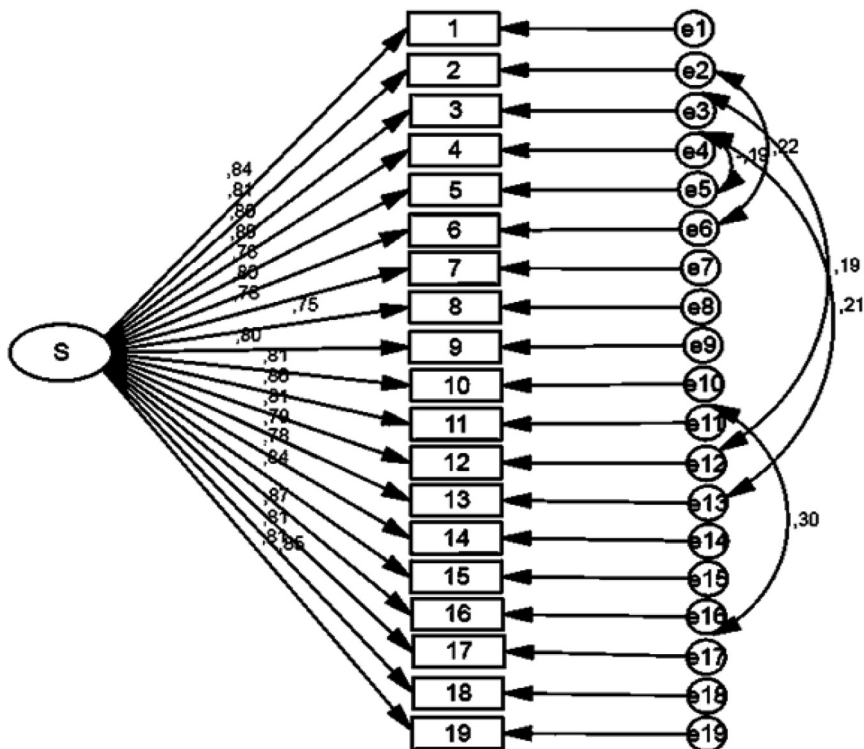


Рис. 2. Итоговая модель КФА для однофакторной структуры: «e1, e2, ... e_n» — ошибка измерения

На рис. 2 приведена итоговая модель КФА со стандартизованными оценками коэффициентов регрессии. Индексы согласия: Cmin=330,247; df=152; p<0,001; GFI=0,899; CFI=0,968; RMSEA=0,061; Pclose=0,028.

Однофакторная модель также была получена путем корректировки исходной модели при помощи добавления связей между ошибками. Численность выборки (N=322) является достаточной для применения данного метода: при числе оцениваемых параметров T=38 соотношение N>>5T выполняется. Отклонение от многомерной нормальности дан-

ных является несущественным: критический коэффициент для многомерного эксцесса C.R. равен 3,241, что меньше 5 [9].

В целом, можно заключить, что результаты КФА подтверждают однофакторную структуру опросника: дисперсии всех факторов (шкал) статистически значимо отличаются от 0 ($p < 0,001$), регрессионные коэффициенты всех вопросов также статистически значимо отличаются от 0 ($p < 0,001$ для регрессионного коэффициента каждого вопроса).

Проверка связи с диагнозом, полом и возрастом

Для проверки инвариантности и факторной валидности модели в зависимости от пола и диагноза был проведен КФА отдельно для групп больных полинаркоманией (N=121), больных алкоголизмом (N=201), пациентов мужского пола (N=240) и пациентов женского пола (N=82). Индексы согласия представлены в табл. 1. Индексы соответствия модели по разным подвыборкам свидетельствуют о хорошей устойчивости одношкальной модели и ее независимости от пола и диагноза.

Таблица 1

Индексы соответствия однофакторной модели разным частям выборки данных

Выборка	p	CMIN	DF	GFI	AGFI	NEI Delta 1	CFI	RMSEA	HI 90	PCLOSE
Полная (N=322)	<0,001	254,524	147	0,923	0,901	0,956	0,981	0,048	0,057	0,637
Полинаркомания (N=121)	0,693	130,095	139	0,904	0,868	0,935	1,000	0,000	0,036	0,996
Алкоголизм (N=201)	0,233	143,513	132	0,930	0,900	0,964	0,997	0,021	0,041	0,995
Мужчины (N=240)	0,011	182,085	141	0,925	0,900	0,956	0,990	0,035	0,049	0,965
Женщины (N=82)	0,345	147,141	141	0,851	0,799	0,915	0,996	0,023	0,059	0,873

Проверка надежности однофакторной структуры опросника. Проверка надежности была проведена при помощи вычисления коэффициента альфа Кронбаха с полным набором вопросов и при исключении каждого пункта по отдельности. Все пункты вносят существенный вклад: при удалении пунктов надежность шкалы снижается. Для оценки инвари-

антности относительно пола и диагноза были вычислены аналогичные величины для соответствующих подвыборок, результаты приведены в табл. 2. Коэффициенты альфа Кронбаха являются достаточно высокими и меняются незначительно в зависимости от диагноза и пола.

Таблица 2

Надежность шкалы, альфа Кронбаха

Выборка	Шкала SOCRATES — однофакторная структура
Полная (N=322)	0,973
Полинаркомания (N=121)	0,967
Алкоголизм (N=201)	0,975
Мужчины (N=240)	0,971
Женщины (N=82)	0,976

Стандартизация опросника проводилась для всей выборки пациентов с зависимостью (N=322), с применением алгоритма нелинейной стандартизации [9; 13].

Результаты стандартизации представлены в табл. 3.

Таблица 3

**Тестовые нормы опросника «Готовность к изменениям»
(таблица перевода сырых баллов в стены)**

Уровни	Низкий		Ниже среднего		Средний		Выше среднего		Высокий	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Стены	1,9	3,7	11,2	13,5	17,4	21,2	15,2	8,7	4,8	2,4
%										
Баллы	43 ≤	44— 47	48— 50	51— 55	56— 62	63— 77	78— 84	85— 86	87— 89	90 ≥

Обсуждение результатов

Опросник для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) является одним из самых широко используемых диагностических инструментов в клинике аддикций и исследованиях, посвященных изучению зависимости от ПАВ.

Опросник SOCRATES был переведен на португальский [32], французский [47], корейский [22], китайский [46], арабский [41] и другие языки. На русский язык опросник был переведен в исследованиях под руководством Е.М. Крупицкого (2003). Также указания на русскоязычный перевод встречаются в работах, выполненных под руководством В.М. Ялтонского [6], однако нам не удалось обнаружить

публикаций с данными адаптации и валидации этой версии. На основании анализа литературных данных сложилось впечатление, что ранее валидация русскоязычной адаптации опросника не была проведена.

Изначально разработанный в соответствии с транстеоретической моделью стадий готовности к изменениям опросник SOCRATES включал 4 шкалы, отражающие стадии готовности к изменениям. Его применение в рамках масштабного проекта MATCH позволило сократить количество пунктов с 32 до 19, а количество шкал — до трех: «Осознание» (Recognition), «Амбивалентность» (Ambivalence) и «Действие» (Taking Steps) [39].

Репликационные исследования, а также работы по адаптации опросника SOCRATES на других языках показали неоднозначность факторных характеристик опросника. Например, в некоторых работах была выявлена двухфакторная структура, состоящая из факторов «Осознание и Амбивалентность» и «Действие» [16; 20; 32; 35; 36]. В то же время другие исследования [22; 46; 47] подтвердили трехфакторную структуру опросника, изначально предложенную Миллером и Тониганом (*W. Miller, J.S. Tonigan*). Среди возможных причин расхождения в факторной структуре опросника указываются особенности перевода (в случае с работами по адаптации опросника на другие языки), неоднородность выборок исследований, сложности в подборе утверждений корректно отражающих ощущение амбивалентности, различие в используемых статистических процедурах [32; 47].

Данные адаптации и валидации, представленные в настоящей статье, продолжают традицию сокращения количества шкал опросника, что, по нашему мнению, отражает объективно существующие затруднения у пациентов с зависимостью в отражении и субъективной оценке отдельных компонентов мотивации к лечению и сокращению/прекращению употребления ПАВ, что в результате дает лишь рефлексию общей готовности к изменениям в употреблении ПАВ, без возможности дифференцированно оценить ее проявления.

Ограничения исследования

В последующих исследованиях требуется проверка конвергентной и предиктивной валидности опросника, которая не проводилась в рамках данного исследования. Полученные данные о факторной структуре опросника применимы на выборке пациентов, проходящих лечение в связи с зависимостью от ПАВ в специализированных центрах. Набор дополнительных групп испытуемых — употребляющих ПАВ с вред-

ными последствиями, но не сформировавших зависимость, не обращающихся за наркологической помощью, проходящих лечение в соматических клиниках или других сеттингах — позволил бы провести расширенный анализ факторной структуры опросника, что является интересным с точки зрения сравнения с данными других адаптаций [22; 36].

Выводы

В отличие от оригинальной версии, полученные результаты показали однофакторную структуру опросника, измеряющего общую готовность к изменениям в употреблении ПАВ. Статистический анализ подтвердил надежность представленной версии, каждое из утверждений опросника вносило значимый вклад. Пол и наркологический диагноз участников исследования не оказывает значимого влияния на психометрические характеристики опросника. Однофакторная структура полученной версии подходит для применения как в практических, так и в исследовательских целях.

Приложение

Опросник готовности к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков (SOCRATES — The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)

Имя пациента: _____ № пациента: _____

Дата: _____

Инструкция. Пожалуйста, прочитайте внимательно каждое из приведенных внизу утвердительных высказываний. Каждое из них описывает то, что Вы, возможно, думаете (или не думаете) об употреблении Вами алкоголя/наркотиков. Для каждого утверждения обведите одну из цифр на шкале справа для того, чтобы указать то, насколько Вы согласны или не согласны с этим утверждением на данный момент. Пожалуйста, обведите только одну цифру для каждого утверждения.

1. Я действительно хочу внести изменения, связанные с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
2. Я уже начал вносить изменения, связанные с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
3. Одно время я употреблял слишком много <i>алкоголя/наркотиков</i> , но мне удалось с этим справиться.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
4. Иногда я задумываюсь, действительно ли я <i>алкоголик/наркоман</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
5. Я не только думаю об изменениях в образе жизни, связанных с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , но уже кое-что делаю.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
6. Я уже изменил свой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , и ищу способы, как удержаться от возвращения к старым привычкам.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

7. У меня серьезные проблемы с алкоголем.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
8. Иногда я задумываюсь, приношу ли я, употребляя <i>алкоголь/наркотики</i> , вред другим людям.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
9. Сейчас я предпринимаю активные попытки сократить или прекратить употребление <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
10. Если я не изменю свой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в ближайшее время, мои проблемы могут усугубиться.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
11. Я знаю, что у меня проблемы с <i>алкоголем/наркотиками</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
12. Я хочу получить помощь, чтобы не возвращаться к проблемам, которые я ранее имел из-за <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
13. Иногда я задаю себе вопрос, контролирую ли я свое употребление <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
14. Я — <i>алкоголик/наркоман</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
15. Я стараюсь изо всех сил, чтобы изменить свой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
16. Иногда я задаю себе вопрос, не употребляю ли я слишком много <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
17. У меня проблемы с <i>алкоголем/наркотиками</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

18. Я уже внес изменения, связанные с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в мой образ жизни, и я нуждаюсь в помощи, чтобы двигаться в этом направлении дальше.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
19. Мой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , приносит много вреда.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

В приведенном бланке совмещены варианты для употребления алкоголя и наркотиков. При использовании бланка необходимо оставить только один вариант из набранных курсивом (например, *алкоголя/наркотиков* — остается только *алкоголя*).

Подсчет баллов: 1 балл — «Полностью не согласен»; 2 балла — «Не согласен»; 3 балла — «Не уверен»; 4 балла — «Согласен»; 5 баллов — «Полностью согласен». Общее количество суммируется, уровень готовности к изменениям оценивается с помощью табл. 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Берно-Беллекур И.В. Исследование влияния клинико-психологических факторов на мотивацию к отказу от потребления психоактивных веществ // Психическое здоровье. 2010. Т. 8. № 7 (50). С. 36—42.
2. Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Берно-Беллекур И.В. Особенности эмоциональной и мотивационной сферы наркозависимых и их роль в прекращении потребления психоактивных веществ. СПб.: СПбНИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2008. 35 с.
3. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 4 (98). С. 71—93. doi: 10.17759/cpp.2017250406
4. Клименкова Е.Н., Холмогорова А.Б. Валидизация методик диагностики социальной тревожности на российской подростковой выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 1. С. 28—39. doi:10.17759/cpp.2017250103
5. Коломейчук А.В., Ледванова Т.Ю., Гречкина Е.А. Различия внутренней картины болезни в зависимости от клинических вариантов анозогнозии у лиц с алкогольной зависимостью // Тюменский медицинский журнал. 2014. № 16 (1). С. 41—42.
6. Колпаков Я.В., Ялтонский В.М. Изучение когнитивно-поведенческих предикторов мотивации к лечению у лиц, зависимых от алкоголя, в связи с задачами профилактики // Вопросы наркологии. 2016. № 1. С. 10—19.
7. Колпаков Я.В. Мотивация на психотерапию у женщин, зависимых от психоактивных веществ [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2011. № 6. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.03.2018).

8. *Кони́на М.А., Холмогорова А.Б.* Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 126—143. doi:10.17759/cpp.2016240308
9. *Наследов А.Д.* IBM SPSS 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. СПб.: Питер, 2013. 416 с.
10. *Рычкова О.В., Холмогорова А.Б.* Адаптация методики диагностики социальной ангедонии (RSAS) на российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 4. С. 62—96. doi:10.17759/cpp.2016240404
11. *Сафуанов Ф.С., Баранова О.В., Игонин А.Л.* Клинико-психологические механизмы формирования анозогнозии больных алкоголизмом [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2011. № 2 (16). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.03.2018).
12. *Трусова А.В.* Мотивационное интервьюирование в комплексной терапии алкогольной зависимости: опыт применения и оценка эффективности // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2015. № 4. С. 100—108.
13. *Шмелев А.Г.* Практическая тестология. Тестирование в образовании, прикладной психологии и управлении персоналом. М.: Маска, 2013. 688 с.
14. *Шустов Д.И., Тучина О.Д., Федотов И.А., Новиков С.А.* Аутоагрессивная алкогольная личность // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 89—109. doi:10.17759/cpp.2016240306
15. *Ялтонский В.М.* Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2009. № 6. С. 60—69.
16. *Bertholet N., Dukes K., Horton N.J., Palfai T.P., Pedley A., Saitz R.* Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients // Addictive Behaviors. 2009. Vol. 34 (6—7). P. 568—572. doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.013
17. *Bickhard M.H.* An integration of motivation and cognition // Development and Motivation: Joint Perspectives / L. Smith, C. Rogers & P. Tomlinson (eds.). Leicester: British Psychological Society, 2003. P. 41—56.
18. *Bickhard M.H.* Motivation and emotion: An interactive process model // The Caldron of Consciousness. / R.D. Ellis, N. Newton (eds.). Amsterdam, Netherlands: John Benjamins, 2000. P. 161—178.
19. *Braver T.S., Krug M.K., Chiew K.S. et al.* Mechanisms of motivation—cognition interaction: challenges and opportunities // Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience. 2014. Vol. 14 (2). P. 443—472. doi:10.3758/s13415-014-0300-0
20. *Burrow-Sanchez J.J.* Identifying the Factor Structure of the SOCRATES in a Sample of Latino Adolescents // Psychology of Addictive Behaviors. 2014. Vol. 28 (1). P. 276—281. doi:10.1037/a0033605
21. *Carey K.B., Maisto S.A., Carey M.P., Purnine D.M.* Measuring Readiness-to-Change Substance Misuse Among Psychiatric Outpatients I. Reliability and Validity of Self-Report Measures // Journal of Studies on Alcohol. 2001. Vol. 62 (1). P. 79—88. doi:10.15288/jsa.2001.62.79
22. *Chun Y.-M., Cho S.-M., Shin S.-M.* Factor structure of a Korean-language version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

- in a clinical sample of clients with alcohol dependence // *Psychology of Addictive Behaviors*. 2010. Vol. 24 (4). P. 555—562. doi:10.1037/a0021492
23. Coulson C., Ng F., Geertsema M., Dodd S., Berk M. Client-reported reasons for non-engagement in drug and alcohol treatment // *Drug and Alcohol Review*. 2009. Vol. 28 (4). P. 372—378. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00054.x
 24. De Leon G., Melnick G., Hawke J. The motivation-readiness factor in drug treatment implications for research and policy // *Emergent Issues in the Field of Drug Abuse / J.A. Levy, R.C. Stephens, D.C. McBride (eds.)*. Stamford, CT: JAI, 1999. P. 103—129.
 25. De Weert-van Oene G.H., Gongora V., von Sternberg K., de Jong C.A. Motivation for treatment and motivation for change in substance-dependent patients with co-occurring psychiatric disorders // *Journal of Psychoactive Drugs*. 2015. Vol. 47 (5). P. 393—400. doi:10.1080/02791072.2015.1079669
 26. Del Boca F.K., Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research // *Addiction*. 2003. Vol. 98 (s2). P. 1—12. doi:10.1046/j.1359-6357.2003.00586.x
 27. DiClemente C.C., Bellino L.E., Neavins T.M. Motivation for change and alcoholism treatment // *Alcohol Research and Health*. 1999. Vol. 23 (2). P. 86—92.
 28. DiClemente C.C., Nidecker M., Bellack A.S. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders // *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008. Vol. 34 (1). P. 25—35. doi:10.1016/j.jat.2006.12.034
 29. DiClemente C.C., Scott C.W. Stages of change: Interactions with treatment compliance and involvement // *NIDA Research Monograph*. 1997. Vol. 165. P. 131—156.
 30. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors // *Treating Addictive Behaviors*. 2nd ed. / W.R. Miller, N. Heather (eds.). New York: Plenum Press, 1998. P. 3—24.
 31. Doerfler L.A., Melle D., McLaughlin T., Fisher W.H. Do Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) scores predict readmission to an inpatient substance abuse treatment program for adolescents? // *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 2016. Vol. 25 (6). P. 516—521. doi:10.1080/1067828X.2015.1111822
 32. Figlie N.B., Dunn J., Laranjeira R. Factor structure of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in alcohol dependent outpatients // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004. Vol. 26 (2). P. 91—99.
 33. Kelly J.F., Greene M.C. Where there's a will there's a way: A longitudinal investigation of the interplay between recovery motivation and self-efficacy in predicting treatment outcome // *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014. Vol. 28 (3). P. 928—934. doi:10.1037/a0034727
 34. Kelly S.M., O'Grady K.E., Mitchell S.G., Brown B.S., Schwartz R.P. Predictors of methadone treatment retention from a multi-site study: a survival analysis // *Drug and Alcohol Dependence*. 2011. Vol. 117 (2—3). P. 170—175. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.01.008
 35. Maisto S.A., Chung T.A., Cornelius J.R., Martin C.S. Factor structure of the SOCRATES in a clinical sample of adolescents // *Psychology of Addictive Behaviors*. 2003. Vol. 17 (2). P. 98—107. doi:10.1037/0893-164X.17.2.98

36. *Maisto S.A., Conigliaro J., McNeil M., Kraemer K., O'Connor M., Kelley M.E.* Factor structure of the SOCRATES in a sample of primary care patients // *Addictive Behaviors*. 1999. Vol. 24 (6). P. 879—892. doi:10.1016/S0306-4603(99)00047-7
37. *Maisto S.A., Krenek M., Chung T., Martin C.S., Clark D., Cornelius J.* A comparison of the concurrent and predictive validity of three measures of readiness to change alcohol use in a clinical sample of adolescents // *Psychological Assessment*. 2011. Vol. 23 (4). P. 983—994. doi:10.1037/a0024136
38. *Miller W.R.* Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism // *Psychological Bulletin*. 1985. Vol. 98 (1). P. 84—107. doi:10.1037/0033-2909.98.1.84
39. *Miller W.R., Tonigan J.S.* Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) // *Psychology of Addictive Behaviors*. 1996. Vol. 10 (2). P. 81—89. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81
40. *Palij M., Rosenblum A., Magura S.* Assessing Cocaine Users' Motivation for Change: Preliminary Results for the Cocaine Version of the SOCRATES (SOCRATES-C) // 69th Annual Meeting of the Eastern Psychological Association in Boston, MA 28 February 1998. doi:10.13140/2.1.2294.9443
41. *Parvizifard A., Ahmad H.J.B.H., Baba M.B., Sulaiman T.* Psychometric Properties of the Iranian Version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale // *International Journal of Psychological Studies*. 2012. Vol. 4 (2). P. 246—252. doi:10.5539/ijps.v4n2p246
42. *Rice S.L., Hagler K.J., Tonigan J.S.* Longitudinal trajectories of readiness to change: Alcohol use and help-seeking behavior // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2014. Vol. 75 (3). P. 486—495. doi:10.15288/jsad.2014.75.486
43. *Shen Q., McLellan A.T., Merrill J.C.* Client's perceived need for treatment and its impact on outcome // *Substance Abuse*. 2000. Vol. 21 (3). P. 179—192. doi:10.1080/08897070009511431
44. *Simpson D.D., Joe G.W.* Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1993. Vol. 30 (2). P. 357—368. doi:10.1037/0033-3204.30.2.357
45. *Wagner V., Acier D., Dietlin J.-E.* Outpatient Addiction Treatment for Problematic Alcohol Use: What Makes Patients Who Dropped Out Different from Those Who Did Not? // *Substance Use & Misuse*. 2018. Vol. 53(11). P. 1893—1906. doi:10.1080/10826084.2018.1441310
46. *Yeh M.Y.* A psychometric evaluation of the Chinese version of the stage of change readiness and treatment eagerness scale // *Journal of Clinical Nursing*. 2009. Vol. 18 (17). P. 2494—2502. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02592.x
47. *Zullino D.F., Krenz S., Frsard E., Montagrin Y., Kolly S., Chatton A., Manghi R.A., Broers B.* Psychometric properties of a French-language version of the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES) // *Addiction Research & Theory*. 2007. Vol. 15 (2). P. 153—160. doi:10.1080/16066350601179514

PSYCHOMETRIC PROPERTIES AND FACTOR STRUCTURE OF THE RUSSIAN VERSION OF THE STAGES OF CHANGE READINESS AND TREATMENT EAGERNESS SCALE (SOCRATES)

S.G. KLIMANOVA*,

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry
and Neurology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia,
svetlanag@mail.ru

A.V. TRUSOVA**,

St. Petersburg State University, V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia,
anna.v.trusova@gmail.com

A.S. KISELEV***,

A.A. Smorodintsev Research Institute of Influenza, V.M. Bekhterev National
Research Medical Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg, Russia,
biomedstat2010@gmail.com

V.A. BERTTSEV****,

LLC “Valeonika”, St. Petersburg, Russia,
berntsev@go.ru

For citation:

Klimanova S.G., Trusova A.V., Kiselev A.S., Berntsev V.A., D.I. Gromyko, Ilyuk R.D., Krupitsky E.M. Psychometric Properties and Factor Structure of the Russian Version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 80–104. doi: 10.17759/cpp.2018260305. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Klimanova Svetlana Georgiyevna*, M.S., Researcher, Department of Addictions, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; PhD student, Department of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia, e-mail: svetlanag@mail.ru

** *Trusova Anna Vladimirovna*, Ph.D., Associate Professor, Department of Psychology, St. Petersburg State University; Researcher, Department of Addictions, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, e-mail: anna.v.trusova@gmail.com

*** *Kiselev Aleksey Sergeevich*, biostatistician, A.A. Smorodintsev Research Institute of Influenza; V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, e-mail: biomedstat2010@gmail.com

**** *Berntsev Vladimir Aleksandrovich*, psychiatrist with specialty in Addictions, LLC “Valeonika”, St. Petersburg, Russia, e-mail: berntsev@go.ru

D.I. GROMYKO*****,

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, dmgram@list.ru

R.D. ILYUK*****,

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, ruslan.iluk@mail.ru

E.M. KRUPITSKY*****,

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Pavlov First St. Petersburg State Medical University; St. Petersburg, Russia, kruenator@gmail.com

The article presents the results of adaptation of the Russian version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES, ver. 8A, 8D). For the purpose of the study 322 patients were recruited, who were undergoing inpatient and/or outpatient treatment for Alcohol Use Disorder (N=201) or Polysubstance Use Disorder (N=121) at the Department of Addictions at V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (St. Petersburg, Russia). The study procedure included translation, patients' assessment, and statistical analysis of the scale's factor structure as well as internal consistency. The results of the confirmatory factor analysis did not support the three-factor structure of the scale but identified one factor, which reflects patients' general readiness for change regarding their substance use. Patients' gender, age, and clinical characteristics didn't significantly affect the scale's psychometric properties.

Keywords: SOCRATES, motivation, readiness for change, stages of readiness for change, validity, substance use disorder, alcohol use disorder.

REFERENCES

1. Ilyuk R.D., Gromyko D.I., Berno-Bellekur I.V. Issledovanie vliyaniya kliniko-psikhologicheskikh faktorov na motivatsiyu k otkazu ot potrebleniya psikhoaktivnykh ***** *Gromyko Dmitry Ivanovich*, Ph.D., Researcher, Department of Addictions, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, e-mail: dmgram@list.ru
***** *Ilyuk Ruslan Dmitrievich*, Ph.D., Chief, Department of Addictive Pathology, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, e-mail: ruslan.iluk@mail.ru
***** *Krupitsky Evgeny Mikhailovich*, Doctor in Medicine, Professor, Chief, Laboratory of Clinical Psychopharmacology of Addictions, St. Petersburg Pavlov State Medical University; Chief, Department of Addictions, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, e-mail: kruenator@gmail.com

- veshchestv [Clinical and psychological factors of motivation for drug and alcohol abstinence]. *Psikhicheskoe zdorov'e [Journal of Mental Health]*, 2010. Vol. 8 (7), pp. 36–42.
2. Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Берно-Беллекур И.В. Особенности эмоциональной и мотивационной сферы наркозависимых и их роль в прекращении потребления психоактивных веществ [Features of the emotional and motivational sphere of drug addicts and their role in cessation of drug use]. Saint Petersburg: Publ. of St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2008. 35 p.
 3. Pol'skaya N.A., Razvaliaeva A.Yu. Razrabotka oprosnika emotsional'noi disregulyatsii [The Development Of The "Emotion Dysregulation" Questionnaire]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017. Vol. 25 (4), pp. 71–93. doi:10.17759/cpp.2017250406. (In Russ., abstr. in Engl.).
 4. Klimenkova E.N., Kholmogorova A.B. Validizatsiya metodik diagnostiki sotsial'noi trevozhnosti na rossiiskoi podrostkovoii vyborke [Validation Of Methods Of Diagnosis Of Social Anxiety On The Russian Adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017. Vol. 25 (1), pp. 28–39. doi:10.17759/cpp.2017250103. (In Russ., abstr. in Engl.).
 5. Kolomeichuk A.V., Ledvanova T.Yu., Grechkina E.A. Razlichii vnutrennei kartiny bolezni v zavisimosti ot klinicheskikh variantov anozognozii u lits s alkohol'noi zavisimost'yu [Differences of the internal illness representation depending on clinical types of anosognosia in patients with alcohol dependence]. *Tyumenskii meditsinskii zhurnal [Tyumen Medical Journal]*, 2014, no. 16 (1), pp. 41–42.
 6. Kolpakov Ya.V., Yaltonskii V.M. Izuchenie kognitivno-povedencheskikh prediktorov motivatsii k lecheniyu u lits, zavisimyykh ot alkogolya, v svyazi s zadachami profilaktiki [The study of cognitive and behavioral predictors of treatment motivation in alcohol addicted patients for the purposes of prevention]. *Voprosy narkologii [Journal of Addiction Problems]*, 2016, no. 1, pp. 10–19.
 7. Kolpakov Ya.V. Motivatsiya na psikhoterapiyu u zhenshchin, zavisimyykh ot psikhooaktivnykh veshchestv [Motivation for psychotherapy among drug addicted women]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii [Clinical Psychology in Russia]*, 2011, no. 6. Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed 01.03.2018).
 8. Konina M.A., Kholmogorova A.B. Oprosnik disfunktsional'nykh ubezhdenii pri pogranichnom rasstroistve lichnosti (PBQ-BPD): adaptatsiya dlya russkoyazychnoi vyborki [The Personality Beliefs Questionnaire in borderline personality disorder (PBQ-BPD): adaptation for Russian-speaking selection]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24 (3), pp. 126–143. doi:10.17759/cpp.2016240308. (In Russ., abstr. in Engl.).
 9. Nasledov A.D. IBM SPSS 20 i AMOS: professional'nyi statisticheskii analiz dannykh [IBM SPSS 20 and AMOS: professional statistical analysis]. Saint Petersburg: Piter, 2013. 416 p.
 10. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. Adaptatsiya metodiki diagnostiki sotsial'noi angedonii (RSAS) na rossiiskoi vyborke [Adaptation of Revised Social Anhedonia Scale (RSAS) on Russian sample]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24 (4), pp. 62–96. doi:10.17759/cpp.2016240404. (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Safuanov F.S., Baranova O.V., Igonin A.L. Kliniko-psikhologicheskie mekhanizmy formirovaniya anozognozii bol'nykh alkogolizmom [Elektronnyi resurs] [Clinical psychology mechanisms of anosognosia among patients with alcohol dependence]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2011, no. 2 (16). Available at: <http://psystudy.ru>. (Accessed 01.03.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Trusova A.V. Motivatsionnoe interv'yuirovaniye v kompleksnoi terapii alkogol'noi zavisimosti: opyt primeneniya i otsenka effektivnosti [Motivational interviewing as a part of complex treatment of alcohol dependence: experience of use and evaluation of effectiveness]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and clinical psychology named after V.M. Bekhterev], 2015, no. 4, pp. 100—108.
13. Shmelev A.G. Prakticheskaya testologiya. Testirovaniye v obrazovanii, prikladnoi psikhologii i upravlenii personalom [Practical testology: tests in education, applied psychology and management]. Moscow: Maska, 2013. 688 p.
14. Shustov D.I., Tuchina O.D., Fedotov I.A., Novikov S.A. Autoagressivnaya alkogol'naya lichnost' [Self-destructive alcoholic personality]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24 (3), pp. 89—109. doi:10.17759/cpp.2016240306. (In Russ., abstr. in Engl.).
15. Yaltonskii V.M. Teoreticheskaya model' motivatsii k lecheniyu zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv [Theoretical model of motivation for treatment among addicted patients]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems], 2009, no. 6, pp. 60—69.
16. Bertholet N., Dukes K., Horton N.J., Palfai T.P., Pedley A., Saitz R. Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients. *Addictive Behaviors*, 2009. Vol. 34 (6—7), pp. 568—572. doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.013
17. Bickhard M.H. An integration of motivation and cognition. In L. Smith, C. Rogers & P. Tomlinson (eds.) *Development and Motivation: Joint Perspectives*. Leicester: British Psychological Society, 2003, pp. 41—56.
18. Bickhard M.H. Motivation and emotion: An interactive process model. In R.D. Ellis, N. Newton (eds.) *The Caldron of Consciousness*. Amsterdam, Netherlands: John Benjamins, 2000, pp. 161—178.
19. Braver T.S., Maisto M.K., Chiew K.S. et al. Mechanisms of motivation—cognition interaction: challenges and opportunities. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 2014. Vol. 14 (2), pp. 443—472. doi:10.3758/s13415-014-0300-0
20. Burrow-Sanchez J.J. Identifying the Factor Structure of the SOCRATES in a Sample of Latino Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2014. Vol. 28 (1), pp. 276—281. doi:10.1037/a0033605
21. Carey K.B., Maisto S.A., Carey M.P., Purnine D.M. Measuring Readiness-to-Change Substance Misuse Among Psychiatric Outpatients I. Reliability and Validity of Self-Report Measures. *Journal of Studies on Alcohol*, 2001. Vol. 62 (1), pp. 79—88. doi:10.15288/jsa.2001.62.79
22. Chun Y.-M., Cho S.-M., Shin S.-M. Factor structure of a Korean-language version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in a clinical sample of clients with alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2010. Vol. 24 (4), pp. 555—562. doi:10.1037/a0021492

23. Coulson C., Ng F., Geertsema M., Dodd S., Berk M. Client-reported reasons for non-engagement in drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Review*, 2009. Vol. 28 (4), pp. 372—378. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00054.x
24. De Leon G., Melnick G., Hawke J. The motivation-readiness factor in drug treatment implications for research and policy. In J.A. Levy, R.C. Stephens, D.C. McBride (eds.) *Emergent Issues in the Field of Drug Abuse*. Stamford, CT: JAI, 1999, pp. 103—129.
25. De Weert-van Oene G.H., Gongora V., von Sternberg K., de Jong C.A. Motivation for treatment and motivation for change in substance-dependent patients with co-occurring psychiatric disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2015. Vol. 47 (5), pp. 393—400. doi:10.1080/02791072.2015.1079669
26. Del Boca F.K., Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*, 2003. Vol. 98 (s2), pp. 1—12. doi:10.1046/j.1359-6357.2003.00586.x
27. DiClemente C.C., Bellino L.E., Neavins T.M. Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*, 1999. Vol. 23 (2), pp. 86—92.
28. DiClemente C.C., Nidecker M., Bellack A.S. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2008. Vol. 34 (1), pp. 25—35. doi:10.1016/j.jsat.2006.12.034
29. DiClemente C.C., Scott C.W. Stages of change: Interactions with treatment compliance and involvement. *NIDA Research Monograph*, 1997. Vol. 165, pp. 131—156.
30. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W.R. Miller, N. Heather (eds.) *Treating Addictive Behaviors. 2nd ed.* New York: Plenum Press, 1998, pp. 3—24.
31. Doerfler L.A., Melle D., McLaughlin T., Fisher W.H. Do Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) scores predict readmission to an inpatient substance abuse treatment program for adolescents? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 2016. Vol. 25 (6), pp. 516—521. doi:10.1080/1067828X.2015.1111822
32. Figlie N.B., Dunn J., Laranjeira R. Factor structure of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in alcohol dependent outpatients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004. Vol. 26 (2), pp. 91—99.
33. Kelly J.F., Greene M.C. Where there's a will there's a way: A longitudinal investigation of the interplay between recovery motivation and self-efficacy in predicting treatment outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2014. Vol. 28 (3), pp. 928—934. doi: 10.1037/a0034727
34. Kelly S.M., O'Grady K.E., Mitchell S.G., Brown B.S., Schwartz R.P. Predictors of methadone treatment retention from a multi-site study: a survival analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011. Vol. 117 (2—3), pp. 170—175. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.01.008
35. Maisto S.A., Chung T.A., Cornelius J.R., Martin C.S. Factor structure of the SOCRATES in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2003. Vol. 17 (2), pp. 98—107. doi:10.1037/0893-164X.17.2.98
36. Maisto S.A., Conigliaro J., McNeil M., Kraemer K., O'Connor M., Kelley M.E. Factor structure of the SOCRATES in a sample of primary care patients. *Addictive Behaviors*, 1999. Vol. 24 (6), pp. 879—892. doi:10.1016/S0306-4603(99)00047-7

37. Maisto S.A., Krenek M., Chung T., Martin C.S., Clark D., Cornelius J. A comparison of the concurrent and predictive validity of three measures of readiness to change alcohol use in a clinical sample of adolescents. *Psychological Assessment*, 2011. Vol. 23 (4), pp. 983—994. doi:10.1037/a0024136
38. Miller W.R. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 1985. Vol. 98 (1), pp. 84—107. doi:10.1037/0033-2909.98.1.84
39. Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 1996. Vol. 10 (2), pp. 81—89. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81
40. Palij M., Rosenblum A., Magura S. Assessing Cocaine Users' Motivation for Change: Preliminary Results for the Cocaine Version of the SOCRATES (SOCRATES-C). In 69th Annual Meeting of the Eastern Psychological Association in Boston, MA 28 February 1998. doi:10.13140/2.1.2294.9443
41. Parvizifard A., Ahmad H.J.B.H., Baba M.B., Sulaiman T. Psychometric Properties of the Iranian Version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. *International Journal of Psychological Studies*, 2012. Vol. 4 (2), pp. 246—252. doi:10.5539/ijps.v4n2p246
42. Rice S.L., Hagler K.J., Tonigan J.S. Longitudinal trajectories of readiness to change: Alcohol use and help-seeking behavior. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2014. Vol. 75 (3), pp. 486—495. doi:10.15288/jsad.2014.75.486
43. Shen Q., McLellan A.T., Merrill J.C. Client's perceived need for treatment and its impact on outcome. *Substance Abuse*, 2000. Vol. 21 (3), pp. 179—192. doi:10.1080/08897070009511431
44. Simpson D.D., Joe G.W. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1993. Vol. 30 (2), pp. 357—368. doi:10.1037/0033-3204.30.2.357
45. Wagner V., Acier D., Dietlin J.-E. Outpatient Addiction Treatment for Problematic Alcohol Use: What Makes Patients Who Dropped Out Different from Those Who Did Not? *Substance Use & Misuse*, 2018. Vol. 53, no. 11, pp. 1893—1906. doi:10.1080/10826084.2018.1441310
46. Yeh M.Y. A psychometric evaluation of the Chinese version of the stage of change readiness and treatment eagerness scale. *Journal of Clinical Nursing*, 2009. Vol. 18 (17), pp. 2494—2502. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02592.x
47. Zullino D.F., Krenz S., Fr sard E., Montagrin Y., Kolly S., Chatton A., Manghi R.A., Broers B. Psychometric properties of a French-language version of the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Addiction Research & Theory*, 2007. Vol. 15 (2), pp. 153—160. doi:10.1080/16066350601179514

ФАКТОРНАЯ СТРУКТУРА И НАДЕЖНОСТЬ ШКАЛЫ ВЗАИМНОЙ АДАПТАЦИИ В ПАРЕ (DAS) В РОССИЙСКОЙ ВЫБОРКЕ

Ю.М. ПОЛЯКОВА*,
ГБУЗ «ПКБ № 4 имени П.Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва, Россия,
polyakovaju@gmail.com

М.Г. СОРОКОВА**,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
sorokovamg@mgppu.ru

Н.Г. ГАРАНЯН***,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
garanian@mail.ru

Представлены результаты апробации русскоязычной версии опросника
«Шкала взаимной адаптации в паре» — DAS (Dyadic Adjustment Scale) Г. Спа-

Для цитаты:

Полякова Ю.М., Сорокова М.Г., Гаранян Н.Г. Факторная структура и надежность шкалы взаимной адаптации в паре (DAS) в российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 105—126. doi: 10.17759/cpp.2018260306

* *Полякова Юлия Михайловна*, медицинский психолог, ГБУЗ «ПКБ № 4 имени П.Б. Ганнушкина ДЗМ», клинический и семейный консультант, Москва, Россия, e-mail: polyakovaju@gmail.com

** *Сорокова Марина Геннадьевна*, доктор педагогических наук, кандидат физико-математических наук, профессор кафедры прикладной математики факультета информационных технологий, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

*** *Гаранян Наталья Георгиевна*, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: garanian@mail.ru

ниера. Валидизация опросника проводилась на двух выборках (N=302), включающих супружеские пары и лиц, состоящих в браке. Эксплораторный факторный анализ установил трехфакторную структуру методики, подтвержденную методом конфирматорного факторного анализа. Выделенные шкалы и инструмент в целом обладают высокими показателями надежности: внутренней согласованностью и расщепленной надежностью. Установлены связи между субшкалами опросника «Шкала взаимной адаптации в паре» и других методик, измеряющих теоретически близкие конструкты, что свидетельствует о приемлемой конструктивной валидности методики. Корреляционный анализ между показателями шкалы взаимной адаптации в паре и параметрами перфекционизма показал, что склонность респондентов к «селектированию собственных признаков несовершенства и неудач» отрицательно связана с субъективным ощущением благополучия супружеских отношений в паре, что подтверждает приемлемую внешнюю валидность апробируемой методики.

Ключевые слова: шкала взаимной адаптации в браке, эксплораторный факторный анализ, конфирматорный факторный анализ, надежность, конструктивная валидность.

Благополучие в браке служит важнейшим предиктором психического и физического здоровья — этот тезис получил окончательное подтверждение к настоящему времени. Масштабные популяционные исследования свидетельствуют о том, что пребывание в гармоничном союзе служит фактором-протектором, снижающим частоту визитов к врачам-интернистам. В то же время супружеские разногласия сами по себе или в сочетании с другими показателями низкого качества брака связаны с риском серьезных проблем, в частности, с повышенной частотой использования службы психического здоровья [22]. В свете этих данных своевременная диагностика супружеских затруднений становится остро актуальной.

В России при исследовании благополучия в супружеских отношениях традиционно используется понятие удовлетворенности браком. В качестве ее основных факторов рассматриваются личностные особенности и психологическая совместимость супругов, согласованность их ценностей, ролевых ожиданий, стереотипов и установок [4; 12]. В диагностических целях чаще всего применяются «Опросник удовлетворенности браком», разработанный В.В. Столиным, Т.А. Романовой, Г.П. Бутенко [13], и «Тест на удовлетворенность браком» Ю.Е. Алешинной, Л.Я. Гозмана и Е.М. Дубовской [2]. Созданные в середине 1980-х гг., эти опросники выполнили важную роль: они стали основными инструментами отечественных социально-психологических исследований супружества, а также средствами диагностики в бурно развивающемся консультировании. К их несомненным достоинствам можно отнести простую процедуру проведе-

ния и обработки результатов, доступность стимульного материала и наличие большого числа публикаций. Вместе с тем необходимо отметить ограничения этих методик. Каждая из них представляет собой одномерную шкалу, но для однофакторной структуры число пунктов (24 — в опроснике В.В. Столина и 17 — в методике Ю.Е. Алешиной) слишком велико. Это делает методики низкодифференцированными в отношении тех частных параметров, из которых складывается субъективная удовлетворенность браком, например, конфликтности, сходства взглядов, способов выражения любви, степени сплоченности, субъективной оценки успешности отношений.

Несмотря на длительный опыт использования, до настоящего времени не представлены необходимые для современной диагностики сведения о психометрических показателях этих опросников и статистических нормах. Необходимо отметить, что ряд отечественных методик, в частности, опросник Ю.Е. Алешиной с соавторами, был создан на основе зарубежных опросников с разными концептуальными обоснованиями. Возможно, что такое решение было продиктовано запретом на прямое использование в СССР зарубежных методик по причине больших межкультурных различий с Западом [1]. Таким образом, включение в арсенал российских психологов методики, обладающей приемлемыми психометрическими показателями и возможностями дифференцированной оценки адаптации партнеров в браке, становится важной задачей.

По мнению экспертов в области психологии семьи, «Шкала взаимной адаптации в браке» (*Dyadic Adjustment Scale, DAS*) Грэхема Спаниера — наиболее часто используемая методика для оценки качества отношений в разных странах мира [18]. В 1985 г. ее автор отметил, что за 10 лет, последовавших за созданием *DAS*, шкала использовалась в более тысячи исследований [25]. С тех пор их число продолжает расти; адаптацией инструмента занимались ученые не только из Европы, но также и из нескольких стран Азии [17; 21; 23; 27].

Характеристика оригинальной версии «Шкалы взаимной адаптации в паре» (*Dyadic Adjustment Scale*)

Методика «Шкала взаимной адаптации в паре» была создана Г. Спаниером в 1976 г. совместно с Р. Левисом после тщательной разработки психологической модели качества брака. На основе обзора более 200 работ эти авторы выделили 47 характеристик брака с высоким качеством, разбив их на три группы — добрачные, социально-экономические и внутрисупружеские факторы; более двух третей параметров, позитивно влияющих на качество брака, носили психологический характер [26]. При создании инструмента Г. Спаниер использовал выявленные в ходе анализа различия

между неудовлетворенными и удовлетворенными супружеской жизнью партнерами [24]. В свою очередь, удовлетворенных супругов этот автор определял как удачно адаптированных к супружеской жизни вдвоем, выделив четыре аспекта такой адаптации: согласие в паре (*dyadic consensus*), удовлетворенность браком (*dyadic satisfaction*), сплоченность в паре (*dyadic cohesion*) и выражение эмоций в паре (*affectional expression*).

В результате, созданная им методика включает 32 пункта, тестирующих эти четыре аспекта, и применяется в различных целях: 1) для диагностики конфликтов в парах в рамках клинических и исследовательских проектов; 2) для надежной дифференциации удовлетворенных и неудовлетворенных супружеством пар, в частности, выявления лиц с высокой вероятностью развода [15; 18; 25].

Последующая апробация показала, что сексуальная ориентация партнеров, их половая и этническая принадлежность на показатели надежности методики не влияют; при этом ее субшкалы могут использоваться отдельно [16; 18; 24]. Установлено, что показатели взаимной адаптации в паре помогают в выборе форм терапевтического или профилактического вмешательства и облегчают последующую оценку изменений [15].

Процедура проведения методики требует около 6—7 минут; ее бланк прост для понимания. Испытуемому предлагается выбрать по каждому из 32 пунктов один из пяти ответов. Ответу, соответствующему наихудшей адаптации, присваивается «0» баллов, а наилучшей — «6» баллов. При обработке подсчитывается показатель по каждой из четырех субшкал (сумма баллов по вопросам, составляющим данную субшкалу), кроме того, учитываются так называемые перевернутые вопросы — 18-й и 19-й. Суммарный балл четырех субшкал дает общий показатель, который отражает уровень взаимной адаптации в паре. Субшкала «*Согласие в паре*» включает 13 пунктов и оценивает степень согласия между партнерами по таким темам, как религия, дружба, быт, управление временем и финансами. Субшкала «*Удовлетворенность браком*» включает 10 пунктов, оценивающих субъективное ощущение счастья или несчастья в отношениях, частоту ссор, наличие или отсутствие стремления к совместному времяпрепровождению, возможные размышления об отделении или разводе. Субшкала «*Сплоченность пары*» включает 5 пунктов, оценивающих время, затрачиваемое партнерами на общие дела, реализацию общих социальных интересов, совместных целей или разговоры друг с другом. Субшкала «*Выражение эмоций в паре*» включает 4 пункта, оценивающих выражение глубоких чувств в паре (любви и сексуальности).

Метаанализ, обобщающий 20-летний опыт применения *DAS*, свидетельствует о *высокой надежности* инструмента со средним значением коэффициента альфа-Кронбаха 0,915 [18]. Надежность отдельных субшкал также была высокой, за исключением субшкалы «*Эмоциональная экспрессия*», которая во многих исследованиях демонстрировала низкие значения коэффициен-

та альфа-Кронбаха и сильно зависела от характеристик выборки. Наиболее проблемным аспектом *DAS* становится неустойчивость его факторной структуры. Большое число исследователей не смогли подтвердить оригинальную четырехфакторную структуру, предложенную Г. Спаниером в 1976 г. [18].

Целью исследования стало определение факторной структуры опросника «Шкала взаимной адаптации в паре», а также проверка его валидности и надежности. **Исследовательская гипотеза:** опросник «Шкала взаимной адаптации в паре» валиден для русскоязычной выборки.

Метод

Перевод шкалы взаимной адаптации в паре осуществлялся группой психологов с опытом семейного консультирования и знанием английского языка.

Выборка и процедура исследования. На первом этапе апробации опросника в исследовании приняли участие 84 супружеские пары (168 испытуемых) со стажем семейной жизни от 1 года до 38 лет в возрасте от 23 до 65 лет (средний возраст — 31 год). На основе этих данных был проведен факторный анализ структуры опросника. На втором этапе обследованы 134 человека (в том числе 19 супружеских пар) со стажем семейной жизни от 1 года до 35 лет и в возрасте от 20 до 57 лет (средний возраст — 32 года). На основе этих данных проверялись внутренняя согласованность, конструктивная и внешняя валидность опросника. Принявшие добровольное участие в исследовании респонденты проживают на территории г. Москвы, Московской области и г. Твери. Комплект опросников предлагался для заполнения в электронном виде.

Методики. Для оценки конструктивной валидности опросника «Шкала взаимной адаптации в паре» использовались три методики:

1. *Опросник «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях»* Е.Ю. Алешиной и Л.Я. Гозмана, состоящий из 28 пунктов [8]. Методика тестирует схожий теоретический конструкт «Согласия в паре», что и шкала взаимной адаптации в паре, выявляет конфликтогенные сферы отношений, степень согласия в конфликтных ситуациях, уровень конфликтности в паре. Подробное описание методики широко доступно для отечественных специалистов.

2. *Тест на удовлетворенность браком Е.Ю. Алешина, Л.Я. Гозман, О.О. Еремичева*, состоящий из 17 вопросов о различных аспектах супружеских отношений [4]. Данный инструмент измеряет теоретический конструкт, сходный с тем, который оценивается субшкалой «Удовлетворенность браком» в опроснике «Шкала взаимной адаптации в паре». Подробное описание методики широко доступно для отечественных специалистов.

3. Опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3 / Тест Олсона [11]). В настоящем исследовании использовалась субшкала сплоченности, сопоставимая с субшкалой «Сплоченность в паре» опросника «Шкала взаимной адаптации в паре», и определяющая степень эмоциональной связи между членами семьи по показателям: эмоциональная связь, семейные границы, принятие решений, время, наличие общих друзей, общие интересы и способы отдыха. Процедура FACES-3 приводится в более ранних и доступных для отечественного читателя публикациях.

Для оценки внешней валидности опросника «Шкала взаимной адаптации в паре» использовался *Трехфакторный опросник перфекционизма* [6]. Представляет собой обновленную версию опросника Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой из 18 пунктов, распределенных по трем субшкалам-факторам: 1) озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними; 2) высокие стандарты и требования к себе; 3) негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве. В качестве индикатора общего уровня перфекционизма подсчитываются суммарный балл опросника, а также баллы по каждой субшкале.

Результаты

Факторная структура и надежность

Для определения субшкал адаптируемого опросника использовался эксплораторный факторный анализ (ЭФА) с применением двух методов вращения факторов — прямоугольного вращения Варимакс и косоугольного вращения Прямой облимин — в программе SPSS 21-й версии. Адекватность полученной модели проверялась методом подтверждающего факторного анализа (КФА) в программе AMOS 23-й версии.

Факторная структура опросника «Шкала взаимной адаптации в паре» для моделей с ортогональным вращением факторов. Факторизируемость корреляционной матрицы проверялась с помощью критериев Кайзера—Майера—Олкина (КМО) и Бартлетта. Критерий КМО = 0,868 подтверждает адекватность выборки, критерий сферичности Бартлетта (Хи-квадрат = 2291,44; $df = 496$; $p < 0,001$) также свидетельствует о возможности описания корреляционной матрицы с помощью ЭФА.

Первоначальное условие факторизации — собственное значение меньше 1 — привело к 9-факторной структуре. Однако, начиная с 4-й компоненты, собственные значения меняются мало, а график собственных значений плавно приближается к оси абсцисс. Кроме того, вклад каждой следующей компоненты в общую дисперсию, начиная с 5-й, составил менее 5%, поэтому было решено проверить четырехфакторную и трехфакторную модели.

Выбирать большее число факторов было нецелесообразно также из-за невозможности интерпретации полученной факторной структуры. Наконец, оригинальная факторная структура *DAS* содержит 4 шкалы.

Извлечение факторов было выполнено методом главных компонент с принудительным включением четырех факторов, а поворот факторной структуры — методом Варимакс. Факторы объясняют 14,67%, 13,43%, 13,35% и всего 5% общей дисперсии соответственно, что в сумме составляет 46,46%. Процент дисперсии, объясняемый четырьмя факторами в совокупности, составляет несколько менее 50%, однако по другим формальным характеристикам, а также с точки зрения интерпретируемости факторов эта модель оказалась приемлемой для дальнейшего исследования. Номера пунктов, вошедших в каждый фактор, указаны в табл. 1.

Таблица 1

Факторная структура русскоязычной версии шкалы взаимной адаптации в супружеской паре

№	Название шкалы	№№ пунктов	% объясняемой дисперсии
1	Согласие в паре	с 1 по 15	14,67
2	Удовлетворенность браком	с 16 по 22, и 31	13,43
3	Сплоченность пары	с 24 по 28, и 30 (условно)	13,35
4	Эмоциональная экспрессия (согласие супругов относительно способов выражения чувств)	23, 29, 32	5,00

Факторные нагрузки пунктов 1—15, вошедших в 1-й фактор — «Согласие в паре», варьируют от 0,395 до 0,699. Для пунктов 16—22 и 31, относящихся ко 2-му фактору — «Удовлетворенность браком», их диапазон составляет от 0,428 до 0,802, а для пунктов 24—28 фактора 3 — «Сплоченность пары» — от 0,556 до 0,742. В 3-й фактор первоначально также вошел пункт 30 с отрицательной, но относительно малой по модулю факторной нагрузкой — 0,313: его нужно понимать как обратный вопрос для данной субшкалы. Фактор 4 содержит пункт 23 с факторной нагрузкой 0,630 и, условно, пункты 29 и 32 с нагрузками, по модулю несколько меньшими 0,4.

Для всех четырех субшкал и для суммарной шкалы опросника были вычислены показатели надежности: внутренняя согласованность с помощью коэффициента α Кронбаха, а также расщепленная надежность — коэффициент Гуттмана (табл. 2). При этом пункт 30 был удален из субшкалы 3 как плохо согласованный со всей шкалой. Показатели α Кронбаха для субшкал 1, 2 и 3 (при удалении пункта 30), а также для суммарного значения шкалы взаимной адаптации в паре превышают 0,8, что является хорошим результатом. Только

для субшкалы 4 — «Эмоциональная экспрессия» — этот коэффициент оказался отрицательным, поэтому субшкала 4 была удалена из опросника. Кроме того, пункт 32 выглядит довольно громоздким и имеет недостаточно четкую формулировку в предложенных вариантах ответов, которые, в свою очередь, имеют слабое расхождение друг с другом. Пункты 29 и 30 отличаются по стилистике от остальных вопросов в шкале, имеют лишь два варианта ответов — «да» или «нет» — и соответственно делают необходимым введение в анкету дополнительной инструкции. С целью сокращения текста и облегчения самого инструмента, а также из-за малых факторных нагрузок целесообразно было удалить эти два пункта. Пункт 23 не входит с достаточной факторной нагрузкой ни в один фактор, кроме 4-го. Таким образом, из опросника «Шкала взаимной адаптации в паре» были удалены пункты 23, 29, 30, 32.

Т а б л и ц а 2

Внутренняя согласованность субшкал русскоязычной версии шкалы взаимной адаптации в паре

№	α Кронбаха	Комментарии
1	0,872	При удалении каждого пункта коэффициент α -Cronbach снижается, что подтверждает хорошую согласованность пунктов со шкалой
2	0,836	При удалении каждого пункта коэффициент α -Cronbach снижается, что подтверждает хорошую согласованность пунктов со шкалой
3	0,756 / 0,882	При удалении пункта 30 коэффициент α -Cronbach повышается до 0,882
4	- 0,520	В силу отсутствия надежности и трудностей содержательной интерпретации шкала была удалена из русскоязычной версии инструмента
Для всей шкалы	0,922	-
Коэффициент Гуттмана	0,829	-

Для сопоставления четырехфакторной модели с трехфакторной был проведен ЭФА методом главных компонент с принудительным включением трех факторов и ортогональным Варимакс-вращением. При отсутствии 4-ой компоненты общая объясненная дисперсия снижается до 41,91%, что менее благоприятно. Однако матрица повернутых компонент имеет ту же структуру, что и в четырехфакторной модели.

Факторная структура опросника «Шкала взаимной адаптации в паре» для моделей с косоугольным вращением факторов. Выделенные субшкалы опрос-

ника, как ожидалось, могут коррелировать между собой, так как измеряемые ими характеристики удовлетворенности браком могут сопутствовать друг другу. По этой причине мы рассмотрели четырехфакторную и трехфакторную модели с косоугольным вращением методом — прямой облимин [9], сопоставив друг с другом матрицу факторного отображения и структурную матрицу для лучшей интерпретации шкал. Заметим, что при косоугольном вращении, когда компоненты коррелируют, для получения совокупной дисперсии нельзя складывать суммы квадратов нагрузок, поэтому показатель общей объясненной дисперсии после вращении не указывается.

Для четырехфакторной модели структурная матрица демонстрирует тот же состав факторов, что и при ортогональном вращении. Состав факторов в матрице факторного отображения не вполне соответствует структурной матрице, хотя имеет с ней много общего. Заметим, что фактор 1 слабо прямо коррелирует с фактором 3 ($R_{13} = 0,284$), а фактор 2 — обратно с факторами 1 и 3 ($R_{21} = -0,264$ и $R_{23} = -0,420$ соответственно), что объясняется изменением направления фактора 2 на противоположное. Отсюда следует, в частности, что факторная и структурная матрицы в этой модели полностью совпадать не могут. Фактор 4 не коррелирует с другими факторами.

В целом, четырехфакторная модель с косоугольным вращением (метод — прямой облимин) подтверждает состав ранее выделенных субшкал опросника. Наконец, при рассмотрении трехфакторной модели с косоугольным вращением (метод — прямой облимин) структурная матрица демонстрирует тот же состав факторов 1, 2 и 3, что и для четырехфакторной модели с косоугольным вращением, а также при ортогональном вращении. Состав факторов в матрице факторного отображения аналогичен. Добавим, что фактор 1 слабо прямо коррелирует с фактором 3 ($R_{13} = 0,256$) и слабо обратно — с фактором 2 ($R_{12} = -0,262$), что снова объясняется изменением направления фактора 2 на противоположное. Следовательно, факторная и структурная матрицы также и в этой модели полностью совпадать не могут.

В целом, трехфакторная модель с косоугольным вращением (метод — прямой облимин) не противоречит четырехфакторной модели и подтверждает состав ранее выделенных трех субшкал опросника. Лучшая из всех моделей определялась методом КФА.

Конфирматорный ФА для опросника «Шкала взаимной адаптации в паре» проводился на той же выборке $N = 168$ испытуемых — членов семейных пар, на которой ранее был проведен ЭФА. Исследовались поочередно четыре упомянутых выше модели. Для оценки характеристик моделей использовался метод максимального правдоподобия (*Maximum likelihood*).

Для четырехфакторной модели с некоррелирующими факторами большинство индексов соответствия говорят о слабом согласии этой модели с исходными данными. Например, критерий Хи-квадрат ($CMIN = 1027,62$; $df = 464$) показывает статистически значимые различия ($p < 0,001$), целый

ряд индексов соответствия — *CFI*, *NFI*, *GFI*, *AGFI* — не достигают граничного значения 0,9, а оценка точности $PCLOSE = 0,000 < 0,1$.

Лишь отдельные показатели этой модели могут считаться удовлетворительными, поскольку близки к предельно допустимым значениям: отношение $CMIN/df = 2,215$ немного превышает 2; $RMSEA = 0,085$, нижняя граница его 90%-ного доверительного интервала $NI90 = 0,092 < 0,1$, что говорит в пользу весьма слабого соответствия модели данным. Следовательно, эта модель не может считаться эмпирически подтвержденной.

По тем же причинам трехфакторная модель с некоррелирующими факторами была признана несостоятельной. При исследовании четырехфакторной модели с коррелирующими факторами 1, 2 и 3 (4-й фактор не коррелирует с остальными) регрессионные коэффициенты для пунктов 23, 29, 32, образующих фактор 4, оказались статистически не значимы, поэтому разумно было этот фактор удалить, что согласуется с результатами ЭФА.

Переход к трехфакторной модели с коррелирующими факторами позволил улучшить 4 индекса соответствия: $CMIN/df = 1,884 < 2$; $RMSEA = 0,073 < 0,08$; $NI90 = 0,081 < 0,1$; а индекс $CFI = 0,836$ увеличился и почти достиг граничного значения 0,9. Остальные критерии, в том числе статистически значимая статистика Хи-квадрат ($CMIN = 653,79$; $df = 347$; $p < 0,001$), не подтверждают соответствия этой априорной модели данным, следовательно, она нуждается в коррекции.

Все регрессионные коэффициенты переменных модели с тремя коррелирующими факторами статистически значимы, поэтому формальных оснований для их удаления не было. Коррекция этой модели осуществлялась за счет добавления необходимых связей между ошибками переменных [10]. Это улучшило все индексы соответствия до хороших или приемлемых величин: критерий Хи-квадрат показал отсутствие различий между моделью и эмпирическими данными ($CMIN = 318,19$; $df = 306$; $p = 0,304 > 0,05$), значения пяти других критериев свидетельствуют о хорошем согласии ($CMIN/df = 1,040 < 2$; $RMSEA = 0,015 < 0,05$; $NI90 = 0,034 < 0,1$; $CFI = 0,993 > 0,95$). Наконец, 3 оставшихся индекса соответствия увеличились и почти достигли граничного значения 0,9, говорящего о приемлемом, либо хорошем согласии ($NFI = 0,859$; $GFI = 0,891$; $AGFI = 0,855$). Поскольку добавления связей между факторами и пунктами из других факторов не потребовалось, мы попутно доказали, что каждый пункт опросника работает только на одну субшкалу, что весьма благоприятно. Таким образом, апостериорная модель с тремя коррелирующими факторами может считаться эмпирически подтвержденной.

Для оценки целесообразности включения новых связей между ошибками переменных в модель был использован критерий различий Хи-квадрат для вложенных моделей [10; 20; 28]. Эмпирическое значение статистики $\Delta\chi^2 = CMIN1 - CMIN2 = 335,596$, число степеней свободы $\Delta df = df_2 - df_1 = 41$, критическое значение $\chi^2_{кр}(0,001; 41) = 74,772$, поэтому различия

статистически значимы ($p < 0,001$). Следовательно, апостериорная модель с тремя коррелирующими факторами и с добавленными связями лучше согласуется с данными, чем исходная модель без добавленных связей. На рис. 1 приведена апостериорная модель со стандартизованными оценками параметров, представляющими факторные нагрузки переменных [14].

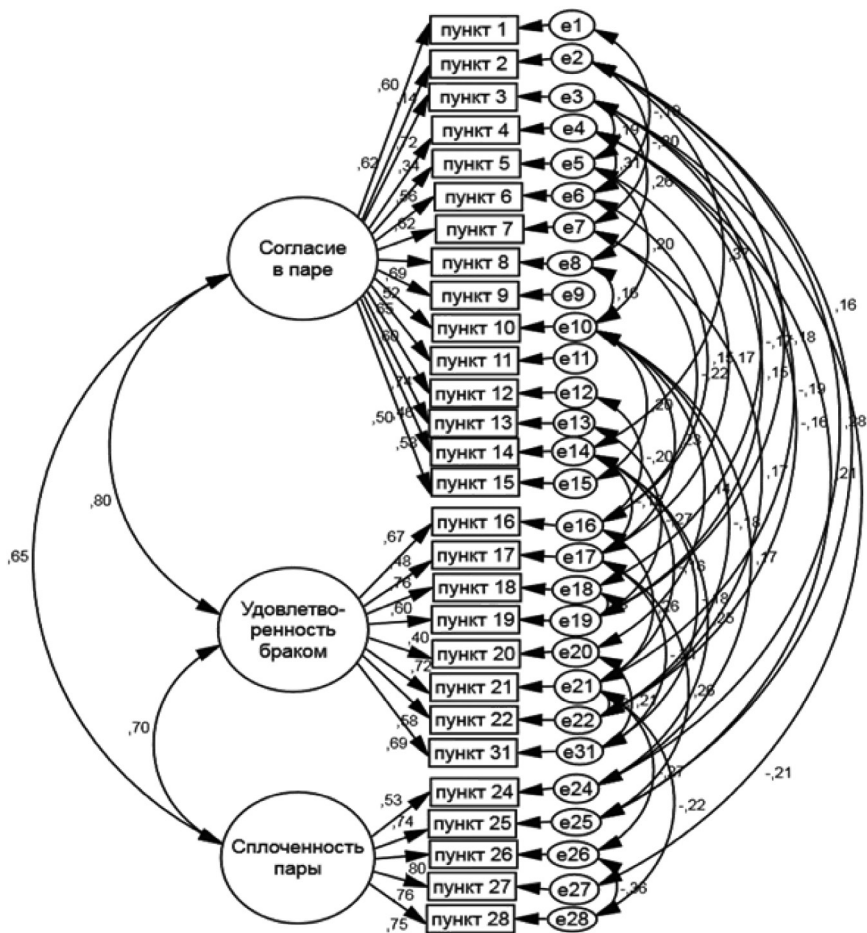


Рис. 1. Апостериорная трехфакторная модель со стандартизованными оценками параметров

Внутренняя согласованность (консистентность)

Второй этап валидации опросника «Шкала взаимной адаптации в паре» проведен на новой выборке (N = 134) с использованием выяв-

ленной русскоязычной трехфакторной структуры. Для дополнительной проверки внутренней согласованности шкал [7], использовался коэффициент корреляции Спирмена (ρ — *Spearman*) (табл. 3).

Таблица 3

Значения коэффициента корреляции Спирмена между субшкалами опросника «Шкала взаимной адаптации в паре»

Показатели	Согласие в паре	Удовлетворенность браком	Сплоченность пары	Общий показатель шкалы взаимной адаптации в паре
Согласие в паре	1,000	0,656**	0,602**	0,932**
Удовлетворенность браком	-	1,000	0,526**	0,837**
Сплоченность пары	-	-	1,000	0,748**

Примечание: «**» — корреляция значима на уровне $p < 0,01$.

Все показатели шкалы взаимной адаптации в паре имеют положительную связь друг с другом и с ее общим показателем ($p < 0,01$). Результаты, отраженные в табл. 2, 3, свидетельствуют о приемлемой надежности как отдельных факторов шкалы взаимной адаптации, так и о надежности опросника в целом.

Конструктивная валидность

Определение связей между субшкалами нового инструмента и других методик, измеряющих теоретически близкие конструкты, является одним из способов проверки конструктивной валидности (табл. 4).

Таблица 4

Связи показателей шкалы взаимной адаптации в паре с показателями взаимодействия супругов по теоретически сходным методикам

Шкалы	Общий показатель шкалы взаимной адаптации в паре	Согласие в паре	Удовлетворенность браком	Сплоченность пары
Опросник Ю.Е. Алешиной, Л.Я. Гозмана	0,432**	0,381**	0,335**	0,352**
Тест на удовлетворенность браком	0,804**	0,712**	0,767**	0,585**
Шкала сплоченности (FACES-3 / Тест Олсона)	0,514**	0,504**	0,364**	0,476**

Примечание: «**» — корреляция значима на уровне $p < 0,01$.

Установлены значимые положительные связи между тремя субшкалами опросника «Шкала взаимной адаптации в паре», а также ее суммарным баллом и показателями характера взаимодействий супругов в конфликтных ситуациях, удовлетворенности браком и сплоченности. Максимальное значение коэффициента Спирмена установлено между показателем по тесту на удовлетворенности браком и общим баллом шкалы взаимной адаптации в паре, что свидетельствует о сходстве теоретических конструкций «Удовлетворенность браком» и «Взаимная адаптация».

Дополнительным свидетельством конструктивной валидности русскоязычной версии *DAS* становится отрицательная статистически значимая связь между показателем субшкалы «Удовлетворенность браком» и стажем супружества у женщин ($\rho = -0,335$; $p < 0,05$). Этот результат отчетливо показывает снижение удовлетворенности браком, наступающей с возрастом у российских женщин. Он дублирует данные, полученные в 80-е гг. Ю.Е. Алешиной, и требует самостоятельного научного анализа [3].

Наконец, важным подтверждением конструктивной валидности используемой методики становится достаточно высокая степень согласия между супругами относительно успешности брака — по общему баллу ($\rho = 0,628$; $p < 0,01$), субшкале «Согласие в паре» (0,579, $p < 0,01$), «Удовлетворенность браком» (0,500, $p < 0,01$), «Сплоченность» (0,326, $p < 0,01$).

Внешняя валидность

В серии зарубежных исследований установлено, что перфекционизм одного или обоих супругов является фактором, снижающим удовлетворенность отношениями в браке и увеличивающим риск супружеских дисфункций [19]. Сходный результат получен в пилотажном отечественном исследовании [5]. Результаты корреляционного анализа по Спирмену между субшкалами шкалы взаимной адаптации и параметрами перфекционизма представлены в табл. 5.

Установлены слабые, но значимые отрицательные связи между всеми параметрами шкалы взаимной адаптации и параметром перфекционизма «Негативное селективное фиксирование и фиксация на собственном несовершенстве». Склонность респондентов к фиксации на собственном несовершенстве и неудачах отрицательно связана с субъективным ощущением благополучия супружеских отношений в паре, что свидетельствует о приемлемой внешней валидности шкалы взаимной адаптации.

Обсуждение

На российской выборке из 302 человек, состоящих в браке, было проведено исследование, посвященное определению факторной структуры шкалы взаимной адаптации и проверке ее валидности.

Таблица 5

**Связи между показателями шкалы взаимной адаптации
в паре и субшкалами опросника перфекционизма
Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой**

Параметры перфекционизма	Общий показатель шкалы взаимной адаптации в паре	Согласие в паре	Удовлетворенность браком	Сплоченность пары
Фактор 1	- 0,123	- 0,110	- 0,157	- 0,085
Фактор 2	0,021	0,001	0,027	-0,010
Фактор 3	- 0,207*	- 0,178*	- 0,191*	- 0,218*
Общий показатель	- 0,139	- 0,130	- 0,145	- 0,133

Примечания: Фактор 1 — «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними», Фактор 2 — «Высокие стандарты и требования к себе», Фактор 3 — «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве»; «**» — корреляция значима на уровне $p < 0,01$; «*» — корреляция значима на уровне $p < 0,05$.

Методом эксплораторного ФА с использованием как ортогонального, так и косоугольного вращения, была установлена трехфакторная структура русскоязычной версии шкалы, подтвержденная затем результатами конфирматорного ФА. Состав пунктов выделенных шкал близок к оригинальному. Добавим, что факторная структура шкалы взаимной адаптации в паре является одним из наиболее спорных моментов. Так, Джеймс Грэхем, Дженлинг Лью и Дженифер Жезиорски представили мета-анализ всех известных мировых вариантов валидизации методики, где указывают на то, что в подавляющем большинстве случаев результаты ЭФА демонстрируют разные варианты 3-хфакторных структур, обычно состоящие из двух исходных (как в оригинальной версии опросника) субшкал, и 3-го фактора, где объединяются пункты из двух оставшихся субшкал [18]. Полученные нами результаты при проведении ФА для русскоязычной версии опросника *DAS* в целом соответствуют этим данным с учетом четырех удаленных пунктов.

Исключение составили субшкала «Эмоциональная экспрессия» оригинального опросника, которая не была валидизирована в русскоязычной версии. Очевидно, исследователям и практикам (консультантам) не следует использовать эту субшкалу в качестве информативного диагностического показателя. Три остальные шкалы и методика в целом обладают высокими показателями надежности в виде внутренней согласованности и расщепленной надежности. Этот результат совпадает с большинством результатов, полученных в зарубежных исследованиях.

Установлены статистически значимые связи между шкалой взаимной адаптации и субшкалами других методик, измеряющих теоретически

близкие конструкты — характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях, удовлетворенность браком и сплоченность. Это свидетельствует о приемлемой конструктивной валидности русскоязычной версии инструмента. Дополнительным подтверждением конструктивной валидности стала обратная связь между суммарным показателем шкалы взаимной адаптации и стажем супружеской жизни у женщин. Этот результат, реплицирующий находки 80-х гг., безусловно, может стать предметом самостоятельных исследований.

Наконец, высокая степень совпадения при ответах супругов на вопросы методики также служит подтверждением ее конструктивной валидности. Этот результат открывает возможности производить парную диагностику с помощью шкалы взаимной адаптации, а также демонстрирует ее высокую чувствительность к взаимным влияниям супругов при оценках качества отношений.

Согласно нашим данным, параметр перфекционизма «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве» [6] отрицательно связан с субъективным ощущением благополучия супружеских отношений в паре. Этот результат не только служит подтверждением валидности методики, но и представляет самостоятельный научный интерес. Он позволяет с высокой степенью вероятности предполагать, что характеристики перфекционистского когнитивного стиля проявляются в супружеских взаимодействиях, например, в виде фокусировки на негативных сторонах совместной жизни, что снижает удовлетворенность браком.

Выводы

Апробация Шкалы взаимной адаптации в паре — *DAS* — Грэхема Спаниера в выборке российских испытуемых показала трехфакторную структуру и приемлемые психометрические характеристики (надежность, конструктивную и внешнюю валидность) методики.

Ее русскоязычный вариант может быть рекомендован для диагностики удовлетворенности браком как в исследовательских проектах, так и в целях психологической диагностики в семейном консультировании.

Приложение

Шкала взаимной адаптации в паре Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Шкала взаимной адаптации в паре Spanier

Большинство пар когда-нибудь имели разногласия.

Пожалуйста, оцените степень согласия или несогласия между Вами и Вашим партнером по каждому пункту приводимой ниже шкалы.

0 = Всегда не соглашаемся друг с другом 3 = Иногда не соглашаемся
1 = Почти всегда не соглашаемся 4 = Почти всегда соглашаемся
2 = Часто не соглашаемся 5 = Всегда соглашаемся друг с другом

1	Решение финансовых вопросов	0	1	2	3	4	5
2	Развлечения	0	1	2	3	4	5
3	Религиозные вопросы	0	1	2	3	4	5
4	Способы выражения любви	0	1	2	3	4	5
5	Друзья	0	1	2	3	4	5
6	Сексуальные отношения	0	1	2	3	4	5
7	Приемлемые способы поведения	0	1	2	3	4	5
8	Философия жизни	0	1	2	3	4	5
9	Взаимоотношения с родителями	0	1	2	3	4	5
10	Цели, приоритеты, другие важные вещи	0	1	2	3	4	5
11	Количество времени, проводимого вместе	0	1	2	3	4	5
12	Принятие важных решений	0	1	2	3	4	5
13	Ведение хозяйства	0	1	2	3	4	5
14	Интересы и занятия на отдыхе	0	1	2	3	4	5
15	Вопросы карьеры	0	1	2	3	4	5

Следующие вопросы могут иметь разные ответы. Пожалуйста, прочтите внимательно вопросы и ответы.

Оцените, пожалуйста, насколько часто каждое указанное событие происходит в Ваших отношениях с партнером. Используйте следующую шкалу:

0 = Все время 3 = Иногда
1 = Большую часть времени 4 = Редко
2 = Скорее часто, чем редко 5 = Никогда

16	Как часто Вы обсуждаете или затрагиваете тему возможного развода, отделения друг от друга или завершения Ваших отношений?	0	1	2	3	4	5
17	Как часто Вы или Ваш партнер уходите из дома после ссоры?	0	1	2	3	4	5
18	В целом, как часто Вы склонны считать, что между Вами и Вашим партнером все хорошо?	0	1	2	3	4	5
19	Вы доверяете своему партнеру?	0	1	2	3	4	5

20	Вы когда-либо сожалели о том, что женились (вышли замуж) или о том, что стали жить вместе?	0	1	2	3	4	5
21	Как часто Вы ссоритесь с Вашим партнером?	0	1	2	3	4	5
22	Как часто Вы с Вашим партнером «действуете друг другу на нервы»?	0	1	2	3	4	5

Для ответа на вопрос 23 используйте, пожалуйста, следующую шкалу:

- 0 = Нет общих интересов
 1 = Очень немного общих интересов
 2 = Незначительная часть интересов общая
 3 = Большинство интересов общие
 4 = Все интересы общие

23	Как много внешних (не связанных с внутренней жизнью семьи) интересов или занятий связывает Вас с Вашим партнером?	0	1	2	3	4	
----	---	---	---	---	---	---	--

Как бы Вы оценили, насколько часто следующие события происходят в Ваших отношениях с партнером. Используйте шкалу:

- 0 = Никогда
 1 = Реже одного раза в месяц
 2 = Один/два раза в месяц
 3 = Один/два раза в неделю
 4 = Один раз в день
 5 = Чаше, чем один раз в день

24	Вы увлеченно обмениваетесь мыслями	0	1	2	3	4	5
25	Вы смеетесь вместе	0	1	2	3	4	5
26	Вы спокойно что-нибудь обсуждаете	0	1	2	3	4	5
27	Вы вместе работаете над каким-либо делом	0	1	2	3	4	5

28. Следующая шкала отражает различные степени счастья в Ваших отношениях с партнером. Средняя отметка «счастлив» характеризует степень счастья в большинстве пар. Пожалуйста, с учетом разных сторон Вашего брака, оцените степень Вашего счастья. Обведите кружком цифру, которая точнее всего охарактеризует Ваше партнерство.

0	1	2	3	4	5	6
Чрезвычайно несчастлив	Очень несчастлив	Скорее несчастлив	Счастлив	Очень счастлив	Чрезвычайно счастлив	Мой брак — совершенство

Ключ

Для подсчета результатов каждой из субшкал суммируются баллы из пунктов приведенных в таблице ниже.

Суммарный балл складывается из суммы всех субшкал.

Пункты 18 и 19 имеют инвертированную шкалу.

Субшкала	Пункты
Согласие в паре	1—15
Удовлетворенность браком	16—22, 28
Сплоченность пары	23—27

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазова Д.Г. Методические возможности исследования удовлетворенности брачными отношениями // Сибирский психологический журнал. 2014. № 51. С. 148—155.
2. Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений: Спецпрактикум по социальной психологии. М.: Изд-во Московского ун-та, 1987. 120 с.
3. Алешина Ю.Е. Удовлетворенность браком и межличностное восприятие в супружеских парах с различным стажем совместной жизни: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1985. 263 с.
4. Андреева Т. В. Психология современной семьи. СПб.: Речь, 2005. 436 с.
5. Гаранян Н.Г., Клыкова А.Ю., Полякова Ю.М., Сорокова М.Г. Интерперсональные аспекты перфекционизма // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Поляковские чтения (к 90-летию Ю.Ф. Полякова)» (г. Москва, 15—16 марта 2018 г.). М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2018. С. 115—117.
6. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Диагностика перфекционизма при расстройствах аффективного спектра: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦНП имени В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. 20 с.
7. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов. Киев: ПАН Лтд, 1994. 283 с.
8. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи. М.: Издательский центр «Академия», 2006. 432 с.
9. Митина О.В. Математические методы в психологии. М.: Аспект Пресс, 2009. 238 с.
10. Наследов А.Д. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. СПб.: Питер, 2013. 416 с.
11. Олифинович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. СПб.: Речь, 2006. С. 144—149.
12. Сопун С.М., Лидерс А.Г. Психологическая совместимость супружеской пары и удовлетворенность браком // Сибирский психологический журнал. 2007. Т. 25. С. 156—162.
13. Столин В.В., Романова Т.А., Бутенко Г.П. Опросник удовлетворенности браком // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1984. № 2. С. 54—60.
14. Ahmad M.M. Validation of the Cognitive Appraisal Health Scale with Jordanian patients // Nursing and Health Sciences. 2010. Vol. 12 (1). P. 74—79. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00492.x
15. Christensen A., Atkins D.C., Berns S., Wheeler J., Baucom D.H., Simpson L.E. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004. Vol. 72 (2). P. 176—191. doi:10.1037/0022-006X.72.2.176
16. Crane D.R., Busby D.M., Larson J.H. A factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale with distressed and nondistressed couples // The American Journal of Family Therapy. 1991. Vol. 19 (1). P. 60—66. doi:10.1080/01926189108250835

17. *Fisilolu H., Demir A.* Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples // *European Journal of Psychological Assessment*. 2000. Vol. 16 (3). P. 214—218.
18. *Graham J.M., Liu Y.J., Jeziorski J.L.* The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis // *Journal of Marriage and Family*. 2006. Vol. 68. P. 701—717. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00284.x
19. *Habke M., Flynn C.* Interpersonal aspects of trait perfectionism // *Perfectionism: Theory, research and treatment* / G. Flett, P. Hewitt (eds.). Washington: Amer. Psychol. Assoc., 2002. P. 151—181.
20. *Lace J.W., Merz Z.C., Grant A.F., Emmert N.A., Zane K.L., Handan P.J.* Validation of the K6 and its depression and anxiety subscales for detecting nonspecific psychological distress and need for treatment // *Current Psychology*. 2018. doi:10.1007/s12144-018-9846-2
21. *Lee M.-S., Kim Z.-S.* A preliminary study on the standardization of the Korean Dyadic Adjustment Scale [Korean] // *Korean Journal of Clinical Psychology*. 1996. Vol. 15 (1). P. 129—140.
22. *Robles Th., Slatcher R., Trombello J., McGinn M.* Marital quality and health: a meta-analytic review // *Psychological Bulletin*. 2014. Vol. 140 (1). P. 140—187. doi:10.1037/a0031859
23. *Shek D., Cheung C.* Dimensionality of the Chinese dyadic adjustment scale based on confirmatory factor analyses // *Social Indicators Research*. 2008. Vol. 86 (2). P. 201—212. doi:10.1007/s11205-007-9108-4
24. *Spanier G.B.* Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads // *Journal of Marriage and the Family*. 1976. Vol. 38 (1). P. 15—38. doi:10.2307/350547
25. *Spanier G.B.* Improve, refine, recast, expand, clarify: Don't abandon // *Journal of Marriage and the Family*. 1985. Vol. 47 (4). P. 1073 —1074. doi:10.2307/352354
26. *Spanier G.B., Lewis R.A., Cole C.L.* Marital Adjustment over the family life cycle: The Issue of Curvilinearity // *Journal of Marriage and Family*. 1975. Vol. 37 (2). P. 263—752. doi:10.2307/350960
27. *Vandeleur C.L., Fenton B.T., Ferrero F., Preisig M.* Construct validity of the French version of the Dyadic Adjustment Scale // *Swiss Journal of Psychology*. 2003. Vol. 62 (3). P. 167—175. doi:10.1024//1421-0185.62.3.167
28. *Werner C., Schermelleh-Engel K.* Deciding between competing models: Chi-square difference tests. [Электронный ресурс]. Frankfurt: Goethe University, 2010. URL: <https://perma.cc/2RTR-8XPZ> (дата обращения: 08.08. 2018).

FACTOR STRUCTURE AND RELIABILITY OF DYADIC ADJUSTMENT SCALE (DAS) IN THE RUSSIAN POPULATION

J.M. POLIAKOVA*,

Psychiatric Clinical Hospital № 4 named after P.B. Gannushkin,
Moscow, Russia,
polyakovaju@gmail.com

M.G. SOROKOVA**,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
sorokovamg@mgppu.ru

N.G. GARANIAN***,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
garanian@mail.ru

This study examines the psychometric properties of the Russian-version of G. Spanier's Dyadic Adjustment Scale (DAS). 302 subjects (84 couples) participated in this research and each partner responded individually to the PFB or to both scales. The results of the exploratory factor analysis revealed a three-factor structure of the scale, which was endorsed by the means of confirmatory factor analysis. Three subscales and total score revealed appropriate reliability — internal consistency and split reliability. The construct validity was confirmed by correlations between DAS subscales and other instruments testing theoretically close constructs. External validity was confirmed by correlations between DAS subscales and perfectionism which shows that mentally focusing on one's imperfections and failures is negatively related to subjective well-being in a marriage.

Keywords: dyadic adjustment scale, exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, reliability, construct validity.

For citation:

Poliakova J.M., Sorokova M.G., Garanian N.G. Factor Structure and Reliability of Dyadic Adjustment Scale (DAS) in Russian Population. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 105—126. doi: 10.17759/cpp.2018260306. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Poliakova Julia Mikhailovna*, clinical psychologist, Psychiatric Clinical Hospital № 4 named after P.B. Gannushkin, clinical and family counselor, Moscow, Russia, e-mail: polyakovaju@gmail.com

** *Sorokova Marina Gennadievna*, Doctor In Physics and Mathematics, Professor, Department of Applied Mathematics, Faculty Of Informational Technologies, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

*** *Garanian Natalia Georgievna*, Doctor In Psychology, Professor, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Faculty of Counseling & Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: garanian@mail.ru

REFERENCES

1. Aivazova D.G. Metodicheskie vozmozhnosti issledovaniya udovletvorennosti brachnymi otnosheniyami [Methodological possibilities of the research of the satisfaction of conjugal relations]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal [Siberian psychological journal]*, 2014, no. 51, pp. 148—155.
2. Aleshina Yu.E., Gozman L.Ya., Dubovskaya E.M. Sotsial'no-psikhologicheskie metody issledovaniya supruzheskikh otnoshenii: Spetspraktikum po sotsial'noi psikhologii [Socio-psychological research methods of marital relations: Practicum in social psychology]. Moscow: Publ. of Moscow University, 1987. 120 p.
3. Aleshina Yu.E. Udovletvorennost' brakom i mezlichnostnoe vospriyatie v supruzheskikh parakh s razlichnym stazhem sovместnoi zhizni: diss. ... kand. psikhol. nauk. [Satisfaction with marriage and interpersonal perception in married couples with different experiences of living together: PhD (Psychology) Thesis]. Moscow, 1985. 263 p.
4. Andreeva T.V. Psikhologiya sovremennoĭ sem'i [Psychology of the modern family]. Saint Petersburg: Rech', 2005. 436 p.
5. Garanyan N.G., Klykova A.Yu., Polyakova Yu.M., Sorokova M.G. Interpersonal'nye aspekty perfektsionizma [Interpersonal aspects of perfectionism]. Materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Metodologicheskie i prikladnye problemy meditsinskoĭ (klinicheskoi) psikhologii. Polyakovskie chteniya (k 90-letiyu Yu.F. Polyakova)" (g. Moskva, 15—16 marta 2018 g.). [Materials of the All-Russian scientific-practical conference "Methodological and applied problems of medical (clinical) psychology. Polyakov Readings (on the occasion of the 90th anniversary of Yu.F. Polyakov)"], 15—16 March 2018. Moscow: FGBOU VO MGPPU, 2018, pp. 115—117.
6. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Diagnostika perfektsionizma pri rasstroistvakh affektivnogo spektra. Metodicheskie rekomendatsii [Diagnostics of perfectionism in disorders of the affective spectrum. Methodical recommendations]. Moscow: FGBU «NMITsNP im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii, 2017. 20 p.
7. Kline P. Spravochnoe rukovodstvo po konstruirovaniyu testov [Reference guide for the construction of tests]. Kiev: PAN Ltd, 1994. 283 p. (In Russ.).
8. Liders A.G. Psikhologicheskoe obsledovanie sem'I [Psychological examination of the family]. Moscow: Akademiya, 2006. 432 p.
9. Mitina O.V. Matematicheskie metody v psikhologii [Mathematical methods in psychology: Practical work]. Moscow: Aspekt Press, 2009. 238 p.
10. Nasledov A.D. IBM SPSS Statistics 20 i AMOS: professional'nyi statisticheskii analiz dannykh [IBM SPSS Statistics 20 and AMOS: professional statistical analysis of data]. Saint Petersburg: Piter, 2013. 416 p.
11. Olifirovich N.I., Zinkevich-Kuzemkina T.A., Velenta T.F. Psikhologiya semeinykh krizisov [Psychology of family crises]. Saint Petersburg: Rech', 2006, pp. 144—149.
12. Sopun, S.M., Liders, A.G. Psihologicheskaya sovместimost supruzheskoy paryi i udovletvorennost brakom [Psychological compatibility of a married couple and satisfaction with marriage]. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal [Siberian Psychological Journal]*, 2007, no. 25, pp. 156—162.
13. Stolin V.V., Romanova T.A., Butenko G.P. Oprosnik udovletvorennosti brakom [The questionnaire of satisfaction with marriage]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya [Moscow University Psychology Bulletin]*, 1984, no. 2, pp. 54—60.

14. Ahmad M.M. Validation of the Cognitive Appraisal Health Scale with Jordanian patients. *Nursing and Health Sciences*, 2010. Vol. 12 (1), pp. 74—79. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00492.x
15. Christensen A., Atkins D.C., Berns S., Wheeler J., Baucom D.H., Simpson L.E. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004. Vol. 72 (2), pp. 176—191. doi:10.1037/0022-006X.72.2.176
16. Crane D.R., Busby D.M., Larson J.H. A factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale with distressed and nondistressed couples. *The American Journal of Family Therapy*, 1991. Vol. 19 (1), pp. 60—66. doi:10.1080/01926189108250835
17. Fisisolu H., Demir A. Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 2000. Vol. 16 (3), pp. 214—218.
18. Graham J.M., Liu Y.J., Jeziorski J.L. The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 2006. Vol. 68, pp. 701—717. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00284.x
19. Habke M., Flynn C. Interpersonal aspects of trait perfectionism. In G. Flett, P. Hewitt (eds.). *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington: Amer. Psychol. Assoc., 2002, pp. 151—181.
20. Lace J.W., Merz Z.C., Grant A.F., Emmert N.A., Zane K.L., Handan P.J. Validation of the K6 and its depression and anxiety subscales for detecting nonspecific psychological distress and need for treatment. *Current Psychology*, 2018. doi:10.1007/s12144-018-9846-2
21. Lee M.-S., Kim Z.-S. A preliminary study on the standardization of the Korean Dyadic Adjustment Scale [Korean]. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 1996. Vol. 15 (1), pp. 129—140.
22. Robles Th., Slatcher R., Trombello J., McGinn M. Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 2014. Vol. 140 (1), pp. 140—187. doi:10.1037/a0031859
23. Shek D., Cheung C. Dimensionality of the Chinese dyadic adjustment scale based on confirmatory factor analyses. *Social Indicators Research*, 2008. Vol. 86 (2), pp. 201—212. doi:10.1007/s11205-007-9108-4
24. Spanier G.B. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 1976. Vol. 38 (1), pp. 15—38. doi:10.2307/350547
25. Spanier G.B. Improve, refine, recast, expand, clarify: Don't abandon. *Journal of Marriage and the Family*, 1985. Vol. 47 (4), pp. 1073 —1074. doi:10.2307/352354
26. Spanier G.B., Lewis R.A., Cole C.L. Marital Adjustment over the family life cycle: The Issue of Curvilinearity. *Journal of Marriage and Family*, 1975. Vol. 37 (2), pp. 263—275. doi:10.2307/350960
27. Vandeleur C.L., Fenton B.T., Ferrero F., Preisig M. Construct validity of the French version of the Dyadic Adjustment Scale. *Swiss Journal of Psychology*, 2003. Vol. 62 (3), pp. 167—175. doi:10.1024//1421-0185.62.3.167
28. Werner C., Schermelleh-Engel K. Deciding between competing models: Chi-square difference tests. Frankfurt: Goethe University, 2010. Available at: <https://perma.cc/2RTR-8XPZ> (Accessed: 08.08. 2018).

СЕМАНТИЧЕСКИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

О.В. АЛЕКСАНДРОВА*,
АНО «Детский хоспис», Санкт-Петербург, Россия,
al-ov@bk.ru

И.Б. ДЕРМАНОВА**,
ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия,
dermanova@mail.ru

Представлены результаты разработки методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» (СДЖС), осуществленной в русле психосемантического подхода. Предлагаемая методика ориентирована на изучение когнитивных и эмоциональных компонентов субъективного восприятия человеком своей жизненной ситуации. В качестве основных смысловых осей восприятия были выделены факторы: владение ситуацией, эмоциональное переживание ситуации, позитивные ожидания, обыденность и повседневность, разрешимость, личностная включенность и вера в преодолимость ситуации, энергетический заряд, уровень понимания. Выборка апробации: взрослые, находящиеся в условно нормальной (N=105) и трудной жизненной ситуации (N=35). По результатам психометрической проверки методики были установлены значимые различия в их перцептивно-когнитивной картине жизненной ситуации, подтверждена критериальная валидность методи-

Для цитаты:

Александрова О.В., Дерманова И.Б. Семантический дифференциал жизненной ситуации // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 127—145. doi: 10.17759/cpp.2018260307

* *Александрова Ольга Викторовна*, кандидат психологических наук, психолог, Автономная некоммерческая организация «Детский хоспис» (АНО «Детский хоспис»), Санкт-Петербург, Россия, e-mail: al-ov@bk.ru

** *Дерманова Ирина Борисовна*, кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, e-mail: dermanova@mail.ru

ки, обнаружена степень влияния на восприятие ситуации некоторых ее объективных характеристик.

Ключевые слова: семантический дифференциал, жизненная ситуация, смысловые единицы, семантический подход.

Психосемантический подход ориентирован на анализ и реконструкцию системы смыслов и значений, образующих субъективную реальность человека и отражающих его субъективный опыт. Субъективный опыт в психосемантической парадигме представляется в виде семантического пространства, осями которого являются обобщенные смысловые основания, используемые испытуемым для соотнесения и противопоставления стимулов или объектов [4]. Смысловые оси могут быть выявлены с помощью таких методик, как субъективное шкалирование, классификация, ассоциативный эксперимент, семантический дифференциал и др. На основании полученных данных строятся модели изучаемого явления, сферы, области жизнедеятельности и т. д.

Несмотря на то, что психосемантический подход появился в психологии относительно недавно, в настоящее время он достаточно широко используется для различных целей. В частности, он позволяет моделировать структуры субъективного опыта, как отдельных людей, так и групп испытуемых. Это стало активно использоваться в психодиагностике. Так, например, последние годы стали появляться психосемантические методики для оценки не только личности, но и профессиональных и этнических стереотипов, коммуникативного воздействия, личностных проблем, субъективного восприятия времени и т. д. [4].

В основу создания методики СДЖС положено допущение о том, что индивид, являясь носителем субъективного опыта, обладает индивидуальной системой смыслов и значений, выявление которых позволит реконструировать его восприятие своей жизненной ситуации. В качестве основной категории, необходимой для понимания теоретических предпосылок, лежащих в основе разрабатываемой методики, выступает понятие «ситуация».

Анализируя понятие «ситуация», можно заметить, что общепринятой классификации или таксономии ситуаций в современной психологии не существует, нет четкого критерия разделения ситуаций ни по содержательным признакам, ни по уровню организации. Ситуации могут подразделяться как по объективным, так и по субъективным критериям.

В данной работе мы исходили из того, что подход к оценке той или иной ситуации должен быть преимущественно субъективным. Это связано с тем, что человек сам определяет для себя характер, специфику, тяжесть ситуации, интерпретируя одни и те же внешние условия по-разному, рас-

ставляя разные акценты. И одна и та же жизненная ситуация (ЖС) для одного человека может оцениваться как нормальная, а для другого как неблагоприятная либо чрезвычайная и даже экстремальная.

В то же время необходимо учитывать и объективные обстоятельства, которые могут оказывать отягощающее или наоборот облегчающее воздействие на переживание и оценку ситуации. В качестве таких обстоятельств могут выступать пол, возраст, материальное положение, наличие или отсутствие социальной поддержки, наличие работы, семьи, детей и др.

Ситуация может иметь различную временную представленность. Границы ситуации не определяются объективными обстоятельствами или внешними критериями. Каждый человек, рассуждая о своей ситуации, подразумевает разную ее протяженность во времени, насыщает разным количеством событий, обозначает собственные границы. Но в то же время исследователи отмечают различия между актуальной ситуацией (существующей в данный момент времени, «здесь и сейчас») и целостной ЖС [8]. ЖС в ее и объективной, и субъективной репрезентации более длительна по времени и имеет большую представленность в пространстве, чем актуальная ситуация. Она включает множество конкретных событий и эпизодов, протекающих как одновременно, так и последовательно. В субъективной интерпретации актуальная ситуация может носить случайный, специфический характер, в то время как ЖС отражает фрагмент общей картины, или модели, мира, проявляясь в виде длительных эмоциональных переживаний, устойчивых поведенческих установок и целостной интерпретации внешних событий.

Разными авторами высказываются противоположные точки зрения на возможность создания универсальной методики оценки тех или иных ситуаций. С одной стороны, известны попытки описать множество ситуаций разного типа через выявление основных факторов их восприятия [8], с другой стороны, высказываются обоснованные сомнения в том, что можно описать одними и теми же факторами или их комбинацией совершенно разные ситуации [2]. С нашей точки зрения, такие сомнения оправданы, если речь идет о попытке классифицировать социальные эпизоды или повседневные (актуальные) ситуации. Но в отношении целостной ЖС попытка выделить универсальные факторы ее оценивания доказала свою продуктивность. В частности, такой подход активно востребован при исследовании копинг-поведения, которое изначально рассматривалось как способ разрешения трудных жизненных ситуаций (ТЖС). И в отечественной, и в западной психологии существует немало количество работ, в которых авторы на основе эмпирических данных пытаются развести субъективные характеристики ТЖС и повседневных, или нормальных, ситуаций [10].

К самым общим характеристикам восприятия окружающих человека объектов и явлений относят такие параметры, как «сила», «оценка»,

«активность» (семантический дифференциал Ч. Осгуда). В отношении оценки ТЖС используются и такие характеристики, как: «изменчивость», «разрешимость», «неопределенность», «включенность», «подконтрольность (прогнозируемость)», «стрессогенность», «безопасность» и др. [10].

Целью данной работы было выявление основных осей семантического пространства в восприятии ЖС и создание на этой базе диагностической методики. Знание этих осей, с нашей точки зрения, может помочь в дальнейшем оценить внутреннюю картину ЖС, какой она представляется конкретному человеку.

Гипотеза. Мы предположили, что можно выделить относительно устойчивые компоненты восприятия жизненной ситуации (смысловые оси перцептивно-когнитивной картины мира), отражающие ее эмоциональную и когнитивную оценку и общие поведенческие установки у взрослых, находящихся в условно нормальной жизненной ситуации, и у взрослых в трудной жизненной ситуации. В качестве компонентов восприятия ситуации выступят такие ее характеристики, как управляемость (подконтрольность ситуации), эмоциональная оценка ситуации, сила и активность, устойчивость—изменчивость ситуации, включенность и личностная значимость и др.

Работа в рамках данной гипотезы включала в себя следующее: был подобран достаточный набор прилагательных, характеризующих различные аспекты ЖС и выявлена их обобщенная структура (смысловые оси восприятия ситуации); проведена психометрическая проверка полученных данных; выявлена специфика оценки ЖС в группах испытуемых, находящихся в объективно разных ЖС; разработаны тестовые нормы для оценки ЖС по выявленным смысловым осям.

Метод

Выборка. Было обследовано 157 взрослых, жителей г. Санкт-Петербурга. Возраст в общей выборке колебался от 18 до 56 лет. 105 человек из общей выборки находились в условно нормальной ЖС. Это не означает, что кто-либо из них не переживал жизненных трудностей, но в данной выборке не выделялось какой-либо общей детерминанты переживаний. Эта выборка была представлена как женщинами (55%), так и мужчинами (45%). Средний возраст ее членов составил 37,5 лет. И еще 52 человека находились в ТЖС, отягощенной длительной тяжелой болезнью, угрожающей жизни их ребенка. Данная подгруппа была представлена преимущественно матерями, средний возраст которых составил 35 лет.

Процедура. Испытуемым было предложено оценить свою жизненную ситуацию с помощью набора прилагательных. На первом этапе эта ра-

бота была проведена только в группе испытуемых, находящихся в ТЖС (взрослых родственников детей, больных тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями — подопечных детского хосписа) [1]. Всего было представлено 37 пар биполярных прилагательных, представляющих различные аспекты и субъективные оценки разных ситуаций. Испытуемым нужно было выбрать в каждой паре то прилагательное, которое в наилучшей степени характеризует их ЖС, и определить степень (силу) выраженности данной характеристики на симметричной шкале: 3 — 2 — 1 — 1 — 2 — 3. Например, сильная—слабая ситуация, устойчивая—изменяющаяся ситуация и т. д. Положительные результаты этой работы позволили нам расширить круг испытуемых и получить более универсальные компоненты ментальных репрезентаций для более широкого диапазона ЖС, откорректировать набор прилагательных. На втором этапе исследования набор прилагательных составил 40 пар (Приложение). По результатам оценивания ситуации был проведен факторный анализ данных и получены 8 факторов, интерпретируемых в качестве смысловых осей перцептивно-когнитивной картины жизненной ситуации, а также вычислены факторные оценки по ним у каждого испытуемого.

Далее для психометрической проверки полученных результатов и подтверждения содержания полученных факторов был проведен их корреляционный анализ с характеристиками психологического и эмоционального благополучия и удовлетворенности жизнью.

Методики. Параметры психологического благополучия изучались с помощью комплекса методик.

Для оценки удовлетворенности использовались следующие методики.

Шкала удовлетворенности жизнью (Е. Динер и др. в адаптации Е.Н. Осина, Д.А. Леонтьева) [9]. Данная методика позволяет выявить общий уровень удовлетворенности жизнью.

Характеристики психологического благополучия изучались с помощью **Шкалы психологического благополучия** К. Рифф в адаптации Л.В. Жуковской, Е.Г. Трошихиной [5]. В данной методике выделяются такие шкалы, как: автономность, компетентность, личностный рост, позитивные отношения, жизненные цели, самопринятие и общий показатель психологического благополучия.

Шкала личностного роста опросника «Индекс стремлений» (Э. Деси, Р. Райан) в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.А. Котельниковой и А.В. Селина) [6]. Оценка личностного роста в данной шкале осуществлялась по двум параметрам: важности и достижения.

Для изучения характеристик устойчивого эмоционального состояния использовались следующие методики.

Методика «Оценка психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности» (Н.А. Курганский, Т.А. Немчин)

[7], включающая шкалы активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности¹.

Интегративный тест тревожности (ИТТ, А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев) [3]. Из данной методики были использованы шкалы оценки личностной тревожности: эмоциональный дискомфорт, астенический компонент тревожности, фобический компонент тревожности, тревожная оценка перспективы, социальные реакции защиты.

Для оценки степени детерминации восприятия ЖС ее объективными характеристиками была использована *биографическая анкета*, разработанная авторами, в которой выяснялись такие вопросы, как уровень здоровья, образования, жилищные условия, вид занятости, наличие /отсутствие работы, изменения должности, семейное положение, наличие детей, материальное положение и др.

Описание методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации». Как уже упоминалось выше, по оценкам жизненной ситуации по всей группе испытуемых с помощью 40 биполярных прилагательных был проведен факторный анализ. При помощи метода главных компонент после проведения процедуры варимакс-вращения по критерию Г. Кайзера на общей выборке было выделено 8 факторов с суммарной объясненной дисперсией 65,38%, что для данных, полученных на основе семантического дифференциала, можно считать приемлемым результатом. Факторная структура показателей представлена в табл. 1.

Таблица 1
Факторная структура показателей оценки жизненной ситуации²

№ п/п	Прилагательные	Факторы							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Активная	—	—	0,689	—	—	—	—	—
2	Возбуждающая	—	—	—	—	—	—	0,738	—
3	Отзывчивая	—	—	0,718	—	—	—	—	—
4	Обратимая	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Избавляющая	0,599	—	—	—	—	—	—	—
6	Сильная	0,620	—	—	—	—	—	—	—
7	Легкая	-	—	—	—	0,592	—	—	—
8	Логичная	0,546	—	—	—	—	—	0,485	—
9	Беспроегрешная	—	—	—	—	0,540	—	—	—

¹ Особенностью данной методики является то, что более высокие значения по шкалам соответствуют более низким показателям этих характеристик.

² Значения факторных нагрузок $\leq 0,45$ не учитывались с целью более четкой интерпретации данных ($p=001$).

№ п/п	Прилагательные	Факторы							
		1	2	3	4	5	6	7	8
10	Энергичная	0,507	—	—	—	—	—	—	—
11	Обнадеживающая	—	—	0,766	—	—	—	—	—
12	Оптимистичная	—	0,618	—	—	—	—	—	—
13	Добрая	—	—	0,645	—	—	—	—	—
14	Желанная	—	0,824	—	—	—	—	—	—
15	Веселая	0,637	—	—	—	—	—	—	—
16	Очевидная	—	—	—	—	—	—	—	0,675
17	Понятная	—	—	—	—	—	—	—	0,636
18	Значимая	—	0,593	—	—	—	—	—	—
19	Личная	—	—	—	—	—	0,759	—	—
20	Разрешимая	—	—	—	—	0,515	—	—	—
21	Устойчивая	—	—	—	0,776	—	—	—	—
22	Преодолимая	0,495	—	—	—	—	0,462	—	—
23	Простая	—	—	—	0,627	—	—	—	—
24	Добровольная	—	0,563	—	—	0,491	—	—	—
25	Контролируемая	0,710	—	—	—	—	—	—	—
26	Безопасная	0,700	—	—	—	—	—	—	—
27	Мягкая	—	—	—	0,559	—	—	—	—
28	Приятная	—	0,843	—	—	—	—	—	—
29	Жизнеутверждающая	—	0,524	0,611	—	—	—	—	—
30	Близкая	—	0,685	—	—	—	—	—	—
31	Дружественная	0,642	—	—	—	—	—	—	—
32	Освобождающая	0,750	—	—	—	—	—	—	—
33	Информативная	—	—	0,645	—	—	—	—	—
34	Принимающая	0,519	0,575	—	—	—	—	—	—
35	Прогнозируемая	—	—	—	—	—	—	—	—
36	Глубокая	—	—	—	—	—	0,508	—	—
37	Определенная	—	—	—	—	0,550	—	—	—
38	Обычная	—	—	—	-0,551	—	—	—	—
39	Нормальная	—	—	—	—	—	—	—	0,481
40	Однозначная	—	—	—	—	—	—	—	0,631
Вес фактора		14,24	12,54	9,54	7,32	6,08	5,36	5,16	5,14

Примечание: фактор 1 — владения ситуацией; фактор 2 — эмоционального переживания ситуации; фактор 3 — позитивных ожиданий; фактор 4 — обыденности и повседневноности; фактор 5 — разрешимость ситуации; фактор 6 — личностная включенность и вера в преодолимость ситуации; фактор 7 — энергетический заряд ситуации; фактор 8 — уровень понимания.

Из 40 пар только один показатель (№ 35) не вошел ни в один из полученных факторов с достаточным весом, поэтому из дальнейшего анализа он был исключен. Как уже отмечалось, в соответствии с теоретической моделью, положенной в основу методики, полученные факторы можно рассматривать в качестве основных смысловых осей, которые в совокупности представляют субъективную операциональную модель ЖС, какой она видится испытуемым (ментальную репрезентацию своей ЖС).

Первый фактор (14,24%) — *владение ситуацией* — объединил характеристики, связанные с управляемостью ситуацией (контролируемая, преодолимая, логичная), с позитивными переживаниями (безопасная, освобождающая, дружественная, веселая и др.). Его низкие значения характеризуют чувство угрозы в связи с ощущением неподконтрольности происходящего; высокие — ситуацию, связанную с ощущением безопасности и контроля над обстоятельствами.

Второй фактор (12,54%) — *эмоциональное переживание ситуации* — объединил эмоциональную оценку ситуации (приятная, желанная и др.) и веру в ее позитивное начало (жизнеутверждающая и др.). Противоположный полюс — нежеланная, пессимистичная, неприятная и др.

В третий фактор (9,54%) — *позитивных ожиданий* — с наибольшими весами вошли прилагательные: обнадеживающая, отзывчивая, активная, жизнеутверждающая, а также добрая, информативная. Противоположный полюс — равнодушная, безнадёжная, жестокая и т. д.

Четвертый фактор (7,32%) — *обыденность и повседневность ситуации* — объединил такие прилагательные, как устойчивая, простая, мягкая, обычная. Высокие значения по нему характеризуют своего рода будничность, обыденность ситуации. А низкие — отражают ее остроту и сложность.

Пятый фактор (6,08%) — *разрешимость ситуации* — характеризует выраженную установку на определенность и разрешимость ситуации. Противоположный полюс — неразрешимая, проигрышная, трудная.

В шестой фактор (5,36%) — *личная включенность и вера в преодолимость ситуации* — вошли такие прилагательные, как — личная, глубокая, преодолимая ситуация. Противоположный полюс — публичная, тупиковая.

Седьмой фактор (5,16%) — *энергетический заряд ситуации* — объединил такие прилагательные, как возбуждающая и логичная. На противоположном полюсе, соответственно, расслабляющая, иррациональная.

Восьмой фактор (5,14%) — *уровень понимания ситуации* — на положительном полюсе характеризует ситуацию как очевидную, понятную, однозначную и нормальную. На противоположном — таинственную, непонятную, многозначную, отклоняющуюся от нормы.

Психосемантические методы, подобно проективным, ориентированы на оценку уникальных личностных особенностей, поскольку

мир смыслов и отношений каждого человека уникален и неповторим. Идеографическая направленность диагностики на оценку субъективных переживаний человека является несомненным достоинством этой группы методов. Однако она порождает и серьезные трудности в обосновании их диагностической эффективности и психометрических свойств.

Как отмечают исследователи, особенностью психосемантических методов является то, что для них затруднительно, а иногда и невозможно, использование стандартных психометрических процедур их оценки, в частности, процедур надежности и валидности. В связи с этим особое внимание нами было уделено выявлению взаимосвязей полученных факторов восприятия ситуации с близкими психологическими характеристиками испытуемых и влиянию на смысловые оси восприятия ситуации объективных показателей, а также проверке эффективности метода на модели ТЖС (на выборке матерей больных детей).

Результаты

По результатам корреляционного анализа было выявлено, что наиболее тесно с показателями психологического и эмоционального благополучия связан фактор «Позитивные ожидания» (18 связей) (табл. 2). Более высокие значения этого фактора соотносятся и с более высокими показателями благополучия. Тот же характер связей проявляют и факторы «Владение ситуацией» и «Эмоциональная оценка ситуации» (9 и 7 связей соответственно).

Таблица 2

Корреляционные взаимосвязи факторов оценки жизненной ситуации с характеристиками психологического и эмоционального благополучия

Шкалы	1ф.	2ф.	3ф.	4ф.	5ф.	6ф.	7ф.	8ф.
Автономность (К. Рифф)	—	-0,21	—	—	—	—	—	—
Компетентность (К. Рифф)	0,2	0,19	0,26	-0,21	-0,16	—	—	—
Личностный рост (К. Рифф)	0,23	0,26	0,32	-0,2	-0,16	0,18	—	—
Позитивные отношения (К. Рифф)	—	—	0,28	—	—	—	—	—
Жизненные цели (К. Рифф)	0,3	—	0,34	—	—	—	—	—
Самопринятие (К. Рифф)	0,25	0,17	0,3	-0,20	—	0,21	—	—
Общий показатель (К. Рифф)	0,26	—	0,37	-0,18	—	—	—	—

Шкалы	1ф.	2ф.	3ф.	4ф.	5ф.	6ф.	7ф.	8ф.
Общий уровень удовлетворенности (методика Динера)	0,25	—	0,45	—	—	—	—	—
Стремление к личностному росту (достижение)	—	0,46	—	—	0,35	—	—	—
Активация (Оценка психической активации ...)	0,18	0,18	-0,2	—	-0,42	0,22	—	—
Интерес (Оценка психической активации ...)	—	—	-0,46	—	—	—	—	—
Эмоциональный тонус (Оценка психической активации ...)	—	-0,29	-0,48	—	—	—	—	—
Напряжения (Оценка психической активации ...)	—	—	—	—	—	0,17	—	—
Комфортность (Оценка психической активации ...)	-0,18	—	-0,52	—	—	—	—	-0,24
Общая тревожность (ИТТ)	—	—	-0,38	—	—	—	0,17	—
эмоциональный дискомфорт (ИТТ)	—	—	-0,21	—	—	—	—	-0,20
астенический компонент (ИТТ)	—	—	-0,41	—	—	—	—	-0,2
Фобический компонент тревожности (ИТТ)	-0,19	—	-0,41	—	—	—	—	-0,20
тревожная оценка перспективы (ИТТ)	—	—	-0,29	—	—	—	0,17	-0,187
социальные реакции защиты (ИТТ)	—	—	-0,19	—	—	—	—	—

Примечание: все корреляционные связи при $0,000 < p < 0,05$.

Фактор «Обыденность и повседневность» вошел в симптомокомплекс с низкими показателями психологического благополучия (4 связи), фактор «Разрешимость ситуации» объединился с некоторыми характеристиками психологического благополучия, высокой эмоциональной активацией, но при низкой оценке своих достижений (5 связей). Фактор «Включенность и вера в преодолимость ситуации» объединился с показателями психологического благополучия, но при низком уровне активации (плохим настроением, утомляемостью, раздражением и т. д.) и напряженности (пассивный, вялый, безучастный и т. д.) (4 связи). Фактор «Энергетический заряд ситуации» обнаружил только две связи — обе положительные — с показателями тревожности. А фактор «Понимание ситуации» объединил ясное понимание жизненных целей с высоким уровнем комфортности и низкими показателями тревожности (6 связей).

Апробация методики СДЖС на модели ТЖС выявила значимые различия по пяти факторам из восьми (табл. 3).

Таблица 3
**Средние значения и t-критерий по факторам методики «СДЖС»
 в исследуемых подгруппах**

Параметры	Группа 1. Условно нормативная жизненная ситуация (n=105)	Группа 2. ТЖС, обусловленная тяжелой болезнью ребенка (n=52)	p
	Факторная оценка		
2-й фактор — «Эмоциональное переживание ситуации»	0,118	-0,241	0,035
3-й фактор — «Позитивные ожидания» от ситуации	0,191	-0,390	0,001
5-й фактор — «Разрешимость ситуации»	-0,227	0,464	0,000
6-й фактор — «Личная включенность и вера в преодолимость ситуации»	-0,153	0,312	0,006
8-й фактор — «Уровень понимания ситуации»	0,130	-0,265	0,020

Родственники детей, находящихся на попечении детского хосписа, воспринимают свою ЖС более негативно, их ожидания от развития ситуации носят более пессимистический характер, но при этом у них и более высокие ожидания в отношении разрешимости ситуации, ситуация воспринимается ими как более личная, однако уровень понимания ситуации снижен.

Сопоставление субъективных смысловых осей ситуации с жизненными факторами проводилось с помощью регрессионного анализа (табл. 4).

Таблица 4
**Детерминация смысловых осей восприятия ситуации
 ее объективными характеристиками**

№ фактора	Название фактора	Коэффициент Множественной корреляции КМК	Коэффициент Множественной дисперсии КМД	Коэффициент Фишера F	p
3	Позитивные ожидания от ситуации	0,903	>81%	6,395	0,001
6	Личная включенность и вера в преодолимость ситуации	0,793	>62%	3,390	0,013
7	Энергетический заряд	0,841	>70%	4,118	0,005

Коэффициенты множественной корреляции (КМК) для окончательных моделей статистически достоверны только для трех факторов из 8. То есть исследуемые объективные факторы ситуации, если и оказывают, то незначительное влияние на остальные смысловые оси восприятия ситуации. Однако по трем выделенным факторам коэффициенты множественной дисперсии (КМД) достаточно большие и регрессионные модели объясняют от 62% до 81% дисперсий зависимых переменных. Таким образом, результаты предсказания по данным факторам могут быть приняты во внимание.

Так, фактор 3 — позитивные ожидания — наиболее выражен у людей имеющих проблемы со здоровьем, работой, семейной жизнью, испытывающих материальные трудности и имеющих детей. Уравнение регрессии имеет следующий вид: «Позитивные ожидания» = 3,554 — 0,430 (здоровье) — 0,914 (потеря работы) — 0,365 (семейное положение) + 0,482 (дети) — 0,433 (материальное положение). Позитивные ожидания более выражены у людей, попавших в объективно более сложную ситуацию.

Предикторами фактора 6 — личная значимость и вера в преодоление ситуации — являются более благоприятные жизненные условия и материальное положение. Уравнение регрессии имеет следующий вид: «Личная значимость и вера в преодоление ситуации» = -3,955 + 0,391 (жилищные условия) + 0,583 (материальное положение). Более благоприятные материальные условия жизни способствуют и большей уверенности в преодолении жизненных сложностей.

Фактор 7 — энергетический заряд ситуации — в значительной степени (>70%) детерминирован такими факторами, как повышение в должности, смена работы, хорошее материальное положение, хорошее состояние здоровья и наличие зарегистрированного брака. Уравнение регрессии в данном случае имеет следующий вид: «Энергетический заряд ситуации» = -9,153 + 0,608 (здоровье) + 0,706 (смена работы) + 0,730 (повышение в должности) + 0,402 (семейное положение) + 0,503 (материальное положение). Эти объективные факторы придают дополнительную энергию для жизнедеятельности.

Обсуждение

Характер корреляционных связей полученных факторов, интерпретируемых нами в качестве смысловых осей ментальной репрезентации ситуации, выявил, что *владение ситуацией, ее положительная оценка, позитивные ожидания, личная включенность и вера в преодолимость ситуации и уровень понимания ситуации* положительно связаны с большинством показателей психоэмоционального благополучия и удовлетворенностью жизнью. Это характеризует позитивный полюс восприятия ситуации.

Фактор — *обыденность и повседневность* — ожидаемо обнаружил обратный характер связей. Фактор *энергетический заряд ситуации* в большей степени связан с тревожностью, которая, возможно, и является его источником, а высокая вера в *разрешимость ситуации* связана с недостаточной компетентностью и снижением направленности на личностный рост.

Сравнительный анализ средних по факторам в исследуемых подгруппах обнаружил, что испытуемые, находящиеся в ТЖС, по большинству показателей оценивают ее более негативно, чем те, жизненная ситуация которых рассматривалась нами как нормальная. *Эмоциональная оценка ситуации* у них существенно ниже, *позитивные ожидания* выражены слабее, снижен *уровень понимания ситуации*. В то же время они демонстрируют более высокий уровень *личностной включенности и веры в разрешение ситуации*, что укладывается в картину иррациональной оценки ситуации и подтверждает прогностическую способность методики. Регрессионный анализ обнаружил влияние объективных факторов на субъективную репрезентацию ситуации только по трем осям из восьми, что подтверждает необходимость рассмотрения ситуации не только как объективного, но и как субъективного феномена.

Выводы

Итак, практически все прилагательные (за исключением одной пары) оказались включены в систему восприятия ЖС, образовав 8 смысловых осей ее восприятия: владение ситуацией, эмоциональное переживание ситуации, позитивные ожидания, обыденность и повседневность, разрешимость, личностная включенность и вера в преодолимость ситуации, энергетический заряд, уровень понимания.

Анализ корреляционных взаимосвязей данных факторов со сходными психологическими характеристиками подтвердил предложенную интерпретацию факторов.

Результаты регрессионного анализа выявили характер и степень влияния на восприятие ситуации некоторых ее объективных характеристик. Было обнаружено, что объективные факторы ситуации могут рассматриваться в качестве предикторов ее восприятия только по трем осям из восьми, на остальные их влияние незначительно.

Были выявлены значимые различия в перцептивно-когнитивной картине жизненной ситуации между группами испытуемых, находящихся в условно нормальной ЖС и ТЖС.

Таким образом, результаты психометрической проверки методики подтвердили правомерность ее использования для диагностики особенностей восприятия ЖС.

Благодарности

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ 16-06-00307а.

Приложение

Методика семантический дифференциал жизненной ситуации («СДЖС»)

Инструкция. «Вам будут предложены пары противоположных по смыслу прилагательных, например, «белое—черное». Проанализировав каждую пару, определите, какое одно из двух прилагательных точнее описывает вашу жизненную ситуацию. Отметьте цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики. Чем ближе показатель к цифре «3», тем в большей степени данное прилагательное характеризует данную ситуацию. Старайтесь долго не задумываться над вопросами, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

Бланк методики

1	Пассивная	3	2	1	1	2	3	Активная
2	Возбуждающая	3	2	1	1	2	3	Расслабляющая
3	Равнодушная	3	2	1	1	2	3	Отзывчивая
4	Обратимая	3	2	1	1	2	3	Безвозвратная
5	Избавляющая	3	2	1	1	2	3	Уничтожающая
6	Сильная	3	2	1	1	2	3	Слабая
7	Легкая	3	2	1	1	2	3	Трудная
8	Логичная	3	2	1	1	2	3	Иррациональная
9	Беспроигрышная	3	2	1	1	2	3	Проигрышная
10	Энергичная	3	2	1	1	2	3	Вялая
11	Безнадежная	3	2	1	1	2	3	Обнадеживающая
12	Оптимистичная	3	2	1	1	2	3	Пессимистичная
13	Жестокая	3	2	1	1	2	3	Добрая
14	Желанная	3	2	1	1	2	3	Невыносимая
15	Веселая	3	2	1	1	2	3	Грустная
16	Очевидная	3	2	1	1	2	3	Таинственная
17	Непонятная	3	2	1	1	2	3	Понятная
18	Значимая	3	2	1	1	2	3	Незначимая
19	Личная	3	2	1	1	2	3	Публичная
20	Разрешимая	3	2	1	1	2	3	Неразрешимая
21	Изменчивая	3	2	1	1	2	3	Устойчивая
22	Преодолимая	3	2	1	1	2	3	Тупиковая
23	Сложная	3	2	1	1	2	3	Простая

24	Добровольная	3	2	1	1	2	3	Вынужденная
25	Контролируемая	3	2	1	1	2	3	Неконтролируемая
26	Безопасная	3	2	1	1	2	3	Угрожающая
27	Острая	3	2	1	1	2	3	Мягкая
28	Приятная	3	2	1	1	2	3	Ужасная
29	Смертельная	3	2	1	1	2	3	Жизнеутверждающая
30	Близкая	3	2	1	1	2	3	Далекая
31	Дружественная	3	2	1	1	2	3	Враждебная
32	Освобождающая	3	2	1	1	2	3	Сковывающая
33	Пустая	3	2	1	1	2	3	Информативная
34	Принимающая	3	2	1	1	2	3	Отвергающая
35	Глубокая	3	2	1	1	2	3	Поверхностная
36	Определенная	3	2	1	1	2	3	Неопределенная
37	Уникальная	3	2	1	1	2	3	Обычная
38	Нормальная	3	2	1	1	2	3	Отклоняющаяся от нормы
39	Однозначная	3	2	1	1	2	3	Многозначная

Кодировка

№	Содержание понятий	Полярность	Полярность	Содержание понятий	№
1	Пассивная	1	6	Активная	1
2	Возбуждающая	6	1	Расслабляющая	2
3	Равнодушная	1	6	Отзывчивая	3
4	Обратимая	6	1	Безвозвратная	4
5	Избавляющая	6	1	Уничтожающая	5
6	Сильная	6	1	Слабая	6
7	Легкая	6	1	Трудная	7
8	Логичная	6	1	Иррациональная	8
9	Беспроегрешная	6	1	Проегрешная	9
10	Энергичная	6	1	Вялая	10
11	Безнадежная	1	6	Обнадеживающая	11
12	Оптимистичная	6	1	Пессимистичная	12
13	Жестокая	1	6	Добрая	13
14	Желанная	6	1	Невыносимая	14
15	Веселая	6	1	Грустная	15
16	Очевидная	6	1	Таинственная	16
17	Непонятная	1	6	Понятная	17
18	Значимая	6	1	Незначимая	18

№	Содержание понятий	Полярность	Полярность	Содержание понятий	№
19	Личная	6	1	Публичная	19
20	Разрешимая	6	1	Неразрешимая	20
21	Изменчивая	1	6	Устойчивая	21
22	Преодолимая	6	1	Тупиковая	22
23	Сложная	1	6	Простая	23
24	Добровольная	6	1	Вынужденная	24
25	Контролируемая	6	1	Неконтролируемая	25
26	Безопасная	6	1	Угрожающая	26
27	Острая	1	6	Мягкая	27
28	Приятная	6	1	Ужасная	28
29	Смертельная	1	6	Жизнеутверждающая	29
30	Близкая	6	1	Далекая	30
31	Дружественная	6	1	Враждебная	31
32	Освобождающая	6	1	Сковыывающая	32
33	Пустая	1	6	Информативная	33
34	Принимающая	6	1	Отвергающая	34
35	Глубокая	6	1	Поверхностная	36
36	Определенная	6	1	Неопределенная	37
37	Уникальная	6	1	Обычная	38
38	Нормальная	6	1	Отклоняющаяся от нормы	39
39	Однозначная	6	1	Многозначная	40

Обработка данных. Для подсчета баллов необходимо перевести отмеченные испытуемым позиции на симметричной шкале: 3 — 2 — 1 — 1 — 2 — 3 в оценки по восходящей асимметричной шкале.

После этого суммируются баллы асимметричных шкал, входящих в оцениваемый фактор, и сумма делится на соответствующее количество пунктов, т. е. высчитывается среднее значение по шкале.

Ключ.

Субшкала 1 — владение ситуацией: Σ (5; 6; 8; 10; 15; 22; 25; 26; 31; 32; 34) /11

Субшкала 2 — эмоциональное переживание ситуации: Σ (12; 14; 18; 22; 24; 28; 29; 30; 34) /9

Субшкала 3 — позитивные ожидания от ситуации: Σ (1; 3; 11; 13; 29; 33) /6

Субшкала 4 — обыденность и повседневность ситуации: Σ (21; 23; 27; 37) /4

Субшкала 5 — разрешимость ситуации: Σ (7; 9; 20; 24; 36) /5

Субшкала 6 — личная включенность и вера в преодолимость ситуации: Σ (19; 22; 35) /3

Субшкала 7 — энергетический заряд ситуации: Σ (2; 8) /2

Субшкала 8 — уровень понимания ситуации: Σ (16; 17; 38; 39) /4

Нормативные значения

№	Название фактора	Средняя оценка
1	Владение ситуацией	4,12 ± 1,23
2	Эмоциональное переживание ситуации	3,91 ± 1,21
3	Позитивные ожидания» от ситуации	4,03 ± 1,13
4	Обыденность и повседневность ситуации	3,44 ± 1,20
5	Разрешимость ситуации	3,80 ± 1,20
6	Личная включенность и вера в преодолимость ситуации	3,84 ± 1,38
7	Энергетический заряд ситуации	3,64 ± 1,28
8	Уровень понимания ситуации	3,65 ± 1,23

Общее правило градации

Показатели в интервале от М до (М+сигма) соответствуют повышенному уровню; показатели выше (М+сигма) соответствуют существенно повышенному уровню; показатели в интервале от М до (М — сигма) соответствуют пониженному уровню; показатели ниже (М-сигма) соответствуют существенно пониженному уровню.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.В. Дифференциально-психологические факторы переживания и копинг-поведения взрослых в трудной жизненной ситуации: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2017. 27 с.
2. Аргайл М. Основные характеристики ситуаций // Психология социальных ситуаций: хрестоматия / Под ред. Н.В. Гришиной. СПб.: Питер, 2001. С. 178—188.
3. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): метод. рекомендации. СПб.: СПб НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2005. 23 с.
4. Вассерман Л.И. Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени: экспертная и психодиагностическая система в медицинской психологии: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: СПб НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2009. 44 с.
5. Жуковская Л.В., Трошихина Е.Г. Шкала психологического благополучия К. Рифф // Психологический журнал. 2011. Т. 32. № 2. С. 82—93.
6. Котельникова Ю.А. Жизненные стремления как личностный конструкт. Методика диагностики [Электронный ресурс]. URL: <http://www.b17.ru/article/14186/> (дата обращения: 01.07.2016).
7. Курганский Н.А., Немчин Т.А. Оценка психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности // Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: 2-е изд., доп. и перераб. / Под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. СПб.: Питер, 2003. С. 303—309.
8. Магнуссон Д. Ситуационный анализ: эмпирические исследования соотношений выходов и ситуаций // Психологический журнал. 1983. № 2. С. 29—54.

9. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия // Сборник материалов III Всероссийского социологического конгресса. М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов, 2008. С. 17.
10. Парфенова Н.Б. О подходах к классификации и диагностике жизненных ситуаций // Вестник Псковского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные и психолого-педагогические науки. 2009. № 9. С. 109—117.

SEMANTIC DIFFERENTIAL OF A LIFE SITUATION

O.V. ALEXANDROVA*,
Autonomous Non-Commercial Organization “Childrens Hospice”,
Saint Petersburg, Russia,
al-ov@bk.ru

I.B. DERMANOVA**,
Department of Psychology of Development and Differential Psychology,
Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia,
dermanova@mail.ru

The article presents the results of the development of the Semantic Differential of Life Situation (SDLS), implemented in the framework of psycho-semantic approach. The proposed method is aimed at assessing cognitive and emotional components of the subjective perception of life situation. As its main semantic axes, the following factors were identified: situation handling, emotional experience of the situation, positive expectations, ordinary and daily occurrence, resolvability, personal involvement and a belief that the situation is surmountable, energy, level of understanding. The approbation sample consists of adults who are in a conventionally normal (105 people) and difficult life situation (35 people). The results of the psychometric testing showed significant differences in their perceptive-cognitive image of the life situation, confirmed the criteria validity of the method, and discovered how some of the situation's objective characteristics influenced the perception of the situation to a degree.

Keywords: semantic differential, life situation, semantic units, semantic approach.

For citation:

Alexandrova O.V., Dermanova I.B. Semantic Differential of a Life Situation. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 127—145. doi: 10.17759/cpp.2018260307. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Alexandrova Olga Viktorovna*, PhD (Psychology), Psychologist, Autonomous Non-Commercial Organization «Children's Hospice», Saint Petersburg, Russia, e-mail: al-ov@bk.ru

** *Dermanova Irina Borisovna*, PhD (Psychology), Associate Professor, Department of Psychology of Development and Differential Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, e-mail: dermanova@mail.ru

Acknowledgments

This work was supported by the Russian Foundation for Humanities grant № 16-06-00307a.

REFERENCES

1. Aleksandrova O.V. Differentsial'no-psikhologicheskie faktory perezivaniya i koping-povedeniya vzroslykh v trudnoi zhiznennoi situatsii: Avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk. [Differential-psychological factors of emotional experience and coping behaviour of adults in a difficult life situation. PhD (Psychology) Thesis]. Saint Petersburg, 2017. 27 p.
2. Argyle M. Osnovnye kharakteristiki situatsii [The main characteristics of situations]. In N.V. Grishina (ed.). *Psikhologiya sotsial'nykh situatsii: Khrestomatiya* [Psychology of social situations]. Saint Petersburg: Piter, 2001, pp. 178—188. (In Russ.).
3. Bizyuk A.P., Wasserman L.I., Iovlev B.V. Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT): metodicheskie rekomendatsii [The Application of the Integrative Test of Anxiety: Methodic Recommendations]. Saint Petersburg: SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 2005. 23 p.
4. Wasserman L.I., Trifonova E.A., Chervinskaya K.R. Semanticheskii differentsial vremeni: ekspertnaya i psikhodiagnosticheskaya sistema v meditsinskoj psikhologii. Posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov [Semantic Differential of time: expert psycho-diagnostic system of medical psychology: A manual for physicians and medical psychologists]. Saint Petersburg: SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 2009. 44 p.
5. Zhukovskaya L.V., Troshikhina E.G. Shkala psikhologicheskogo blagopoluchiya K. Riff [Scale of psychological well-being by K. Riff]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2011. Vol. 32 (2), pp. 82—93.
6. Kotel'nikova Yu.A. Zhiznennye stremleniya kak lichnostnyi konstrukt. Metodika diagnostiki [Elektronnyi resurs] [Life aspirations as constructs of the personal. Diagnostic technique]. Available at: <http://www.b17.ru/article/14186/> (Accessed 01.07.2016).
7. Kurganskii N.A., Nemchin T.A. Otsenka psikhicheskoi aktivatsii, interesa, emotsional'nogo tonusa, napryazheniya i komfortnosti [Technique of diagnostics of mental activation, interest, emotional tone voltage and comfort]. In Krylova A.A., Manicheva S.A. (eds.). *Praktikum po obshchei, eksperimental'noi i prikladnoi psikhologii: 2-e izd., dop. i pererab.* [Workshop on general, experimental and applied psychology: 2nd ed., revised and expanded]. Saint Petersburg: Piter, 2003, pp. 303—309.
8. Magnusson D. Situatsionnyi analiz: empiricheskie issledovaniya sootnosheniya vykhodov i situatsii [Situational analysis: Empirical studies of correlations outputs of the situations]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 1983, no. 2, pp. 29—54.
9. Osin E.N., Leont'ev D.A. Aprobatsiya russkoyazychnykh versii dvukh shkal ekspres-otsenki sub"ektivnogo blagopoluchiya [Validation of Russian versions of two brief subjective well-being scales]. *Sbornik Materialov Tret'ego Vserossiiskogo sotsiologicheskogo kongressa* [Proceedings of the Third Russian Sociological Congress]. Moscow: Institut sotsiologii RAN, Rossiiskoe obshchestvo sotsiologov, 2008, p. 17.
10. Parfenova N.B. O podkhodakh k klassifikatsii i diagnostike zhiznennykh situatsii [About approaches to the classification and diagnosis of life situations]. *Vestnik Pskovskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Sotsial'no-gumanitarnye i psikhologo-pedagogicheskie nauki* [Pskov State University Bulletin. Socio-psychological and pedagogical sciences], 2009, no. 9, pp. 109—117.

АПРОБАЦИЯ ОПРОСНИКА «ТЕНДЕНЦИИ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ» НА РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЫБОРКЕ

А.Ю. РАЗВАЛЯЕВА*,
МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия,
annraz@rambler.ru

Представлены результаты апробации опросника «Тенденции в принятии решений» (*The Decision Making Tendencies Inventory*) на русскоязычной выборке ($N=423$; $M_{\text{возр.}} = 25,01$; $SD = 9,63$). Рассматривается развитие теории удовлетворенности Г. Саймона в современных исследованиях принятия решений. Конфирматорный факторный анализ подтвердил теоретическую трехфакторную структуру опросника. Описаны связи шкал максимизации, минимизации и сатисфизации (стремления к удовлетворенности) с личностными шкалами принятия решений, возрастом и уровнем образования/сложностью обучения. В данном исследовании показано, что максимизация и сатисфизация являются близкими тенденциями, применяемыми при принятии важных решений, сопряженных с усилиями и затратами ресурсов (например, времени), в то время как минимизация связана с отказом от усилий и от знания, избеганием решений и интолерантностью к неопределенности. Результаты исследования позволяют предположить, что развитие сатисфизации требует наличия среды, предъявляющей большие требования к интеллектуальным возможностям человека, каковой является обучение в высшем учебном заведении.

Для цитаты:

Разваляева А.Ю. Апробация опросника «Тенденции в принятии решений» на русскоязычной выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 146—163. doi: 10.17759/cpp.2018260308

* Разваляева Анна Юрьевна, аспирант, кафедра общей психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, e-mail: annraz@rambler.ru

Ключевые слова: ДМТИ, максимизация, минимизация, стремление к удовлетворенности (сатисфизация), принятие решений.

Человек в ситуации неопределенности. В наше время остро ставится вопрос о возрастании неопределенности во всех сферах деятельности человека. Специалисты все чаще сталкиваются с «нетипичными» задачами, в основе которых лежит неопределенность — с неполными или противоречивыми исходными данными, требующими вероятностного решения, с неопределенными вопросами [12]. Встают следующие вопросы: как справляться с неопределенностью и оборачивать ее себе на пользу? Какие теории и стратегии прогнозирования рисков нужно применять (математическое моделирование или использование эвристик, защита от уязвимостей или построение «антихрупких» систем)? Можно ли диагностировать психологические черты или когнитивные способности людей, лучше всего справляющихся с неопределенностью?

Введение такого психологического конструкта, как толерантность к неопределенности, позволяет выявлять индивидуальные различия в аспектах отношения к неопределенности и их связи с компонентами интеллектуально-личностного потенциала: например, толерантность к неопределенности на разных выборках коррелирует с креативностью, эмоциональным интеллектом, интуитивным стилем, а интолерантность отрицательно связана с интеллектом и успеваемостью [6]. Клинико-психологические исследования показали, что интолерантность к неопределенности оборачивается для личности субъективным неблагополучием, конформизмом и зависимостью от других, негативным аффектом и применением примитивных психологических защит [11]. Говоря об истоках непереносимости неопределенности, которая воспринимается как всеобъемлющий хаос и вызывает сильную тревогу, Дорис Броверс выдвигает гипотезу о травматических событиях, которые ведут к ригидности и неподатливости изменениям в межличностных отношениях, а также личностным и когнитивным нарушениям (черно-белое мышление, генерализация и катастрофизация) [13].

Одним из способов продуктивной работы с неопределенностью становится наделение ее позитивным смыслом — как культурного орудия, вносящего вариативность в общество и дающего человеку свободу самозидания [1]. Важно учесть, что человек в ситуации неопределенности проявляет не характерологические свойства, но совершает усилия по преодолению неопределенности, которые выражаются в психологических новообразованиях, что требует разработки новых диагностических инструментов [5; 6]. С усилиями в принятии решений напрямую связаны тенденции, выдвигающиеся в теории сатисфизации — максимизация, минимизация и сатисфизация.

Теория сатисфизации. Историческое развитие теорий принятия решения двигалось от нормативных моделей к описательным, от представлений об «идеальном» субъекте принятия решений, располагающем неограниченными ресурсами (знаниями, временем, возможностями сравнивать альтернативы), к описанию стратегий принятия решений, применяющихся реальными людьми, с учетом их когнитивных и личностных особенностей, обусловленных их индивидуальными траекториями развития (например, выбором профессии), спецификой их образа мира [2; 5; 10]. Современные психологические теории основываются на принципе множественной системной детерминации и процессуальности, когда психологические факторы принятия решений образуют динамические регулятивные системы, способные к перестройке своей структуры с выходом на ведущий уровень разных процессов. Другим важным аспектом является представление об интеллектуально-личностных усилиях в принятии решений, с помощью которых преодолеваются субъективные ограничения и приобретаются новые свойства [5; 6].

Одной из дескриптивных моделей принятия решений является теория удовлетворенности Герберта Саймона. В отличие от экономических теорий рационального выбора (например, теории фон Неймана и Моргенштерна), Саймон учитывает ограниченность когнитивных ресурсов, из-за которой становится невозможным полный перебор альтернатив для поиска наилучшей, с точки зрения выбранного критерия. Реальный человек не способен абсолютно точно следовать тенденции к максимизации (т. е., бескомпромиссно искать наилучший вариант решения из всех альтернатив), он обладает «ограниченной рациональностью» и прекращает поиск при первом же возникновении желательной альтернативы. Таким образом, стремление к удовлетворенности, сатисфизация (*satisficing*), понимается как универсальная тенденция, реализующаяся при принятии решений [2; 24].

Развивая теорию Саймона, Барри Шварц с коллегами рассматривают тенденцию к сатисфизации или максимизации как личностные черты, подверженные индивидуальным различиям. Максимизация и сатисфизация — два полюса единой шкалы, они не могут быть одновременно сильно выраженными. Актуализация тенденции к максимизации или сатисфизации особенно отчетливо происходит в ситуациях, когда альтернатив слишком много: с одной стороны, повышается когнитивная нагрузка, с другой — возникает феномен избегания возможного разочарования [24]. В своих научных работах и популярно-психологической книге «Парадокс выбора» Шварц настаивает на том, что сатисфизация является наилучшим, наиболее оптимальным способом принятия решений, защищающим от негативных последствий столкновения с множеством альтернатив. Максимизация же связана с множеством не-

благоприятных психологических черт: недостатком удовлетворенности, оптимизма, счастья, низкой самооценкой, чувством разочарованности в принимаемых решениях, нейротизмом, депрессией и перфекционизмом [24]. Немногие положительные корреляты тщательного отбора альтернатив — например, более высокая заработная плата — также оказываются связаны с неудовлетворенностью, переживанием негативных эмоций и завышенными ожиданиями [16].

Взгляды Шварца на максимизацию оспариваются. Так, несмотря на одномерность теоретического конструкта, эмпирические исследования максимизации выявляют ее многомерную структуру, например, трехфакторную: поиск альтернатив, трудности в принятии решения, высокие стандарты. Эти шкалы по-разному связаны с личностными переменными, и наиболее благоприятными являются связи для шкалы высоких стандартов — она связана с перфекционизмом и потребностью в познании, но не с разочарованием и депрессией [21]. Выдвигается предположение о том, что шкала трудностей в принятии решений является независимым от максимизации конструктом [17]. Далия Диаб с коллегами указывают на наличие в опроснике Шварца вопросов, не связанных с достижением целей (например, с фантазированием об альтернативах). Они конструируют свою шкалу максимизации, которая демонстрирует связь только с разочарованностью, но не с другими неблагоприятными характеристиками, и предполагают, что опросник Шварца измеряет более общее психологическое свойство, включающее избегание и эмоциональную нестабильность, что противоречит определению максимизации. Сатисфизация определяется ими как снижение требований к цели/выбору [15]. Сатисфизация, понимаемая Шварцем как нижний полюс на шкале максимизации, выделяется другими исследователями в отдельную шкалу [19; 25].

Отвечая на критику, Н. Чик и Б. Шварц предложили двухкомпонентную модель максимизации. Ее компоненты — максимизация, связанная с целью (высокие требования), и максимизация, связанная со стратегиями (поиск альтернатив). Сатисфизация и максимизация схожи (возможно, идентичны) по первому компоненту, но кардинально различаются по второму [14].

Ввиду неоднозначных представлений о максимизации и сатисфизации как тенденциях принятия решений, их связи с личностными характеристиками принятия решений различаются. С одной стороны, максимизация связана с непродуктивными стратегиями принятия решений, зависимостью от мнения других, избеганием как копинг-стратегией и избеганием неопределенности при принятии решений [18; 22]. С другой стороны, в исследованиях показана связь максимизации с потребностью в познании, стремлением к упорядоченности, внутренней мотивацией

(*intrinsic motivation*) — чертой, связанной с получением удовлетворения от процесса работы, и усилиями, вкладываемыми в работу [17; 18]. Неоднозначные результаты — как значимые отрицательные (с трудностями в принятии решений как компонентом максимизации), так и значимые положительные — дают связи с самоэффективностью [17; 25]. Несмотря на гипотезу о том, что люди, затрачивающие усилия на сравнение альтернатив, плохо планируют время [24], максимизация связана с нацеленностью на будущее и хорошими математическими способностями [20]. Трудности в принятии решений коррелируют с аналитическим стилем принятия решений [25]. В задачах на выбор максимизация связывается с худшим принятием решений: в частности, в Айовской игровой задаче респонденты, склонные к максимизации, выигрывают меньше, что может быть обусловлено их склонностью делать больше выборов, даже сопряженных с риском [23]. Характеристики респондентов, использующих сатисфизацию, более однозначны: самоэффективность, аналитический стиль, удовлетворенность решениями [24; 25].

Характеристика апробируемого опросника

Для апробации нами был выбран опросник «Тенденции в принятии решений» Рафаэлы Мисурака и коллег [19]. Выбор опросника был обусловлен, с одной стороны, его хорошими психометрическими характеристиками, с другой — его нацеленностью на измерение разных тенденций в принятии решений в разных жизненных областях.

Содержание опросника основывается на трех тенденциях в принятии решений: максимизации, минимизации и сатисфизации, каждая из которых применялась в трех областях — при принятии профессиональных/учебных решений, в потребительском поведении (выбор товаров/услуг) и в обобщенном контексте. Однако ожидаемая трехфакторная структура не подтвердилась: было выявлено шесть факторов, по два на каждую из тенденций. Прояснение содержания данных факторов проводилось с помощью корреляционного анализа со шкалами Большой пятерки, удовлетворенности жизнью и самооценки и показало, что тенденции имеют несколько разных аспектов: уверенная или боязливая максимизация, более или менее амбициозная сатисфизация, ленивая или экономная минимизация. В окончательный опросник входят 29 пунктов, он показал хорошие психометрические показатели и позволил подтвердить гипотезу о независимости тенденций в принятии решений от области, в которой совершается выбор.

Целями исследования выступили апробация и установление факторной структуры опросника на русскоязычной выборке, а также проверка связей тенденций в принятии решений с личностными переменными.

Метод

Выборка. Выборка для апробации опросника составила 423 человека ($M_{\text{возр.}} = 25,01$; $SD = 9,63$), из них 145 респондентов — мужского пола. 285 респондентов являются студентами, получающими первое высшее образование (186 учащихся психологических факультетов московских вузов, 33 — медицинских, 38 — технических специальностей, 20 — гуманитарных специальностей), 111 — респонденты с высшим образованием, которые работают и/или получают дополнительное образование, 27 — работающие респонденты со средним и средним специальным образованием.

При проведении конфирматорного факторного анализа группа со средним или средним специальным образованием была исключена из анализа в силу того, что большая часть пунктов опросника направлена на принятие решений, связанных с интеллектуальной деятельностью.

Методики. При апробации опросника «Тенденции в принятии решений» мы исключили вопросы, связанные с областью потребительских решений (кроме двух, касающихся просмотра телевизионных передач и прослушивания радио, что может при определенных условиях рассматриваться как интеллектуальная деятельность), и составили 9 новых вопросов, связанных с рабочей/академической областью. Таким образом, в апробируемый опросник вошли 27 пунктов, оцениваемых респондентами по 7-балльной шкале Лайкерта (от 1 — «абсолютно не согласен» до 7 — «полностью согласен»).

Для проверки конвергентной валидности был использован ряд опросников, связанных с тематикой принятия решений. Выбор методик был обусловлен теоретической обоснованностью измеряемых ими конструкций как личностных факторов, опосредующих принятие решений.

Опросник Личностных факторов риска (ЛФР). Содержит 21 пункт, респондент отмечает свое согласие по трехбалльной шкале. Шкалы: готовность к риску (в принятии решений) и рациональность [2].

Опросник Эпстайна «Интуитивный-опытный». Состоит из 38 пунктов. Шкалы: использование интуиции, интуитивная способность, использование рациональности, способность к рациональным решениям [7].

Новый опросник толерантности к неопределенности (НТН). Содержит 33 пункта, составляющих 3 шкалы: толерантность к неопределенности (ТН), интолерантность к неопределенности, понимаемая как стремление к упорядоченности и полноте информации (ИТН), и межличностная интолерантность к неопределенности (МИТН) [3].

Опросник Баднера. Содержит 13 утверждений. Шкалы: толерантность к неопределенности и интолерантность к неопределенности [8].

Мельбурнский опросник принятия решений (МОПР). Состоит из 22 пунктов. Три шкалы отражают негативные стратегии при принятии решений: избегание, прокрастинация и сверхбдительность — и одна — положительную — бдительность [4].

Краткий опросник Большой пятерки (КОБП). Включает 10 пунктов и 5 шкал: экстраверсия, согласие, добросовестность, эмоциональная стабильность и открытость опыту [9].

Результаты

Факторная структура

Для проверки факторной структуры опросника проводился конформаторный факторный анализ с устойчивыми (robust) статистиками (в программе EQS 6.2 для Windows). Дисперсия латентных переменных фиксировалась к 1, что позволяло свободно вычислять все факторные нагрузки. Первоначальная трехфакторная модель плохо соответствовала данным. После исключения семи пунктов с низкими факторными нагрузками ($<0,32$) и переноса нескольких пунктов в другие шкалы была получена соответствующая данным модель (табл. 1). Матрица факторных нагрузок представлена в табл. 2.

Т а б л и ц а 1

Показатели пригодности моделей

Модель	$SB\chi^2$	df	p	CFI	RMSEA (90% доверительный интервал)
Изначальная трехфакторная модель	897,51	321	$<0,001$	0,768	0,068 (0,062—0,073)
Пятифакторная модель (оригинальная модель Ф. Мисурака и соавт. без фактора 3 — минимизация в потребительском поведении)	689,98	189	$<0,001$	0,688	0,085 (0,078—0,091)
Двухфакторная модель (максимизация и минимизация как полюса одного фактора)	1339,66	324	$<0,001$	0,542	0,093 (0,087—0,098)
Конечная трехфакторная модель	311,51	167	$<0,001$	0,922	0,048 (0,040—0,056)

Таблица 2

Матрица факторных нагрузок

Шкала	Пункт	Нагрузка
Максимизация	1. Вне зависимости от того, насколько я доволен своей работой, мне кажется правильным искать лучшие возможности	0,56
	2. Вне зависимости от того, что я делаю, я предъявляю к себе самые высокие требования	0,65
	3. Я никогда не довольствуюсь чем-то второсортным	0,54
	5. На работе или в учебе я всегда ставлю самые высокие цели	0,70
	24. При выполнении рабочего задания я стремлюсь к максимальному результату, не считая потраченные силы и время	0,64
Минимизация	4. Когда я выбираю из альтернатив, я останавливаюсь на первом варианте, который мне подходит	0,33
	8. На работе или в учебе я ставлю цели, для достижения которых требуется минимальное усилие	0,75
	12. На работе или в учебе я согласен с любым выбором, который приносит минимальный результат	0,70
	15. На работе или в учебе даже минимальный результат может меня устроить	0,74
	17. Я всегда ставлю цели, для достижения которых требуется минимальное усилие	0,77
	21. Когда я должен принять решение, я выбираю вариант «по минимуму»	0,61
	23. Когда на работе мне дают новое задание, я прилагаю не больше усилий, чем требуется	0,55
	25. При выполнении любого задания я удовлетворяюсь результатом, который считаю достаточным на данный момент	0,40
	26. При выполнении рабочего задания меня устраивает результат, для достижения которого требуется минимум усилий	0,69
Сатисфизация	7. На работе или учебе я склонен выбирать решения, которые гарантируют удовлетворяющие меня результаты	0,59
	9. Всякий раз, когда я делаю выбор, я пытаюсь представить все альтернативы, даже те, которые отсутствуют в данный момент	0,61
	14. В любой области я пытаюсь достичь удовлетворяющих меня результатов	0,63
	16. На работе или в учебе я трачу время на то, чтобы выбрать решение, которое меня устраивает	0,70
	19. Когда я принимаю решения, я трачу время на то, чтобы выбрать приемлемую для себя альтернативу	0,58
	22. Когда передо мной встает новая задача, я трачу много времени на сбор информации о возможных путях ее решения	0,54

Внутренняя надежность шкал

Шкалы показали высокую внутреннюю согласованность по коэффициенту α Кронбаха: максимизация — $\alpha=0,75$; минимизация — $\alpha=0,84$; сатисфизация — $\alpha=0,80$.

Межгрупповые различия

По шкалам опросника с помощью критерия Краскела—Уоллиса были получены значимые различия между группами с различным уровнем образования (максимизация — $\chi^2(2)=55,67$, $p<0,001$; минимизация — $\chi^2(2)=13,31$, $p<0,01$; сатисфизация — $\chi^2(2)=63,76$, $p<0,001$). Средние ранги по шкалам представлены в табл. 3. Уточнения данных различий с помощью критерия Манна—Уитни показало, что между студентами и работающими взрослыми со средним образованием нет различий в использовании минимизации, а между взрослыми с высшим и средним образованием есть значимые различия только по шкале сатисфизации.

Также с помощью критерия Краскела—Уоллиса были получены значимые различия между группами студентов, обучающихся на разных факультетах: при этом психологи, математики и медики имеют близкие значения по шкалам, но результаты студентов гуманитарных специальностей резко выделяются (максимизация — $\chi^2(3)=10,74$; $p<0,05$; минимизация — $\chi^2(3)=34,69$; $p<0,001$; сатисфизация — $\chi^2(3)=40,3$; $p<0,001$).

Половых различий не обнаружено, однако возраст значимо связан со шкалами максимизации ($r_s = -0,37$; $p < 0,001$) и сатисфизации ($r_s = -0,36$; $p < 0,001$).

Таблица 3

Средние ранги по шкалам опросника принятия решений в группах с различным уровнем образования

Группы	Максими- зация	Миними- зация	Сатисфи- зация
Студенты (все)	240,33	222,62	237,86
Респонденты с высшим образованием	153,70	175,95	168,00
Респонденты со средним образованием	122,59	182,67	72,76
Студенты-психологи	137,93	129,63	141,61
Студенты-медики	146,39	112,05	162,93
Студенты технических факультетов	157,91	131,12	143,84
Студенты гуманитарных факультетов	87,80	237,06	31,60

Связи между шкалами

Все три шкалы опросника были значимо связаны друг с другом — максимизация и сатисфизация положительно ($r_s=0,57$; $p<0,001$), а мак-

симизация и минимизация ($r_s = -0,18$; $p < 0,001$) и сатисфизация и минимизация — отрицательно ($r_s = -0,16$; $p < 0,001$). При анализе корреляций в разных группах респондентов были получены парадоксальные результаты: у респондентов с высшим образованием коррелировали только максимизация и сатисфизация ($r_s = 0,61$; $p < 0,001$), у студентов-медиков значимых корреляций не было, а у студентов гуманитарных специальностей максимизация коррелировала с минимизацией ($r_s = 0,53$; $p < 0,05$).

Конвергентная валидность

Данная часть исследования проводилась только на выборке студентов-психологов. Значения корреляций представлены в табл. 4.

Таблица 4

Корреляции между опросником принятия решений и личностными факторами принятия решений

Опросник	Шкалы	Максимизация	Минимизация	Сатисфизация
Опросник Эпстайна	Использование интуиции	0,130	0,011	0,094
	Интуитивная способность	0,241**	-0,104	0,133
	Использование рациональности	0,237**	-0,340**	0,297**
	Способность к рациональным решениям	0,166*	-0,204*	0,185*
ЛФР	Риск	0,225*	-0,179	0,140
	Рациональность	0,262**	-0,050	0,175
НТН	ТН	0,398**	-0,292	0,454**
	ИТН	-0,053	0,029	0,262
	МИТН	-0,302*	0,176	0,035
Баднер	ТН	-0,049	-0,047	0,081
	ИТН	-0,064	0,276**	-0,043
МОПР	Бдительность	0,296**	-0,170*	0,253**
	Избегание	-0,393**	0,420**	-0,244**
	Прокрастинация	-0,343**	0,360**	-0,139
	Сверхбдительность	-0,059	0,183*	-0,003
КОБП/ТИР	Экстраверсия	0,100	-0,111	-0,083
	Согласие	0,031	-0,128	-0,041
	Добросовестность	0,453**	-0,409**	0,198*
	Эмоциональная стабильность	0,075	-0,076	0,021
	Открытость опыту	0,268**	-0,194*	0,196*

Примечание: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$.

Максимизация положительно связана со шкалами интуитивной способности, рациональности (по опросникам Эпстайна и ЛФР), риска, толерантности к неопределенности (из НТН), бдительности, добросовестности и открытости опыту и отрицательно — со шкалой межличностной интолерантности к неопределенности, избеганием и прокрастинацией. Минимизация отрицательно связана с обеими шкалами рациональности по Эпстайну, добросовестностью, открытостью опыту и бдительностью и положительно — с шкалой интолерантности к неопределенности по Баднеру и негативными шкалами в МОПР (избегание, прокрастинация, сверхбдительность). Сатисфизация положительно связана со шкалами рациональности, шкалой толерантности к неопределенности из НТН, бдительностью, добросовестностью и открытостью опыту и отрицательно — с избеганием.

Обсуждение

При апробации опросника были получены три шкалы, близкие по значению к оригинальным теоретическим шкалам. Обращает на себя внимание, что некоторые пункты, связанные с сатисфизацией в оригинальном опроснике, после процедуры факторного анализа вошли в шкалу минимизации (по смыслу эти пункты связаны со снижением усилий), а в шкале сатисфизации оказались пункты, первоначально направленные на оценку максимизации (связанные с удовлетворенностью решением, даже в случае «расплаты» усилиями и временем). На близость максимизации и сатисфизации как тенденций, связанных с осознанным и личностно значимым выбором, указывают и корреляции, полученные в подгруппах респондентов с высшим образованием, студентов-психологов и студентов-математиков.

В отличие от результатов, связывающих максимизацию с психологическим неблагополучием [24], мы получили связи с положительными личностными факторами принятия решений. Корреляции максимизации и сатисфизации с личностными факторами достаточно близки, однако в отличие от сатисфизации максимизация связана с интуитивными способностями и принятием риска, что может указывать на актуализацию этих черт, когда перебор альтернатив выходит за рамки способности к рациональным решениям. Связь максимизации и интуиции согласуется с результатами Эндрю Паркера и коллег, выявивших более частое спонтанное принятие решения респондентами с высокими значениями по шкале максимизации [22], а связь с риском — с результатами исследования на основе Айовской игровой задачи [23]. Наиболее психологически неблагополучной выступила тенденция к минимизации: ее отрицательные связи

со шкалами рациональности указывают на отказ от когнитивных усилий при принятии решений, который может обуславливаться интолерантностью к неопределенности и стратегией избегания.

Как и в исследовании Р. Мисурака и коллег, максимизация (у них — шкала уверенной максимизации) и минимизация (у них — обе шкалы минимизации: ленивая и экономная) показали связь с добросовестностью, но в отличие от их результатов, мы получили слабую положительную связь добросовестности и сатисфизации, а они — отрицательную (с шкалой неамбициозной сатисфизации) [19]. Это можно объяснить тем, что сатисфизация выступила в данном исследовании как единое свойство, связанное с применением усилий для достижения результата: вопросы, связанные со снижением усилий при принятии менее важных решений, перешли в шкалу минимизации.

Наиболее интересными являются результаты, связанные с групповыми различиями. Результаты указывают, с одной стороны, на более частое использование максимизации и сатисфизации при принятии более сложных решений (что характерно для студентов, обучающихся на факультетах с более высокими требованиями — медицинском и математическом), но, с другой стороны, оба эти способа требуют времени и сил, поэтому взрослые респонденты реже применяют их по сравнению со студентами. В то время как Паркер с коллегами [22] установили, что максимизация реже используется респондентами с более низким уровнем образования, в нашем исследовании респондентов со средним образованием отличало более частое применение минимизации и редкое (по сравнению со студентами) — сатисфизации. Отметим, что работающие взрослые с высшим и средним специальным образованием не различаются по использованию максимизации и минимизации, но первые значимо чаще применяют сатисфизацию. Можно предположить, что, являясь когнитивно сложной, эта тенденция предполагает тренировку, которую может предоставить опыт обучения в высшем учебном заведении.

Выводы

При апробации опросника «Тенденции в принятии решений» была выявлена его трехфакторная структура, включающая шкалы максимизации, минимизации и сатисфизации.

Выявлены различия в использовании разных тенденций в принятии решений по возрасту, уровню образования и направлению образования: у более старших респондентов ниже показатели сатисфизации и максимизации; эти же стратегии чаще используются студентами, особенно обучающимися по математическим и медицинским специальностям.

Обнаружены значимые связи шкал опросника с личностными факторами принятия решения, указывающие на адаптивность тенденций к максимизации и сатисфизации и неадаптивность минимизации при принятии решений.

Благодарности

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 17-06-00130.

Приложение

Опросник принятия решений

Инструкция. Пожалуйста, отметьте степень согласия с каждым утверждением по шкале от 1 до 7.

Утверждения	1 — абсолютно не согласен	2 — не согласен	3 — скорее не согласен	4 — ни то, ни другое	5 — скорее согласен	6 — согласен	7 — полностью согласен
1. Вне зависимости от того, насколько я доволен своей работой, мне кажется правильным искать лучшие возможности							
2. Вне зависимости от того, что я делаю, я предъявляю к себе самые высокие требования							
3. Я никогда не довольствуюсь чем-то второсортным							
4. Когда я выбираю из альтернатив, я останавливаюсь на первом варианте, который мне подходит							
5. На работе или в учебе я всегда ставлю самые высокие цели							
6. На работе или в учебе я склонен выбирать решения, которые гарантируют удовлетворяющие меня результаты							
7. На работе или в учебе я ставлю цели, для достижения которых требуется минимальное усилие							
8. Всякий раз, когда я делаю выбор, я пытаюсь представить все альтернативы, даже те, которые отсутствуют в данный момент							

Утверждения	1 — абсолютно не согласен	2 — не согласен	3 — скорее не согласен	4 — ни то, ни другое	5 — скорее согласен	6 — согласен	7 — полностью согласен
9. На работе или в учебе я согласен с любым выбором, который приносит минимальный результат							
10. В любой области я пытаюсь достичь удовлетворяющих меня результатов							
11. На работе или в учебе даже минимальный результат может меня устроить							
12. На работе или в учебе я трачу время на то, чтобы выбрать решение, которое меня устраивает							
13. Я всегда ставлю цели, для достижения которых требуется минимальное усилие							
14. Когда я принимаю решения, я трачу время на то, чтобы выбрать приемлемую для себя альтернативу							
15. Когда я должен принять решение, я выбираю вариант «по-минимуму»							
16. Когда передо мной встает новая задача, я трачу много времени на сбор информации о возможных путях ее решения							
17. Когда на работе мне дают новое задание, я прилагаю не больше усилий, чем требуется							
18. При выполнении рабочего задания я стремлюсь к максимальному результату, не считая потраченные силы и время							
19. При выполнении любого задания я удовлетворяюсь результатом, который считаю достаточным на данный момент							
20. При выполнения рабочего задания меня устроит результат, для достижения которого требуется минимум усилий							

Ключ

Максимизация: 1, 2, 3, 5, 18

Сатисфизация: 6, 8, 10, 12, 14, 16

Минимизация: 4, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 20

ЛИТЕРАТУРА

1. *Асмолов А.Г.* Психология современности: вызовы неопределенности, сложности и разнообразия // Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 40. С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.06.2018).
2. *Корнилова Т.В.* Психология риска и принятия решений. М.: Аспект Пресс, 2003. 286 с.
3. *Корнилова Т.В.* Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 1. С. 74—86.
4. *Корнилова Т.В.* Мельбурнский опросник принятия решений: русскоязычная адаптация [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 31. С. 4. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 7.12.2017).
5. *Корнилова Т.В.* Психология неопределенности: единство интеллектуально-личностной регуляции решений и выборов // Психологический журнал. 2013. Т. 34. № 3. С. 89—100.
6. *Корнилова Т.В.* Интеллектуально-личностный потенциал человека в условиях неопределенности и риска. СПб.: Нестор-История, 2016. 344 с.
7. *Корнилова Т.В., Развалова А.Ю.* Апробация русскоязычного варианта полного опросника С. Эпстайна Рациональный-Опытный (rational-experiential inventory) // Психологический журнал. 2017. Т. 38. № 3. С. 92—107. doi: 10.7868/S0205959217030084
8. *Корнилова Т.В., Чумакова М.А.* Шкалы толерантности и интолерантности к неопределенности в модификации опросника С. Баднера // Экспериментальная психология. 2014. Т. 7. № 1. С. 92—110.
9. *Корнилова Т.В., Чумакова М.А.* Апробация краткого опросника Большой пятерки (TIPI, КОБТ) [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2016. Т. 9. № 46. С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.02.2018).
10. *Смирнов С.Д., Чумакова М.А., Корнилова Т.В.* Образ мира в динамической парадигме прогнозирования и контроля неопределенности // Вопросы психологии. 2016. № 4. С. 3—14.
11. *Соколова Е.Т.* Утрата Я: клиника или новая культурная норма // Эпистемология и философские науки. 2014. Т. 41. № 3. С. 190—210.
12. *Фейгенберг И.М.* Типичные нетипичности: жизненные задачи — школе // Образовательная политика. 2010. № 7—8 (45—46). С. 84—95.
13. *Brothers D.* Toward a Psychology Of Uncertainty: Trauma-Centered Psychoanalysis. New York: Analytic Press, 2008. 223 p.
14. *Cheek N.N., Schwartz B.* On the meaning and measurement of maximization // Judgment and Decision Making. 2016. Vol. 11 (2). P. 126—146.
15. *Diab D.L., Gillespie M.A., Highhouse S.* Are maximizers really unhappy? The measurement of maximizing tendency // Judgment and Decision Making. 2008. Vol. 3 (5). P. 364—370.
16. *Iyengar S.S., Wells R.E., Schwartz B.* Doing better but feeling worse: Looking for the “best” job undermines satisfaction // Psychological Science. 2006. Vol. 17 (2). P. 143—150. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01677.x
17. *Lai L.* Maximizing without difficulty: A modified maximizing scale and its correlates // Judgment and Decision Making. 2010. Vol. 5 (3). P. 164—175.

18. Liu Y.L., Keeling K.A., Papamichail K.N. Should retail trade companies avoid recruiting maximisers? // *Management Decision*. 2015. Vol. 53 (3). P. 730—750. doi:10.1108/MD-06-2014-0402
19. Misuraca R., Faraci P., Gangemi A., Carmeci F.A., Miceli S. The Decision Making Tendency Inventory: A new measure to assess maximizing, satisficing, and minimizing // *Personality and Individual Differences*. 2015. Vol. 85. P. 111—116. doi:10.1016/j.paid.2015.04.043
20. Misuraca R., Teuscher U., Carmeci F.A. Who are maximizers? Future oriented and highly numerate individuals // *International Journal of Psychology*. 2015. Vol. 51 (4). P. 307—311. doi:10.1002/ijop.12169
21. Nenkov G., Morrin M., Schwartz B., Ward A., Hulland J. A short form of the Maximization Scale: Factor structure, reliability and validity studies // *Judgment and Decision Making*. 2008. Vol. 3 (5). P. 371—388.
22. Parker A.M., De Bruin W.B., Fischhoff B. Maximizers versus satisficers: Decision-making styles, competence, and outcomes // *Judgment and Decision Making*. 2007. Vol. 2 (6). P. 342—350.
23. Polman E. Why are maximizers less happy than satisficers? Because they maximize positive and negative outcomes // *Journal of Behavioral Decision Making*. 2010. Vol. 23 (2). P. 179—190. doi:10.1002/bdm.647
24. Schwartz B., Ward A., Monterosso J., Lyubomirsky S., White K., Lehman D.R. Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002. Vol. 83 (5). P. 1178—1197. doi:10.1037//0022-3514.83.5.1178
25. Turner B.M., Rim H.B., Betz N.E., Nygren T.E. The maximization inventory // *Judgment and Decision Making*. 2012. Vol. 7 (1). P. 48—60.

APPROBATION OF THE DECISION MAKING TENDENCY INVENTORY IN THE RUSSIAN SAMPLE

A.Yu. RAZVALIAEVA*,

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
annraz@rambler.ru

We present the results of approbating the Decision Making Tendency Inventory (Misuraca et al., 2015) in the Russian sample ($N=423$, $M_{age} = 25,01$, $SD = 9,63$). The development of H. Simon's satisficing theory in the current studies is considered. Confirmatory factor analysis confirmed the theoretical three-scale structure of

For citation:

Razvaliaeva A.Ju. *Approbation of the Decision Making Tendency Inventory in the Russian Sample. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 146—163. doi: 10.17759/cpp.2018260308. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Razvaliaeva Anna Yur'evna*, Postgraduate Student, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, e-mail: annraz@rambler.ru

the inventory. We describe the relations between maximizing, minimizing and satisficing scales and personal factors of decision-making, age, and education (its level and difficulty). The study demonstrates that maximizing and satisficing are close tendencies, implemented in case of making important effortful and resource-consuming (e.g., time-consuming) decisions, whereas minimizing is connected to withdrawal from effort and knowledge, avoidant strategies and ambiguity intolerance. The yielded results suggest that satisficing needs to be trained in conditions of high demands for the cognitive sphere such as studying in a higher education institution.

Keywords: DMTI, maximizing, minimizing, satisficing, decision-making.

Acknowledgements

The study was supported by the Russian Foundation for Basic Research grant №17-06-00130.

REFERENCES

1. Asmolv A.G. Psikhologiya sovremennosti: vyzovy neopredelennosti, slozhnosti i raznoobraziya. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2015. Vol. 8 (40), p. 1. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 01.06.2018).
2. Kornilova T.V. Psikhologiya riska i prinyatiya reshenii [The psychology of risk and decision-making]. Moscow: Aspekt Press, 2003. 286 p.
3. Kornilova T.V. Novyi oprosnik tolerantnosti-intolerantnosti k neopredelennosti [Tolerance-intolerance of ambiguity new questionnaire]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2010. Vol. 31 (1), pp. 74—86.
4. Kornilova T.V. Mel'burnskii oprosnik prinyatiya reshenii: russkoyazychnaya adaptatsiya [Melbourne decision making questionnaire: a Russian adaptation] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2013. Vol. 6 (31), p. 4. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 7.12.2017). (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Kornilova T.V. Psikhologiya neopredelennosti: edinstvo intellektual'no-lichnostnoi regulyatsii reshenii i vyborov [Psychology of ambiguity: unity of intellectual and personal regulation of decisions and choices]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2013. Vol. 34 (3), pp. 89—100.
6. Kornilova T.V. Intellektual'no-lichnostnyi potentsial cheloveka v usloviyakh neopredelennosti i riska [Intellectual and personal potential in risk and uncertainty]. Saint Petersburg: Nestor-Istoriya, 2016. 344 p.
7. Kornilova T.V., Razvaliaeva A.Yu. Aprobatsiya russkoyazychnogo varianta polnogo oprosnika S. Epstaina Ratsional'nyi-Opytnyi (rational-experiental inventory) [The rationality and intuition scales in S. Epstein's questionnaire Rei (Russian approbation of the full version)]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2017. Vol. 38 (3), pp. 92—107. doi: 10.7868/S0205959217030084
8. Kornilova T.V., Chumakova M.A. Shkaly tolerantnosti i intolerantnosti k neopredelennosti v modifikatsii oprosnika S. Badnera [Tolerance and intolerance of ambiguity in the modification of Budner's questionnaire]. *Eksperimental'naya psikhologiya* [Experimental Psychology], 2014. Vol. 7 (1), pp. 92—110. (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Kornilova T.V., Chumakova M.A. Aprobatsiya kratkogo oprosnika Bol'shoi pyaterki (TIPI, KOBT) [Elektronnyi resurs] [Development of the Russian version of the brief Big Five questionnaire (TIPI)]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological

- Studies*], 2016. Vol. 9 (46), p. 5. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 01.02.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Smirnov S.D., Chumakova M.A., Kornilova T.V. Obraz mira v dinamicheskoi paradigme prognozirovaniya i kontrolya neopredelennosti [The world image in dynamic control of uncertainty]. *Voprosy Psikhologii*, 2016, no. 4, pp. 3–14.
 11. Sokolova E.T. Utrata Ya: klinika ili novaya kul'turnaya norma [Loss of Self: Clinical Phenomena or New Cultural Norm?]. *Epistemologiya & filosofskie nauki [Epistemology & Philosophy of science]*, 2014. Vol. 41 (3), pp. 190–210.
 12. Feigenberg I.M. Tipichnye netipichnosti: zhiznennye zadachi — shkole [Typical strangeness: life problems in school]. *Obrazovatel'naya politika [Education Policy]*, 2010, no. 7–8 (45–46), pp. 84–95.
 13. Brothers D. *Toward a Psychology Of Uncertainty: Trauma-Centered Psychoanalysis*. New York: Analytic Press, 2008. 223 p.
 14. Cheek N.N., Schwartz B. On the meaning and measurement of maximization. *Judgment and Decision Making*, 2016. Vol. 11 (2), pp. 126–146.
 15. Diab D.L., Gillespie M.A., Highhouse S. Are maximizers really unhappy? The measurement of maximizing tendency. *Judgment and Decision Making*, 2008. Vol. 3 (5), pp. 364–370.
 16. Iyengar S.S., Wells R.E., Schwartz B. Doing better but feeling worse: Looking for the “best” job undermines satisfaction. *Psychological Science*, 2006. Vol. 17 (2), pp. 143–150. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01677.x
 17. Lai L. Maximizing without difficulty: A modified maximizing scale and its correlates. *Judgment and Decision Making*, 2010. Vol. 5 (3), pp. 164–175.
 18. Liu Y.L., Keeling K.A., Papamichail K.N. Should retail trade companies avoid recruiting maximisers? *Management Decision*, 2015. Vol. 53 (3), pp. 730–750. doi:10.1108/MD-06-2014-0402
 19. Misuraca R., Faraci P., Gangemi A., Carmeci F.A., Miceli S. The Decision Making Tendency Inventory: A new measure to assess maximizing, satisficing, and minimizing. *Personality and Individual Differences*, 2015. Vol. 85, pp. 111–116. doi:10.1016/j.paid.2015.04.043
 20. Misuraca R., Teuscher U., Carmeci F.A. Who are maximizers? Future oriented and highly numerate individuals. *International Journal of Psychology*, 2015. Vol. 51 (4), pp. 307–311. doi:10.1002/ijop.12169
 21. Nenkov G., Morrin M., Schwartz B., Ward A., Hulland J. A short form of the Maximization Scale: Factor structure, reliability and validity studies. *Judgment and Decision Making*, 2008. Vol. 3 (5), pp. 371–388.
 22. Parker A.M., De Bruin W.B., Fischhoff B. Maximizers versus satisficers: Decision-making styles, competence, and outcomes. *Judgment and Decision Making*, 2007. Vol. 2 (6), pp. 342–350.
 23. Polman E. Why are maximizers less happy than satisficers? Because they maximize positive and negative outcomes. *Journal of Behavioral Decision Making*, 2010. Vol. 23 (2), pp. 179–190. doi:10.1002/bdm.647
 24. Schwartz B., Ward A., Monterosso J., Lyubomirsky S., White K., Lehman D.R. Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002. Vol. 83 (5), pp. 1178–1197. doi:10.1037//0022-3514.83.5.1178
 25. Turner B.M., Rim H.B., Betz N.E., Nygren T.E. The maximization inventory. *Judgment and Decision Making*, 2012. Vol. 7 (1), pp. 48–60.

ВАЛИДИЗАЦИЯ ОПРОСНИКА «ПРОФИЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» НА РОССИЙСКОЙ ВЫБОРКЕ

М.Д. ПЕТРАШ*,
СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия,
m.petrash@spbu.ru

О.Ю. СТРИЖИЦКАЯ**,
СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия,
o.strizhitskaya@spbu.ru

И.Р. МУРТАЗИНА***,
СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия,
i.r.myrtazina@spbu.ru

Представлены результаты первичной валидации опросника «Здоровый образ жизни» — *Health-Promoting Lifestyle Profile, HPLP-II* (Walker, et al., 1987, 1996). Выборка: 443 респондента, проживающие в Санкт-Петербурге, в возрасте от 17 до 65 лет (136 мужчин и 307 женщин). Надежность HPLP II оце-

Для цитаты:

Петраш М.Д., Стрижицкая О.Ю., Муртазина И.Р. Валидизация опросника «Профиль здорового образа жизни» на российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 164—190. doi: 10.17759/cpp.2018260309

* Петраш Марина Дмитриевна, кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, e-mail: m.petrash@spbu.ru

** Стрижицкая Ольга Юрьевна, кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, e-mail: o.strizhitskaya@spbu.ru

*** Муртазина Инна Ралифовна, кандидат психологических наук, старший преподаватель, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, e-mail: i.r.myrtazina@spbu.ru

нивалась путем подсчета коэффициента Кронбаха и показала высокую внутреннюю согласованность, как всего опросника (α -Кронбаха=0,888), так и в половозрастных группах (α -Кронбаха — от 0,850 до 0,898). Для проверки конвергентной валидности были использованы шкалы из анкеты здорового образа жизни, личностный опросник «Большая пятерка» (Big-5), шкала психологического благополучия Рифф, опросник качества жизни SF-36, опросник ТОБОЛ. Полученные корреляции подтверждают конвергентную валидность опросника. Проведенный анализ показал удовлетворительные психометрические свойства НPLP II. Опросник можно использовать для измерения здорового образа жизни на российской выборке.

Ключевые слова: НPLP, здоровый образ жизни, валидность опросника, половые различия, возрастные различия, психометрические характеристики.

В последние годы в обществе все чаще поднимаются вопросы, касающиеся взаимосвязи здоровья и образа жизни, что благоприятным образом сказывается на росте интереса к этим проблемам и увеличении числа людей, обращающихся к здоровому образу жизни (ЗОЖ) [7; 10; 12; 13; 15; 17; 18; 23; 25]. Наблюдаемая тенденция обусловлена спецификой образа современного общества, в котором у человека не остается времени на себя и собственное здоровье. В таком обществе забота о здоровье становится результатом его ухудшения: лишь почувствовав физическое недомогание, человек начинает интересоваться правильным питанием, соблюдать гигиену сна, информационную диету, увеличивает физические нагрузки, отказывается от вредных привычек, старается больше времени проводить на свежем воздухе, следить за артериальным давлением и т. д. В тех же случаях, когда состояние здоровья не сказывается на функциональном состоянии человека, его внимание к собственному образу жизни минимально.

Анализ отечественной литературы, посвященной данной проблематике показал, что под здоровым образом жизни чаще понимается отказ от вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя, несоблюдение режима сна, отсутствие физической активности и т. д.) [1; 3; 14]. За рамками исследований остаются другие формы поведения, которые оказывают не менее существенное влияние на здоровье.

Эмпирические исследования здорового образа жизни, проводимые отечественными учеными, осуществляются в двух направлениях. В рамках первого изучается поведение человека, связанное с оздоровительными мероприятиями, позволяющее сохранить и укрепить свое здоровье [9; 16; 26; 28]. В рамках второго — внимание акцентируется на поведении, которое связано с проявлением активности самого человека, так называемое самосохранительное поведение [14; 20]. Понятия «самосохранительное поведение» и ЗОЖ тесно связаны, так как способствуют

укреплению и сохранению здоровья, но они не тождественны [21]. Анализ отечественных исследований выявил отсутствие единого диагностического инструментария. Изучение ЗОЖ проводится с помощью анкет, специально составленных для выявления соответствующих параметров (курение, употребление алкоголя, физическая активность, использование контрацептивов, посещение врача, использование медитативных техник и т. д.) [2; 4; 8; 17; 19].

Большинство зарубежных исследований здорового образа жизни проводится в плоскости медико-профилактических мероприятий [32—34; 37], в контексте непосредственного взаимодействия с медицинским персоналом.

Отдельное внимание заслуживает подход, разработанный профессором Сьюзан Уолкер (*S.N. Walker*) и группой исследователей [43; 44]. Профиль здорового образа жизни — *Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II)*, — предложенный авторами, позволяет оценить сопутствующие факторы, влияющие на поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья. Данный опросник был разработан для измерения многокомпонентной структуры здорового образа жизни и широко используется зарубежными исследователями для его оценки, как среди здоровых людей [35; 36], так и в контексте определенных заболеваний [30; 31], в частности, при изучении роли ценности здоровья, социальной поддержки и самоэффективности в здоровом образе жизни студентов [35]; при изучении поведения, способствующего укреплению здоровья и психосоциального благополучия студентов [36]; в исследовании взаимосвязи между поведением, направленным на ЗОЖ и качеством сна среди женщин, находящихся в постменопаузе, не имеющих серьезных заболеваний [39]. Также опросник используется в медицинской практике для оценки поведения, способствующего укреплению здоровья у пациентов после чрескожного коронарного вмешательства [47]; у пациентов с метаболическим синдромом [31]; с синдромом фибромиалгии [30].

Характеристика опросника «Профиль здорового образа жизни». Факторная структура опросника «Профиль здорового образа жизни» (ПроЗОЖ-II) включает шесть шкал: ответственность за здоровье (*Health Responsibility*); физическая активность (*Physical Activity*); питание (*Nutrition*); внутренний/духовный рост (*Spiritual Growth*); межличностные отношения (*Interpersonal Relations*); управление стрессом (*Stress Management*). Первые три шкалы авторы методики относят к конструктам, которые исследуют наблюдаемое поведение (ответственность за здоровье, физическая активность и питание), а оставшиеся три (духовный рост, межличностные отношения и управление стрессом) — к когнитивным и эмоциональным компонентам благополучия и называют их психосоциальным благополучием [44].

Опросник HPLP-II переведен на различные языки: турецкий, испанский, китайский, иранский и др. [40; 43; 45; 46]. Результаты кросс-культурных исследований показали его высокую эффективность как надежного психодиагностического инструмента оценки здорового образа жизни.

Цель нашего исследования заключалась в оценке согласованности шкал опросника «Профиль здорового образа жизни» на российской выборке.

Метод

Выборка. В исследовании приняли участие 443 респондента в возрасте от 17 до 65 лет ($M_{\text{возр}} = 30,31$; $SD = 13,79$), из них 136 мужчин ($M_{\text{возр}} = 30,36$; $SD = 13,3$) и 307 женщин ($M_{\text{возр}} = 30,28$; $SD = 14,02$), проживающих в Санкт-Петербурге, не имеющих хронических заболеваний. Выборка была разделена на четыре возрастные группы. Первую группу составили студенты медицинского и экономического профилей, обучающиеся на первом курсе. В оставшиеся три группы вошли представители разных профессиональных сред, на момент исследования работающие по специальности. Половозрастной состав выборки представлен в табл. 1.

Т а б л и ц а 1

Половозрастной состав выборки

Группы	Возраст	Количество человек		
		Выборка	Мужчины	Женщины
1	17—21 лет	183	52	131
2	22—29 лет	71	21	50
3	30—44 года	110	41	69
4	45—65 лет	79	22	57

Методики.

Для изучения здорового образа жизни использовался опросник «*Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP-II]*» (версия для взрослых) [11; 12], с разрешения авторов методики (личное сообщение от *S.N. Walker*). Опросник включает 52 пункта, факторизованных в шесть шкал.

1. Ответственность за здоровье (*Health Responsibility / HR*) — связана с вниманием к своему здоровью, с пониманием значимости улучшения здоровья.

2. Физическая активность (*Physical Activity / PA*) — подразумевает соблюдение определенного режима регулярных занятий физическими упражнениями.

3. Питание (*Nutrition / N*) — включает в себя знание и выбор продуктов питания, необходимых для поддержания здоровья, а также создание системы питания.

4. Внутренний/духовный рост (*Spiritual Growth / G*) — означает стремление к развитию внутренних ресурсов, достижение самореализации, наличие целей в жизни.

5. Межличностные отношения (*Interpersonal Relations / IR*) — отражает, насколько человек способен использовать коммуникации для поддержания отношений, чувства близости с другими.

6. Управление стрессом (*Stress Management / SM*) — включает в себя распознавание источников стресса, принятие мер по противодействию стрессу, а также использование специальных техник, способствующих снятию напряжения.

Высокие значения шкал указывают на сформированность поведения, направленного на укрепление своего здоровья. Утверждения, вошедшие в опросник, были переведены на русский язык с использованием обратного перевода. В некоторые пункты мы добавили разъяснения, так как пилотажное исследование выявило некоторые затруднения в ответах. Например, п. 14: «Съедаю 6—11 порций хлеба, зерновых или цельнозерновых макарон каждый день». Участникам исследования сложно было понять «объем» порции. Мы внесли соответствующие пояснения. А именно: 1 порция — это хлеб, весом 25—30 гр.; каша — 50 гр. или макароны вареные 50 гр. Подобные разъяснения были добавлены в пункты № 20, 26, 32 и 38 (Приложение).

При заполнении опросника участникам исследования предлагалось оценить степень своего согласия с каждым из предложенных утверждений по следующей шкале: «не согласен» — 1 балл, «скорее не согласен» — 2 балла, «скорее согласен» — 3 балла, «полностью согласен» — 4 балла.

Методики, использованные для определения внешней валидности. *Общая анкета*, специально разработанная авторами для исследования ЗОЖ. Анкета включает шкалы, отражающие соответствующее поведение. Блок — *гигиена сна* — включает 3 шкалы: проблема со сном — «Есть ли у Вас проблемы со сном?»; режим сна — «Соблюдаете ли Вы режим сна?»; его достаточность — «Спите ли Вы то количество времени, которое необходимо для восстановления сил?». Шкала — *культура питания* — отвечает на вопрос: «Вы имеете четкое представление о культуре питания и придерживаетесь ли сбалансированной диеты?». Шкала — *профилактические осмотры* — позволяет получить информацию о том: «Как часто Вы проходите профилактические осмотры у врача (со сдачей всех анализов) для того, чтобы отследить состояние своего здоровья?». Шкалы — *употребление алкоголя и курение* — относятся к вредным привычкам и отражают зависимость от них. В шкале *боль и ра-*

бота отражено поведение человека в ситуации возникновения проблем со здоровьем: «Если появляется болевое ощущение или плохое самочувствие, то Вы...» (разброс ответов — от «продолжаю ходить на работу» до «иду к врачу и выполняю его назначения»). Высокие значения по всем шкалам отражают благоприятную ситуацию в сторону ЗОЖ.

Опросник «Большая пятерка» (Big-5), в адаптации Яничева Д.П. [29] — измеряет личностные характеристики: экстраверсия, самосознание / организованность, сотрудничество, эмоциональная стабильность, личностные ресурсы / открытость опыту.

Шкала психологического благополучия К. Рифф, в адаптации Трошихиной Е.Г., Жуковской Л.В. (сокращенная версия) [11] — включает шесть шкал: автономность, компетентность, личностный рост, позитивные отношения, жизненные цели и самопринятие. Подсчитывается общий показатель психологического благополучия.

Опросник «Оценка качества жизни (КЖ)» SF-36 (Health Status Survey) [24] — состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность (жизнеспособность), социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Более высокая оценка по шкалам указывает на более высокий уровень КЖ.

Опросник для психологической диагностики типов отношения к болезни ТООБЛ [22] — позволяет выявить 12 типов отношения, объединенных в три блока. В первый блок входят гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы, при которых не происходит существенного нарушения психической и социальной адаптации. Второй блок включает типы, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, сопровождающаяся дезадаптивным поведением в эмоционально-аффективной сфере отношений (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы). Сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы образуют третий блок, для них характерна интерпсихическая направленность реагирования на болезнь, с сенсibilизированным отношением к болезни.

Методы анализа данных. Обработка данных проводилась с помощью программы статистической обработки данных SPSS 20 и AMOS 20.

Результаты

Согласованность шкал опросника

Оценка согласованности шкал опросника проводилась путем подсчета коэффициента пригодности α -Кронбаха (табл. 2).

Таблица 2

Согласованность шкал в выборке и в половозрастных группах

№	Название шкалы	Коэффициент пригодности α -Кронбаха						
		Вы- борка	Пол		Возрастные группы			
			М	Ж	1	2	3	4
1	Ответственность за здоровье (HR)	0,717	0,693	0,720	0,759	0,621	0,720	0,681
2	Физическая активность (PA)	0,805	0,818	0,792	0,820	0,758	0,796	0,813
3	Питание (N)	0,653	0,596	0,677	0,651	0,712	0,543	0,700
4	Внутренний рост (SG)	0,729	0,719	0,733	0,747	0,762	0,719	0,645
5	Межличностные отношения (IR)	0,771	0,732	0,785	0,782	0,752	0,784	0,709
6	Управление стрессом (SM)	0,608	0,619	0,608	0,577	0,617	0,651	0,601
Общая шкала		0,888	0,886	0,890	0,898	0,850	0,898	0,876

Примечание: возрастные группы: 1 (17—21 год); 2 (22—29 лет); 3 (30—44 года); 4 (45—65 лет).

Коэффициент пригодности для всего опросника является высоким: α -Кронбаха = 0,888. На фоне высоких значений α -Кронбаха для всего опросника, как во всей выборке, так и в половозрастных группах, сниженные значения были получены по шкалам «питание» и «управление стрессом» (альфа-коэффициенты 0,543—0,677 и 0,577—0,651 соответственно). Возможно, данный факт указывает на пересмотр некоторых пунктов.

Факторная структура

При факторизации полученных нами данных, из факторной структуры опросника выпали пункты, относящиеся к шкалам: питание (№ 14, 32), физическая активность (№ 34), внутренний рост (№ 18, 30), межличностные отношения (№ 7) и управление стрессом (№ 29) (табл. 3).

Мы предположили, что выявленный факт является специфической особенностью российской выборки. Однако обозначенные пункты важны в контексте изучения здорового образа жизни. В этой связи нами было принято решение их не исключать (что, по всей видимости, и послужило причиной снижения альфа коэффициентов), а использовать факторную структуру авторов методики.

Также следует отметить, что эксплораторный факторный анализ показал симптомокомплексы, отличные от оригинальной структуры, поэтому на этапе конфирматорного анализа мы решили проверить как авторскую версию,

Таблица 3

Данные факторизации пунктов опросника

№	1	2	3	4	5	6
43	0,714	-	-	-	-	-
42	0,640	-	-	-	-	-
31	0,638	-	-	-	-	-
52	0,620	-	-	-	-	-
51	0,586	-	-	-	-	-
37	0,557	-	-	-	-	-
50	0,537	-	-	-	-	-
49	0,466	-	-	0,418	-	-
35	0,465	-	0,421	-	-	-
38	0,460	-	-	-	-	-
36	0,458	-	-	-	-	-
44	0,429	-	-	-	-	-
32	-	-	-	-	-	-
34	-	-	-	-	-	-
30	-	-	-	-	-	-
10	-	0,754	-	-	-	-
16	-	0,708	-	-	-	-
4	-	0,688	-	-	-	-
28	-	0,596	-	-	-	-
46	-	0,586	0,420	-	-	-
22	-	0,581	-	-	-	-
40	-	0,502	-	-	-	-
29	-	-	-	-	-	-
33	-	-	0,608	-	-	-
41	-	-	0,580	-	-	-
39	-	-	0,567	-	-	-
45	-	-	0,546	-	-	-
47	-	-	0,538	-	-	-
27	-	-	0,485	0,447	-	-
15	-	-	0,429	-	-	-
48	-	-	0,425	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-
26	-	-	-	0,543	-	-
23	-	-	-	0,537	-	-

№	1	2	3	4	5	6
19	-	-	-	0,529	-	-
25	-	-	-	0,508	-	-
20	-	-	-	0,497	-	-
17	-	-	-	0,448	-	-
24	-	-	-	0,441	-	-
6	-	-	-	-	0,684	-
5	-	-	-	-	0,623	-
11	-	-	-	-	0,607	-
12	-	-	-	-	0,519	-
13	-	-	-	-	0,465	-
7	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	0,589
8	-	-	-	-	-	0,542
9	--	-	-	-	-	0,520
3	-	-	-	-	-	0,520
1	-	-	-	-	-	0,425
21	-	-	-	-	-	0,411
% дисперсии	15,69	9,40	4,94	4,07	3,80	3,36

так и версию, полученную в результате эксплораторного анализа. Конфирматорный анализ показал, что авторская версия точнее соответствует данным.

Внутренняя согласованность опросника подтверждается результатами корреляционного анализа (табл. 4). Тесные связи всех шкал показали высокую интегрированность системы.

Таблица 4

Значения коэффициентов корреляции Пирсона между факторами

Факторы	1 (HR)	2 (PA)	3 (N)	4 (SG)	5 (IR)	6 (SM)
1 (HR)	1					
2 (PA)	0,397***	1				
3 (N)	0,487***	0,468***	1			
4 (SG)	0,274***	0,297***	0,389***	1		
5 (IR)	0,215***	0,104*	0,350***	0,592***	1	
6 (SM)	0,434***	0,373***	0,401***	0,372***	0,277***	1

Примечание: «***» — уровень значимости $p \leq 0,001$; «*» — уровень значимости $p \leq 0,05$. Факторы: 1 (HR) — ответственность за здоровье; 2 (PA) — физическая активность; 3 (N) — питание; 4 (SG) — внутренний рост; 5 (IR) — межличностные отношения; 6 (SM) — управление стрессом.

Конфирматорный факторный анализ

Объем выборки не позволил построить целостную шестифакторную модель, поэтому для оценки структурной валидности мы сформировали модели для каждой шкалы в отдельности (табл. 5).

Таблица 5

Данные о пригодности модели

№	Шкалы	Характеристики модели							
		χ^2	df	χ^2/df	p	CFI	GFI	RMSEA	Pclose
1	Ответственность за здоровье (HR)	15,947	24	0,66	0,890	1,000	0,991	0,000	1,000
2	Физическая активность (PA)	10,561	15	0,70	0,783	1,000	0,994	0,000	0,997
3	Питание (N)	35,298	23	1,53	0,49	0,959	0,986	0,035	0,865
4	Внутренний рост (SG)	21,160	25	0,85	0,684	1,000	0,985	0,000	0,999
5	Межличностные отношения (IR)	27,911	23	1,21	0,219	0,975	0,973	0,022	0,970
6	Управление стрессом (SM)	27,430	18	1,52	0,071	0,952	0,988	0,034	0,836

Примечание: χ^2 — критерий хи-квадрат; df — количество степеней свободы; RMSEA — среднеквадратичная ошибка приближения; CFI — сравнительный индекс согласия; GFI — критерий согласия; PCLOSE — индекс близости модели исходным данным.

Исходя из полученных данных, можно заключить, что основные критерии согласия моделей находятся в допустимых пределах, т. е. эмпирически подтверждаются.

Конвергентная валидность

Конвергентная валидность определялась при сопоставлении шкал опросника ПроЗОЖ с другими методиками, которые должны обнаружить теоретически предсказуемые связи с факторами здорового образа жизни и подтвердить их содержательное наполнение.

Данные корреляционного анализа шкал опросника ПроЗОЖ с параметрами других методик представлены в табл. 6—8.

В качестве общей тенденции можно отметить наличие отрицательных взаимосвязей с типами отношения к болезни, ведущих к психи-

Таблица 6

Значимые взаимосвязи шкал опросника ПроЗОЖ с опросником ТОБОЛ

Типы	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Ф6
Гармоничный (Г)	-	-	-	-	0,132**	-
Эргопатический (Р)	-	-	0,113*	0,165***	0,169***	-
Анозогнозический (З)	-	0,168***	0,105*	0,262***	0,241***	0,136**
Тревожный (Т)	-	-0,235***	-0,185***	-0,199***	-0,194***	-0,158***
Ипохондрический (И)	-	-0,133**	-	-0,210***	-0,175***	-0,100*
Неврастенический (Н)	-	-0,263***	-0,139***	-0,297***	-0,167***	-0,219***
Меланхолический (М)	-0,150**	-0,205***	-0,323***	-0,347***	-0,278***	-0,262***
Апатический (А)	-0,150**	-0,154**	-0,273***	-0,350***	-0,296***	-0,212***
Сенситивный (С)	-	-0,224***	-	-0,125*	-	-0,138**
Эгоцентрический (Э)	-	-0,122*	-	-0,139**	-	-
Паранойальный (П)	-	-	-	-0,221***	-0,209***	-0,126*
Дисфорический (Д)	-	-0,170***	-0,241***	-0,313***	-0,308***	-0,242***

Примечание: «***» — уровень значимости $p < 0,001$; «**» — уровень значимости $p < 0,01$; «*» — уровень значимости $p < 0,05$. Факторы: 1 (HR) — ответственность за здоровье; 2 (РА) — физическая активность; 3 (N) — питание; 4 (SG) — внутренний рост; 5 (IR) — межличностные отношения; 6 (SM) — управление стрессом.

Таблица 7

Значимые взаимосвязи шкал опросника ПроЗОЖ со шкалой психологического благополучия К. Рифф

Шкалы	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Ф6
Автономность				0,149**		
Компетентность		0,222***	0,200***	0,311***	0,186***	0,280***
Личностный рост	0,136**	0,157***	0,233***	0,430***	0,267***	0,198***
Позитивные отношения		0,103*	0,115*	0,207***	0,385***	
Жизненные цели	0,149**	0,130**	0,197***	0,457***	0,237***	
Самопринятие	0,219***	0,226***	0,225***	0,334***	0,274***	0,315***

Общий показатель	0,126**	0,233***	0,268***	0,485***	0,367***	0,253***
------------------	---------	----------	----------	----------	----------	----------

Примечание: «***» — уровень значимости $p < 0,001$; «**» — уровень значимости $p < 0,01$; «*» — уровень значимости $p < 0,05$. Факторы: 1 (HR) — ответственность за здоровье; 2 (PA) — физическая активность; 3 (N) — питание; 4 (SG) — внутренний рост; 5 (IR) — межличностные отношения; 6 (SM) — управление стрессом.

Таблица 8

**Значимые взаимосвязи шкал опросника ПроЗОЖ
с параметрами других методик**

Параметры	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Ф6
Пункты общей анкеты						
Проблемы со сном	-	-	-	-	-	0,267***
Режим сна	0,156***	-	0,119*	-	-	0,199***
Высыпание	0,128**	0,146**	-	-	-	0,409***
Культура питания	0,204***	0,236***	0,390***	0,203***	0,143**	-
Курение	-	-	-	0,143**	0,194***	-
Боль и работа	-	-	-	-0,108*	-0,156**	0,147**
Профилактические осмотры	-	-	-	0,122*	-	-
Оценка Качества Жизни (SF-36)						
Физическое функционирование (PF)	-	0,201***	0,130**	0,203***	0,146**	-
Рольевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	-	0,151***	-	0,116*	-	-
Интенсивность боли (BP)	-	-	-	0,113*	0,106*	0,119*
Общее состояние здоровья (GH)	-	0,258***	0,165***	0,345***	0,179***	0,266***
Жизненная активность (VT)	0,097*	0,240***	0,217***	0,196***	0,150**	0,343***
Социальное функционирование (SF)	-	0,102*	-	0,138**	0,154***	0,141**
Рольевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	-	0,148**	0,107*	-	-	-
Психическое здоровье (MH)	-	0,197***	0,232***	0,256***	0,227***	0,312***

Параметры	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Ф6
Опросник «Большая пятерка»						
Экстраверсия	-	-	-	0,166***	0,231***	-
Самосознание	-	-	0,242***	0,376***	0,280***	0,155***
Сотрудничество	-	-	0,173***	0,350***	0,445***	-
Эмоциональная стабильность	-	0,153***	0,130**	0,151**	0,162***	0,138**
Личностные ресурсы	-	-	0,145**	0,401***	0,279***	0,159***

Примечание: «***» — уровень значимости $p < 0,001$; «**» — уровень значимости $p < 0,01$; «*» — уровень значимости $p < 0,05$. Факторы: 1 (HR) — ответственность за здоровье; 2 (PA) — физическая активность; 3 (N) — питание; 4 (SG) — внутренний рост; 5 (IR) — межличностные отношения; 6 (SM) — управление стрессом.

ческой дезадаптации (табл. 6). Выявленные связи ожидаемы, так как ответственное отношение к своему здоровью и соблюдение соответствующего образа жизни снижают риск проявления дезадаптивного поведения в эмоционально-аффективной сфере отношений. В свою очередь, физическая активность, внутренний рост и управление стрессом способствуют снижению сенсibilизированного отношения к проблемам со здоровьем, связанного с гетерогенными агрессивными тенденциями. Единственную положительную связь с гармоничным типом образует фактор «межличностные отношения», т. е. умение использовать коммуникации, которые способствуют конструктивному взаимодействию с медицинскими работниками.

Факторы опросника ПроЗож положительно коррелируют с эргопатическим и анозогнозическими типами (исключение составляет фактор «ответственность за здоровье»), что свидетельствует об уходе в работу в первом случае и преуменьшение «значения» проблем со здоровьем — во втором. Выявленное противоречие может быть связано с особенностями нашей выборки.

Выявлены взаимосвязи с параметрами других методик. Все факторы опросника ПроЗОЖ положительно коррелируют с общим показателем психологического благополучия (табл. 7).

Фактор 1 — ответственность за здоровье — положительно коррелирует с блоками из общей анкеты: гигиена сна и культура питания (табл. 8). Логика связей ожидаема: соблюдение режима сна и отдыха, обращение к здоровому и сбалансированному питанию подтверждают факт ответственного отношения к своему здоровью.

Положительная связь с параметром «жизнеспособность» свидетельствует о высокой жизненной активности в случае, когда человек ответственно относится к своему здоровью.

Положительные связи со шкалами психологического благополучия — личностный рост, жизненные цели и самопринятие — отражают позитивное отношение к себе, к своей жизни, понимание и принятие сильных и слабых сторон, стремление к развитию и реализации своего потенциала (табл. 7). Это позволяет ответственно относиться к своему здоровью, решая проблемы в том числе путем привлечения внешних ресурсов.

Фактор 2 — физическая активность — имеет положительные связи с вопросами анкеты — *высыпание* и *культура питания*, что логично сочетается с регулярными занятиями физическими упражнениями (табл. 8), так как без сна и отдыха, а также без сбалансированного питания здоровая двигательная активность мало результативна. Положительные взаимосвязи с параметрами физического функционирования, общего состояния здоровья, жизненной активности и психического здоровья указывают на то, что физическая активность способствует улучшению состояния здоровья, позволяет аккумулировать силу и энергию, а также избегать депрессивных, тревожных состояний, сохраняя положительный эмоциональный настрой.

Фактор 3 — питание — прямо связан с вопросом анкеты — *культура питания* (табл. 8). Из большого массива данных у нас был один вопрос анкеты, прицельно связанный с вопросом питания, который выявил положительную взаимосвязь с фактором. Показана взаимосвязь с эмоционально-волевыми характеристиками личности и с параметрами психологического благополучия (табл. 7). Факт прямых связей с психологическим и физическим компонентами здоровья подтверждает позитивный вклад фактора питания в общее состояние здоровья.

Фактор 4 — внутренний рост — положительно коррелирует со шкалами — самосознание, личностные ресурсы; шкалами психологического благополучия — автономность, компетентность, личностный рост, жизненные цели и самопринятие (табл. 7, 8). Выраженный волевой компонент личности, стремление к созиданию и самосовершенствованию, умение противостоять социальному давлению, мыслить и вести себя независимо, стремление к новому, реализации своего потенциала, наличие целей в жизни — это все то, что отражает фактор внутреннего роста.

Наличие высокозначимых связей с параметрами качества жизни свидетельствует о положительной оценке своего здоровья. Приверженность культуре питания, отсутствие зависимости от табакокурения также можно связать с характеристикой внутреннего роста. С другой стороны, человек, стремящийся к развитию и самореализации, редко проходит профилактические осмотры (1 раз в год), а в случае возникновения проблем со здоровьем продолжает свою трудовую деятельность.

Фактор 5 — межличностные отношения. Среди наиболее показательных связей фактора следует отметить прямые связи со шкалами экстраверсии, сотрудничества, эмоциональной стабильности (табл. 8), а также со шкалой психологического благополучия — позитивные отношения (табл. 7). Стремление к активной социальной жизни, наличие доброжелательной, понимающей установки к людям, умение получать удовлетворение от общения с другими, при наличии высокой эмоциональной стабильности — являются залогом благоприятных межличностных отношений. Данный факт может быть отражением благоприятного физического и психологического здоровья.

Фактор 6 — управление стрессом, которое невозможно без соблюдения режима сна и отдыха (табл. 8). В случае возникновения проблем со здоровьем человек с выраженными способностями управления стрессом обратится к врачу и будет выполнять соответствующие назначения. Данные факты нашли свое отражение в соответствующих взаимосвязях. Прямые связи с психическим здоровьем отражают отсутствие тревоги и депрессий, с жизнеспособностью / жизненной активностью — характеризуют наличие сил и энергии. Также управление стрессом положительно коррелирует со шкалой эмоциональной стабильности, что само по себе свидетельствует о высоком эмоциональном контроле и психическом благополучии, а также со шкалами психологического благополучия — компетентность, личностный рост и самопринятие (табл. 7).

Обсуждение результатов

Представленное исследование проведено с целью изучения психометрических данных опросника НРЛР-II на российской выборке. При оценке шкал согласованности мы использовали фактурную структуру авторов методики. В ходе психометрической проверки был выявлен высокий уровень коэффициента пригодности α -Кронбаха (0,888), что свидетельствует о хорошей внутренней согласованности. На устойчивость коэффициента пригодности указывают его высокие значения в поперечных группах. Альфа-коэффициенты для шкал находятся в пределах от 0,608 до 0,805. По данным авторов методики, альфа-коэффициент внутренней согласованности для всего опросника составил 0,943, а альфа-коэффициенты для шкал варьировались от 0,793 до 0,872. Анализ внутрифункциональных связей показал высокую интегрированность системы. Самая высокая корреляция была выявлена между шкалами внутреннего роста и межличностными отношениями ($r=0,592$). Данный факт согласуется с результатами других исследований [9]. Средняя величина корреляций между пунктами невысокая ($r=0,132$), что свидетельствует о независимости шкал.

В отношении взаимосвязи шкал опросника с демографическими данными результаты анализа показали, что с возрастом больше внимания уделяется культуре питания ($p=0,006$), повышается выраженность управления со стрессами ($p=0,001$). В исследованиях по изучению рациона питания студентов было показано несоответствие гигиеническим принципам оптимального питания [6; 36]. В других исследованиях подтверждается факт слабовыраженного использования техник управления стрессовыми ситуациями у молодежи [36]. С другой стороны, отмечается снижение параметров по шкалам: внутренний рост ($p=0,003$) и межличностные отношения ($p=0,002$). В исследовании ЗОЖ в связи с психологическим благополучием в период поздней зрелости и старения не было выявлено связей между автономией и позитивными отношениями с характеристиками ЗОЖ у представителей старшей возрастной группы (66—89 лет) [27], что отчасти подтверждает выявленную тенденцию.

В половозрастных группах было показано, что женщины более ответственно относятся к своему здоровью ($p=0,004$), они имеют представление о культуре питания ($p=0,003$), способны выстраивать конструктивные взаимоотношения с окружающими ($p=0,010$), в то время как мужчины отличаются проявлением большей физической активности ($p=0,001$). Аналогичные результаты были получены в зарубежных исследованиях [38; 41]. Увеличение уровня образования коррелирует с повышением осведомленности в плане ответственности за свое здоровье ($p=0,038$), в культуре питания ($p=0,002$) и управления стрессовыми ситуациями ($p=0,001$), что также согласуется с результатами зарубежных исследований ЗОЖ [42]. По фактору межличностных отношений отмечается снижение значений ($p=0,025$).

Результаты, полученные в ходе исследования ЗОЖ, требуют дальнейшего, расширенного, анализа. На данном этапе можно заключить, что представленный опросник — Профиль здорового образа жизни (ПроЗОЖ) — представляет собой достаточно стандартизированный инструмент.

Выводы

Психометрический анализ опросника «Профиль здорового образа жизни» показал содержательную и конвергентную валидность методики.

Обнаружена высокая согласованность как всего опросника, так и шести шкал; анализ коэффициента пригодности показал его устойчивость.

По результатам первичной психометрической проверки можно сказать, что данная версия опросника может применяться для исследования профилактики заболеваний и продвижения здорового образа жизни на российской выборке.

Благодарности

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 16-06-00315-ОГН «Психологические факторы здорового образа жизни на разных этапах взрослости»).

Приложение

Опросник «Профиль здорового образа жизни — ПроЗОЖ» (Health-Promoting Lifestyle Profile — HPLP)

Инструкция. Ниже приводится ряд утверждений, которые касаются вашего нынешнего образа жизни или личных привычек. Вам необходимо оценить степень соответствия каждого из предложенных утверждений, которая лучше всего отражает степень Вашего согласия или несогласия. Последовательно, прочитав каждое высказывание, выберите один из четырех возможных ответов: «не согласен» — 1, «скорее, не согласен» — 2, «скорее, согласен» — 3, «полностью согласен» — 4, и зачеркните или обведите цифру в соответствующей графе на листе ответов. Не пропускайте ни одного высказывания. Помните, что правильных и неправильных ответов не существует.

Утверждения

1. Обсуждаю свои проблемы и сомнения с близкими мне людьми.
2. Предпочитаю диету с низким содержанием жиров и холестерина.
3. Описываю любые необычные проявления или симптомы врачу.
4. Выполняю определенную программу упражнений.
5. Достаточно сплю.
6. Чувствую, что я положительно расту и развиваюсь.
7. С легкостью хвалю других за достижения.
8. Ограничиваю употребление сахара и сахаросодержащих продуктов.
9. Читаю или слушаю программы про здоровье.
10. Выполняю серьезную физическую нагрузку (не менее 20 минут интенсивных занятий) не менее 3 раз в неделю.
11. Каждый день я нахожу время, для того, чтобы расслабиться, отдохнуть.
12. Верю, что в моей жизни есть цель.
13. Сохраняю значимые и серьезные отношения с окружающими.
14. Съедаю 6—11 порций хлеба, зерновых или цельнозерновых макарон каждый день (1 ед. = хлеб 25—30 гр; 1 ед. = каша 50 гр; 1 ед. = макароны вареные — 50 гр).
15. Переспрашиваю специалистов, занимающихся моим здоровьем, для того, чтобы понять их инструкции.
16. Достаточно интенсивно занимаюсь спортом или физической нагрузкой (например, быстро хожу в течение 30—40 минут, пять и более раз в неделю).
17. Принимаю (в жизни) то, что я не могу изменить.
18. Смотрю в будущее.
19. Провожу время с близкими друзьями.

20. Съедаю 2—4 порции фруктов ежедневно (1 порция фруктов = 1 фрукт среднего размера или ½ стакана фруктового сока).
21. Интересуюсь альтернативным мнением по поводу поставленного мне диагноза (прописанного лечения).
22. Занимаюсь плаванием или танцами или езжу на велосипеде в свободное время.
23. Когда ложусь спать, концентрируюсь на приятных мыслях.
24. Чувствую себя довольным и умиротворенным.
25. С легкостью проявляю заботу, любовь и тепло по отношению к другим.
26. Съедаю 3—5 порций овощей ежедневно (1 порция овощей = 1 овощ среднего размера или десертная тарелка вареных/сырых овощей, или десертная тарелка овощного супа).
27. Обсуждаю волнующие меня вопросы о здоровье с разными специалистами.
28. Делаю силовые упражнения, по крайней мере, 3 раза в неделю.
29. Использую специальные техники, чтобы контролировать стресс.
30. Работаю на долгосрочные цели.
31. Я нахожу понимание у людей, которые мне дороги, и они также меня понимают.
32. Съедаю 2—3 порции молока, йогурта или сыра ежедневно (1 ед. = стакан молока или йогурта 1%; 1 ед. = ломтик сыра 30 гр.).
33. Обследую свое тело не реже чем раз в месяц на предмет опасных изменений или угрожающих признаков.
34. Получаю физическую нагрузку в повседневных условиях (например, использую лестницу вместо эскалатора или лифта).
35. Стараюсь сбалансировать время между работой и отдыхом.
36. Считаю, что каждый день приносит что-то новое, необычное и требующее усилий.
37. Нахожу возможности для близких отношений.
38. Съедаю не более 2—3 порций белковой пищи (мясо, мясные продукты, рыба, яйца, бобы, орехи) в день (1 порция мяса = 80—90 грамм мяса в готовом виде; 1 порция ½ яйца; 1 порция = 2 ст. л. орехов).
39. Интересуюсь у врачей, как лучше заботиться о своем здоровье.
40. Замеряю свой пульс во время физических нагрузок.
41. Провожу 15—20 минут расслабляясь или медитируя ежедневно.
42. Знаю, что важно для меня в жизни.
43. Меня поддерживают люди, с которыми я общаюсь.
44. Читаю этикетку на продуктах, чтобы узнать их состав, соотношение белков, жиров, углеводов и полезных элементов.
45. Посещаю специальные образовательные программы по здоровью.
46. Достигаю целевого пульса (необходимой частоты сердечных сокращений), когда тренируюсь.
47. Замедляюсь, чтобы не слишком уставать.
48. Чувствую себя связанным с некой силой, большей, чем я сам.
49. Разрешаю конфликты с помощью дискуссий и компромиссов.
50. Завтракаю.
51. Когда необходимо, обращаюсь за помощью и советом.
52. Открыт для нового опыта и сложных задач.

Ключ к опроснику

№	Название шкалы	Пункты
1	Ответственность за здоровье (HR)	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51
2	Физическая активность (РА)	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
3	Питание (N)	2, 8, 14, 20, 26, 32, 28, 44, 50
4	Внутренний рост (SG)	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52
5	Межличностные отношения (IR)	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49
6	Управление стрессом (SM)	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47
Общая шкала		1—52

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алмагамбетова Д.Т., Гарипова А.З.* Здоровый образ жизни и физкультурно-оздоровительная деятельность в общественной жизни студентов [Электронный ресурс] // Психология, социология и педагогика. Электронный научно-практический журнал. 2015. № 4. URL: <http://psychology.snauka.ru/2015/04/4413> (дата обращения: 28.12.2016).
2. *Березина Т.Н.* Здоровый образ жизни как фактор индивидуальной продолжительности жизни // Психология обучения. 2017. № 6. С. 143—155.
3. *Бобрецова С.В., Плаксин В.А.* Здоровый образ жизни: теория и практика // Медестра. 2010. № 7. С. 31—33.
4. *Васильева Н.Ю.* Представление о здоровом образе жизни в подростковом и юношеском возрасте // Вестник ЯГУ. 2009. Т. 6. № 4. С. 103—108.
5. *Виленский М.Я., Борисов М.М.* Здоровый образ жизни в процессе профессиональной подготовки будущих учителей // Проблемы физического состояния и работоспособности детей и молодежи: тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. М.: Прометей МПГУ, 1994. С. 22.
6. *Грошева Е.С., Кармышева С.И., Полетаева И.А., Кондусова Ю.В.* Проблема рационального питания современных студентов первокурсников // Известия ВГПУ. 2015. № 3 (268). С. 213—215.
7. *Доброрадова Л.В.* Здоровый образ жизни как объект исследования в различных областях науки // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2009. № 5. С. 29—35.
8. *Дудченко З.Ф.* Отношение к здоровью у студентов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2005. Т. 5. С. 31—33.
9. *Дудченко З.Ф.* Психологическое обеспечение здорового образа жизни личности // Здоровая личность / Под ред. Г.Н. Никифорова. СПб.: Речь, 2013. С. 356—367.
10. *Дудченко З.Ф., Перфильева Е.Н.* Двигательная активность как фактор здорового образа жизни: психологические аспекты // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2009. Т. 11. № 1. С. 105—109.

11. Жуковская Л.В., Трошихина Е.Г. Шкала психологического благополучия К. Рифф // Психологический журнал. 2011. Т. 32. № 2. С. 82—93.
12. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Некоторые проблемы психологии здоровья и здорового образа жизни // Сибирский психологический журнал. 2010. № 35. С. 6—10.
13. Изуткин Д.А. Концептуальные основы взаимосвязи образа жизни и здоровья: дисс. ... докт. филос. наук. Новгород, 2005. 356 с.
14. Карась И.Г. Динамика самосохранительного поведения курсантов пограничного института в условиях констатирующего эксперимента // Вестник МГУ. Серия: Психологические науки. 2009. № 1. С. 119—125.
15. Карпин А.Д., Александрова Л.М., Старинский В.В. Медико-социальные аспекты формирования в России концепции здорового образа жизни // Русский медицинский журнал. 2017. № 14. С. 995—999.
16. Косенкова Т.В., Дмитренко Л.Б., Кравчук Е.В. Физкультурно-оздоровительные мероприятия как фактор формирования здорового образа жизни инвалидов // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19. №2. С. 77—82.
17. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 520 с.
18. Маратова А.М. Здоровый образ жизни — гармония жизни и здоровье человека // Наука и современность. 2013. № 22. С. 16—20.
19. Москвичева М.Г., Бредихина Н.В. Проблема здоровья и здоровый образ жизни современного человека (социологический анализ) // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. 2006. № 2 (57). С. 196—201.
20. Назарова И.Б. Здоровье и самосохранительное поведение занятого населения в России: автореф. дисс. ... докт. экон. наук. М., 2007. 37 с.
21. Петраш М.Д., Муртазина И.Р. Понятие «здоровый образ жизни» в психологических исследованиях // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т. 8. Вып. 2. С. 152—165. doi:10.21638/11701/spbu16.2018.204
22. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Под ред. Л.И. Вассермана, А.Я. Вукса, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой [Электронный ресурс]. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева. 2005. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf/> (дата обращения: 25.07.18).
23. Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006. 607 с.
24. Руководство по эндокринной гинекологии: 3-е изд., доп. / Под ред. Е.М. Вихляевой. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 784 с.
25. Салов В.Ю. Теоретические и методические основы формирования здорового образа жизни учащейся молодежи средствами физической культуры: дисс. ... докт. пед. наук. СПб., 2001. 327 с.
26. Смоленский А.В., Капустина Н.В., Хафизов Н.Н. Оздоровительное значение ходьбы как метода профилактики заболеваний и увеличения продолжительности жизни человека // Русский медицинский журнал. 2018. № 1 (I). С. 57—61.

27. *Стрижницкая О.Ю.* Здоровый образ жизни и психологическое благополучие в период поздней взрослости и старения [Электронный ресурс] // Интернет-журнал «Мир науки» 2017. Т. 5. № 6. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/101PSMN617.pdf> (дата обращения: 10.08.2018).
28. *Шуматов В.Б., Крукович Е.В., Рассказова В.Н., Кузьмина Т.Н.* Формирование здоровьесберегающей среды в медицинском вузе [Электронный ресурс] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 9—1. С. 103—106. URL: <http://applied-research.ru/ru/article/view?id=5798> (дата обращения: 05.08.2018).
29. *Яничев Д.П.* Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 181 с.
30. *Beal C.C., Stuijferge A.K., Brown A.* Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome // *Psychology, Health & Medicine*. 2009. Vol. 14 (3). P. 343—353. doi:10.1080/13548500902730093
31. *Chen Y.C., Wu H.P., Hwang S.J., Li I.C.* Exploring the components of metabolic syndrome with respect to gender difference and its relationship to health-promoting lifestyle behaviour: a study in Taiwanese urban communities // *Journal of Clinical Nursing*. 2010. Vol. 19. P. 3031—3041. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03280.x
32. *Fishbein M., Triandis H.C., Kanfer F.H. et al.* Factors influencing behavior and behavior change // *Handbook of health psychology / A. Baum, T.A. Revenson, J.E. Singer (eds.)*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2001. P. 3—18.
33. *Fries J.F.* Reducing disability in older age // *Journal of the American Medical Association*. 2002. Vol. 288 (31). P. 64—66.
34. *Harris D.M., Guten S.* Health-protective behavior: An exploratory study // *Journal of health and social behavior*. 1979. Vol. 20 (1). P. 17—29.
35. *Jackson E.S., Tucker C.M., Herman K.C.* Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle // *Journal of American College Health*. 2007. Vol. 56 (1). P. 69—74. doi:10.3200/JACH.56.1.69-74
36. *Lee R.L.T., Yuen L.A.J.T.* Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong // *Public Health Nursing*. 2005. Vol. 22 (3). P. 209—220. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.220304.x
37. *Luszczynska A., Hagger M.* Health Behavior // *Assessment in health psychology / Y. Benyamini, M. Johnstone, E. C. Karademas (eds.)*. Boston: Hogrefe Publishing, 2016. P. 60—72.
38. *Mašina T., Madžar T., Musil V., Milošević M.* Differences in Health-Promoting Lifestyle Profile among Croating Medical students according to gender and year of study // *Acta clinica Croatica*. 2017. Vol. 56 (1). P. 84—91. doi:10.20471/acc.2017.56.01.13
39. *Moudi A., Dashtgard A., Salehiniya H., Sadat Katebi M., Reza Razmara M., Reza Jani M.* The relationship between health-promoting lifestyle and sleep quality in postmenopausal women // *BioMedicine*. 2018. Vol. 8 (2). P. 34—40. doi:10.1051/bmdcn/2018080211
40. *Pinar R., Celik R., Bahcecik N.* Reliability and construct validity of the health-promoting lifestyle profile II in an adult Turkish population // *Nursing Research*. 2009. Vol. 58 (3). P. 184—193. doi:10.1097/NNR.0b013e31819a8248

41. *Rolanda L. Johnson* Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans // *Public Health Nursing*. 2005. Vol. 22 (2). P. 130—137. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.220206.x
42. *Tanjani P.T., Azadbakht M., Garmaroudi G., Sahaf R., Fekrizadeh Z.* Validity and Reliability of Health Promoting Lifestyle Profile II in the Iranian Elderly // *International Journal of Preventive Medicine*. 2016. Vol. 7. P. 74. doi:10.4103/2008-7802.182731
43. *Walker S.N., Hill-Polerecky D.M.* Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center, 1996. P. 120—126.
44. *Walker S.N., Schrist K.R., Pender N.J.* The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics // *Nursing Research*. 1987. Vol. 36. P. 76—81.
45. *Wang Y., Wu L., Xia W. et al.* Reliability and validity of Chinese version of the health-promoting lifestyle profile // *Chinese Journal of School Health*. 2007. Vol. 28. P. 889—891.
46. *Wei C-N., Harada K., Ueda K., Fukumoto K., Minamoto K., Ueda A.* Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students // *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2012. Vol. 17 (3). P. 222—227. doi:10.1007/s12199-011-0244-8
47. *Xiao L., Wang P., Fang Q., Zhao Q.* Health-promoting Lifestyle in Patients after Percutaneous Coronary Intervention // *Korean Circulation Journal*. 2018. Vol. 48 (6). P. 507—515. doi:10.4070/kcj.2017.0312

VALIDATION OF THE HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE IN THE RUSSIAN SAMPLE

M.D. PETRASH*,
St.Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia,
m.petrash@spbu.ru

O.Yu. STRIZHITSKAYA**,
St.Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia,
o.strizhitskaya@spbu.ru

I.R. MURTAZINA***,
St.Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia,
i.r.murtazina@spbu.ru

The paper presents the results to the preliminary validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II; Walker, et al., 1987, 1996) on the Russian sample. 443 participants from Saint Petersburg, aged from 17 to 65, were involved in the study (136 males; 307 females). HPLP II showed high internal consistency in the whole sample (Cronbach's $\alpha=0,888$) and in age and gender subgroups (Cronbach's α ranged from .850 to .898). In order to test the convergent validity of the questionnaire, we used: scales from the questionnaire of a healthy lifestyle, Big Five Personality Test, Ryff's Psychological Well-being Scales, SF-36 Short Form Health Survey, Type of Attitude to the Disease questionnaire. The resulting correlations confirm the convergent validity of the profile. The HPLP II had satisfactory preliminary psychometric properties. It can be used to assess the health-promoting lifestyles on a Russian sample.

Keywords: HPLP, health-promoting lifestyle, questionnaire validity, sex differences, age differences, psychometric characteristics.

Acknowledgements

This work was supported by the Russian Foundation for Basic Research (project № 16-06-00315 "Psychological factors of healthy lifestyle behaviors during adulthood").

For citation:

Petrash M.D., Strizhitskaya O.Yu., Murtazina I.R. Validation of the Questionnaire «Health-Promoting Lifestyle Profile» in the Russian Sample. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 164—190. doi: 10.17759/cpp.2018260309. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Petrash Marina Dmitrievna*, PhD (Psychology), Associate Professor, St. Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, e-mail: m.petrash@spbu.ru

** *Strizhitskaya Olga Yuryevna*, PhD (Psychology), Associate Professor, St.Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, e-mail: o.strizhitskaya@spbu.ru

*** *Murtazina Inna Ralifovna*, PhD (Psychology), Senior Lecturer, St.Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, e-mail: i.r.murtazina@spbu.ru

REFERENCES

1. Almagambetova D.T., Garipova A.Z. Zdorovyi obraz zhizni i fizkul'turno-ozdorovitel'naya deyatel'nost' v obshchestvennoi zhizni studentov [Elektronnyi resurs] [Healthy lifestyle and sports in the social life of student]. *Elektronnyi nauchno-prakticheskii zhurnal "Psikhologiya, sotsiologiya i pedagogika"* [Electronic scientific & practical journal "Psychology, sociology and pedagogy"], 2015, no. 4. Available at: <http://psychology.snauka.ru/2015/04/4413> (Accessed 28.07.2017).
2. Berezina T.N. Zdorovyi obraz zhizni kak faktor individual'noi prodolzhitel'nosti zhizni [Healthy lifestyle as factor of individual life expectancy]. *Psikhologiya obucheniya* [Psychology of Education], 2017, no. 6, pp. 143—155. (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Bobretsova S.V., Plaksin V.A. Zdorovyi obraz zhizni: teoriya i praktika [Molding a Healthy Lifestyle in nursing staff]. *Medsestra* [Nurse], 2010, no. 7, pp. 31—33. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Vasil'eva N.Yu. Predstavlenie o zdorovom obraze zhizni v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Conception of healthy lifestyle in adolescence and early adulthood]. *Vestnik YaGU* [Yaroslav State University Bulletin], 2009. Vol. 6 (4), pp. 103—108. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Vilenskii M.Ya., Borisov M.M. Zdorovyi obraz zhizni v protsesse professional'noi podgotovki budushchikh uchitelei [A healthy lifestyle in the training of future teachers]. Problemy fizicheskogo sostoyaniya i rabotosposobnosti detei i molodezhi: tez. dokl. Vseros. nauch.-prakt. konf. [Issues of physical state and capacity for work in children and youth: Proceedings of the All-Russian scientific and practical conference]. Moscow: Prometei MPGU, 1994, p. 22.
6. Grosheva E.S., Kartysheva S.I., Poletaeva I.A., Kondusova Yu.V. Problema ratsional'nogo pitaniya sovremennykh studentov pervokursnikov [The problem of the modern first-year students' balanced diet]. *Izvestiya VGPU* [Voronezh State Pedagogic University News], no. 3 (268), pp. 213—215. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Dobroradova L.V. Zdorovyi obraz zhizni kak ob"ekt issledovaniya v razlichnykh oblastiakh nauki [Healthy lifestyle as an object of research in various science fields]. *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Chelyabinsk State Pedagogic University Bulletin], 2009, no. 5, pp. 29—35. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Dudchenko Z.F. Otnoshenie k zdorov'yu u studentov [Attitude to health of students]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsial'noi raboty* [Scientific Notes Journal of Saint Petersburg State Institute of Psychology and Social Work], 2005. Vol. 5, pp. 31—33.
9. Dudchenko Z.F. Psikhologicheskoe obespechenie zdorovogo obraza zhizni lichnosti [Psychological support of a healthy lifestyle of a person]. In *Zdorovaya lichnost' [Healthy person]*. Saint Petersburg: Rech', 2013, pp. 356—367.
10. Dudchenko Z.F., Perfil'eva E.N. Dvigatel'naya aktivnost' kak faktor zdorovogo obraza zhizni: psikhologicheskie aspekty [Moving activity as a factor of the healthy way of life: psychological aspects]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsial'noi raboty* [Scientific Notes Journal of Saint Petersburg State Institute of Psychology and Social Work], 2009. Vol. 11 (2), pp. 105—109. (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Zhukovskaya L.V., Troshikhina E.G. Shkala psikhologicheskogo blagopoluchiya K. Riff [C. Ryff's Scale of Psychological Well-being]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2011. Vol. 32 (2), pp. 82—93. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Zalevskii G.V., Kuz'mina Yu.V. Nekotorye problemy psikhologii zdorov'ya i zdorovogo obraza zhizni [Some problems of health psychology and health style of life]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal of Siberia]*, 2010, no. 35, pp. 6—10. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Izutkin D.A. Kontseptual'nye osnovy vzaimosvyazi obraza zhizni i zdorov'ya: diss. ... dokt. filos. nauk. [Conceptual bases of interrelation between lifestyle and health. Dr. Sci. (Philosophy) diss.]. Novgorod, 2005. 356 p.
14. Karas' I.G. Dinamika samosokhranitel'nogo povedeniya kursantov pogranichnogo instituta v usloviyakh konstatiruyushchego eksperimenta [Dynamics of self-protection behavior of border college students under the conditions of diagnostic experiment]. *Vestnik MGU. Seriya: Psikhologicheskie nauki [Moscow University Psychology Bulletin]*, 2009, no. 1, pp. 119—125. (In Russ., abstr. in Engl.).
15. Karpin A.D., Aleksandrova L.M., Starinskii V.V. Mediko-sotsial'nye aspekty formirovaniya v Rossii kontseptsii zdorovogo obraza zhizni [Medical and social aspects of formation of the healthy lifestyle concepts in Russia]. *Russkii meditsinskii zhurnal [Russian Medical Journal]*, 2017, no. 14, pp. 995—999. (In Russ., abstr. in Engl.).
16. Kosenkova T.V., Dmitrenko L.B., Kravchuk E.V. Fizkul'turno-ozdorovitel'nye meropriyatiya kak faktor formirovaniya zdorovogo obraza zhizni invalidov [Sport and recreation activities as a factor of Healthy Lifestyle of the disabled]. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny [Applied Information Aspects of Medicine]*, 2016. Vol. 19 (2), pp. 77—82. (In Russ., abstr. in Engl.).
17. Lisitsyn Yu.P. Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie: ucheb. dlya vuzov. [Public health and healthcare: handbook] Moscow: GEOTAR-MED, 2002. 520 p.
18. Maratova A.M. Zdorovyi obraz zhizni — garmoniya zhizni i zdorov'e cheloveka [Healthy lifestyle — harmony of life and human health]. *Nauka i sovremennost' [Science and Modernity]*, 2013, no. 22, pp. 16—20.
19. Moskvicheva M.G., Bredikhina N.V. Problema zdorov'ya i zdorovyi obraz zhizni sovremennogo cheloveka (sotsiologicheskii analiz) [The problem of health and a healthy lifestyle of modern man (sociological analysis)]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Sotsial'no-gumanitarnye nauki [South-Ural State University Bulletin. Social-Humanitarian Sciences]*, 2006, no. 2 (57), pp. 196—201.
20. Nazarova I.B. Zdorov'e i samosokhranitel'noe povedenie zanyatogo naseleniya v Rossii: Avtoref. diss. ... dokt. ekon. nauk. [Health and self-protective behavior of the employed population in Russia. Dr. Sci. (Economy) Thesis]. Moscow, 2007. 37 p.
21. Petrush M.D., Murtazina I.R. Ponyatie "zdorovyi obraz zhizni" v psikhologicheskikh issledovaniyakh [The definition of "healthy lifestyle" in psychological research]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya i pedagogika [Saint Petersburg University Bulletin. Psychology and Pedagogy]*, 2018. Vol. 8 (2), pp. 152—165. doi:10.21638/11701/spbu16.2018.204 (In Russ., abstr. in Engl.).
22. Vasserman L.I., Vuks A.Ya., Iovlev B.V., Karpova E.B. (eds.). *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachei [Elektronnyj resurs] [Psychological diagnosis of the attitude to the disease: a manual for doctors]*. Saint

- Petersburg: Sankt-Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij psihonevrologicheskij institut im. V.M. Bekhtereva, 2005. Available at: <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf/> (Accessed 25.07.18).
23. Nikiforov G.S. (ed.). *Psikhologiya zdorov'ya: uchebnik dlya vuzov* [Health psychology: handbook]. Saint Petersburg: Piter, 2006. 607 p.
 24. Vikhlyaeva E.M. (ed.). *Rukovodstvo po endokrinnoi ginekologii: 3-e izd., dop.* [Guidance on endocrine gynecology: 3rd ed., revised and expanded]. Moscow: LLC "Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo", 2006. 784 p.
 25. Salov V.Yu. *Teoreticheskie i metodicheskie osnovy formirovaniya zdorovogo obraza zhizni uchashcheisya molodezhi sredstvami fizicheskoi kul'tury: diss. ... dokt. ped. nauk.* [Theoretical and methodological foundations of formation of a healthy lifestyle of young people by means of physical education. Dr. Sci. (Pedagogy)]. Saint Petersburg, 2001. 327 p.
 26. Smolenskii A.V., Kapustina N.V., Khafizov N.N. *Ozdorovitel'noe znachenie khod'by kak metoda profilaktiki zabolevanii i uvelicheniya prodolzhitel'nosti zhizni cheloveka* [Health-improving significance of walking as a method of preventing diseases and increasing a human life expectancy]. *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal], 2018, no. 1 (1), pp. 57—61. (In Russ., abstr. in Engl.).
 27. Strizhitskaya O.Yu. *Zdorovyi obraz zhizni i psikhologicheskoe blagopoluchie v period pozdnei vzroslosti i starenia* [Elektronnyi resurs] [Healthy lifestyle and psychological well-being in older adulthood and aging]. *Internet-zhurnal "Mir nauki"* [Online Journal "The World of Science"], 2017. Vol. 5 (6). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/101PSMN617.pdf> (Accessed 10.08.2018) (In Russ., abstr. in Engl.).
 28. Shumatov V.B., Krukovich E.V., Rasskazova V.N., Kuz'mina T.N. *Formirovanie zdorov'esberegayushchei sredy v meditsinskom vuze* [Elektronnyi resurs] [Formation of health-environment in medical university]. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy* [International Journal of Applied and Fundamental Research], 2014, no. 9—1, pp. 103—106. Available at: <http://applied-research.ru/ru/article/view?id=5798> (Accessed 05.08.2018).
 29. Yanichev D.P. *Kognitivnye aspekty samovospriyatiya lichnostnykh chert u patsientov s nevroticheskoi i nevrozopodobnoi simptomatikoi: diss. ... kand. psikhol. nauk.* [Cognitive aspects of self-perception of personality traits in patients with neurotic and neurosis-like symptoms. PhD (Psychology) diss.]. Saint Petersburg, 2006. 181 p.
 30. Beal C.C., Stuijferge A.K., Brown A. *Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome.* *Psychology, Health & Medicine*, 2009. Vol. 14 (3), pp. 343—353. doi:10.1080/13548500902730093
 31. Chen Y.C., Wu H.P., Hwang S.J., Li I.C. *Exploring the components of metabolic syndrome with respect to gender difference and its relationship to health-promoting lifestyle behaviour: a study in Taiwanese urban communities.* *Journal of Clinical Nursing*, 2010. Vol. 19, pp. 3031—3041. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03280.x.
 32. Fishbein M., Triandis H.C., Kanfer F.H. et al. *Factors influencing behavior and behavior change.* In A. Baum, T.A. Revenson, J.E. Singer (eds.). *Handbook of health psychology*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2001, pp. 3—18.
 33. Fries J.F. *Reducing disability in older age.* *Journal of the American Medical Association*, 2002. Vol. 288 (31), pp. 64—66.

34. Harris D.M., Guten S. Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of health and social behavior*, 1979. Vol. 20 (1), pp. 17—29.
35. Jackson E.S., Tucker C.M., Herman K.C. Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle. *Journal of American College Health*, 2007. Vol. 56 (1), pp. 69—74. doi:10.3200/JACH.56.1.69-74.
36. Lee R.L.T, Yuen L.A.J.T. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 2005. Vol. 22 (3), pp. 209—220. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.220304.x.
37. Luszczynska A., Hagger M. Health Behavior. In Y. Benyaamini, M. Johnstone, E.C. Karademas (eds.). *Assessment in health psychology*. Boston: Hogrefe Publishing, 2016, pp. 60—72.
38. Mašina T., Madžar T., Musil V., Milošević M. Differences in Health-Promoting Lifestyle Profile among Croating Medical students according to gender and year of study. *Acta clinica Croatica*, 2017. Vol. 56 (1), pp. 84—91. doi:10.20471/acc.2017.56.01.13.
39. Moudi A., Dashtgard A., Salehiniya H., Sadat Katebi M., Reza Razmara M., Reza Jani M. The relationship between health-promoting lifestyle and sleep quality in postmenopausal women. *BioMedicine*, 2018. Vol. 8 (2), pp. 34—40. doi:10.1051/bmdcn/2018080211
40. Pinar R., Celik R., Bahcecik N. Reliability and construct validity of the health-promoting lifestyle profile II in an adult Turkish population. *Nursing Research*, 2009. Vol. 58 (3), pp. 184—193. doi:10.1097/NNR.0b013e31819a8248.
41. Rolanda L. Johnson Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, 2005. Vol. 22 (2), pp. 130—137. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.220206.x
42. Tanjani P.T., Azadbakht M., Garmaroudi G. et al. Validity and Reliability of Health Promoting Lifestyle Profile II in the Iranian Elderly. *International Journal of Preventive Medicine*, 2016. Vol. 7, pp. 74. doi:10.4103/2008-7802.182731
43. Walker S.N., Hill-Polerecky D.M. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center, 1996, pp. 120—126.
44. Walker S.N., Schrist K.R., Pender N.J. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 1987. Vol. 36, pp. 76—81.
45. Wang Y., Wu L., Xia W. et al. Reliability and validity of Chinese version of the health-promoting lifestyle profile. *Chinese Journal of School Health*, 2007. Vol. 28, pp. 889—891.
46. Wei C-N., Harada K., Ueda K., Fukumoto K., Minamoto K., Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 2012. Vol. 17 (3), pp. 222—227. doi:10.1007/s12199-011-0244-8
47. Xiao L., Wang P., Fang Q., Zhao Q. Health-promoting Lifestyle in Patients after Percutaneous Coronary Intervention. *Korean Circulation Journal*, 2018. Vol. 48 (6), pp. 507—515. doi:10.4070/kcj.2017.0312

**ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПСИХОТЕРАПИИ**
**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL
PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ: НОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предлагаемая подборка зарубежных публикаций касается применения психометрических тестов в практике консультативной и клинической психологии и в научных исследованиях. Представленные статьи отражают современный уровень знания, последние находки и разработки, а также некоторые новые вызовы в области психологической диагностики. Следует отметить, что для англоязычной литературы характерно использование термина «психологическая оценка» — как более общего и менее медиализированного. Материалы выставлены по дате публикации.

Психометрические тесты являются одним из элементов психологической оценки (*psychological assessment*) человека. Цель психологической оценки: разобраться с аспектами сложного диагноза, помочь установить симптомы, копинг-стиль, личностные особенности или уточнить тип психотерапии или психотерапевта, оптимальные для достижения терапевтического эффекта. Другими элементами психологической оценки являются: интервью (обычно полуструктурированное), наблюдение за поведением, получение информации из других источников. В последнее время набирает популярность использование инновационных инструментов психологической оценки на основе компьютерной симуляции.

Для цитаты:

Психометрические тесты: новые исследования // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 191—203. doi: 10.17759/cpp.2018260310

В клинической практике психологическая оценка чаще всего применяется: 1) до начала лечения; 2) если терапия не дает эффекта (выявление факторов, ограничивающих позитивную динамику); 3) при необходимости решения практических проблем пациента (например, при возобновлении трудовой деятельности).

Интервью помогает выяснить текущую ситуацию, выявить проблемы и идентифицировать важные элементы личной истории. Оно также вовлекает пациента в процесс оценки.

Психометрическое тестирование помогает консультанту лучше понять своего клиента. Оно дает картину личностного типа, показывает, что этот человек любит, а что — нет, а также измеряет его личностные и профессиональные качества.

Тестов существует огромное количество — практически для оценки любой переменной. Для клинической диагностики наиболее релевантны: 1) тесты на интеллект и нейропсихологическое функционирование (например, исследование исполнительной функции, памяти, внимания, способности рассуждать и т. д.); 2) краткие шкалы измерения симптомов; 3) многопрофильные инструменты типа теста Роршаха, *MMPI*, которые совмещают в себе оценку личности, копинг-стиля и психопатологии; 4) «чисто» личностные инструменты, не оценивающие психопатологию. Тип инструмента выбирается в зависимости от поставленного вопроса, ресурса времени и затрат на тестирование. Серьезным ограничением для применения многих психометрических инструментов является фактор самоотчетности. В клинической психотерапии тестирование применяется скорее в порядке эксперимента или в ходе научного исследования.

В этом выпуске мы знакомим читателей с некоторыми последними исследованиями возможностей использования психометрии в консультативной и клинической практике, и научных исследованиях, с новыми инструментами, с возникающими вопросами и направлениями поиска ответов.

Личностные опросники: «мелкие» ответы на «глубокие» вопросы

Люди склонны считать, что их подлинную и глубинную суть можно выявить с помощью личностных опросников, и это их очень привлекает. Однако психологи заметили поразительную черту популярных тестов, претендующих на раскрытие подлинного Я человека. Многие утверждения плохо составлены — они могут быть расплывчатыми и навязывать выбор, не связанный с противоположными позициями. С другой стороны, тесты, созданные опытными личностными психологами, используют более прямые вопросы. Пример — личностный тест «Большая пя-

терка» (*Big Five Inventory*). Он не столько подразделяет людей на «типы», сколько награждает их баллами по ряду психологических измерений, в частности, по открытости новому опыту, добросовестности, экстраверсии, сговорчивости (доброжелательности) и нейротизму. Эта простота заложена изначально: психологи-исследователи знают, что чем труднее respondentам понять вопрос, тем этот вопрос хуже.

Американские психологи выполнили серию из пяти исследований с целью выяснить, какими эти тесты видятся неискушенным потребителям. Исследования показали, что люди смешивают трудности понимания утверждений с раскрытием их глубинной сути, скрытой в их подсознании. В результате популярные, но невалидные личностные тесты могут производить впечатление более глубоких, чем признанные инструменты социальной и личностной психологии. В первом исследовании участники сочли утверждения в популярном личностном тесте *Keirsey Temperament Sorter (KTS)* более трудными и лучше раскрывающими глубины их личности, по сравнению с утверждениями в опроснике «Большая пятерка». Второе и третье исследования воспроизвели этот эффект путем манипуляции трудностью утверждений в тесте. Четвертое и пятое исследования показали, что тот же эффект распространяется на менее прямые методы личностной оценки (например, связывание цвета с обычными понятиями). Авторы обсуждают модулирующие факторы и популярность низкокачественных личностных тестов.

Оригинал: *Stein R., Swan A.B. Deeply confusing: Conflating difficulty with deep revelation on personality assessment // Social Psychological and Personality Science. (publ. online) 2018. April 4. doi: 10.1177/1948550618766409*

Инструмент для скрининга высокофункционального аутизма больше ориентирован на мужчин

Диагностика аутизма — дело дорогое и по времени затратное, поэтому для отсеивания лиц без аутизма используются скрининговые инструменты. Вместе с тем, исследования последних лет поставили под сомнение способность точной идентификации людей с аутизмом одним из ведущих скрининговых инструментов — *Autism-Spectrum Quotient*. А недавно обнаружилась гендерная тенденциозность другого широко используемого опросника для оценки аутизма у взрослых с интеллектом нормальным или выше среднего — шкалы диагностики синдрома Аспергера (*Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised — RAADS-R*).

Исследование было выполнено британскими психологами. Они проанализировали данные RAADS-R более чем 200 человек с диагнозом аутизма и сравнили показатели мужчин и женщин в четырех областях:

это были трудности в социальных взаимоотношениях, трудности с речью, необычные сенсорные переживания или двигательные проблемы и особые фиксированные интересы. Для этих областей известны половые различия — так, женщинам лучше удается прятать свои социальные и коммуникативные проблемы, а у мужчин более очевидны, и, соответственно, легче выявляются фиксированные интересы. Анализ, выполненный исследователями, не обнаружил половых различий в показателях *RAADS-R* между мужчинами и женщинами по разделам социальных связей, речи и фиксированных интересов.

Авторы объясняют такой результат тем, что *RAADS-R* основывается на способности людей правильно судить о своих симптомах и сообщать о них, а половые различия могут обнаруживаться при оценке аутиста со стороны опытным клиницистом. По данным предшествующих исследований, у людей с аутизмом часто отсутствует критика к собственному поведению, и им трудно описать свои симптомы. Другое объяснение — это и другие исследования проводятся только на людях с аутизмом, получивших диагноз благодаря этим самым инструментам и тестам, которые изначально разрабатывались на мужской выборке, и, вполне вероятно, что они выявляют лишь женщин с более «мужским» профилем аутистического расстройства. В ходе анализа обнаружилось лишь одно половое отличие: женщины чаще мужчин сообщали о сенсорных переживаниях и моторных проблемах. Авторы указывают на необходимость разработки скринингового инструмента, позволяющего выявлять женский аутизм.

Оригинал: *Moseley R.L., Hitchiner R., Kirkby J.A.* Self-reported sex differences in high-functioning adults with autism: a meta-analysis // *Molecular Autism*. 2018. Vol. 9 (33). doi: 10.1186/s13229-018-0216-6

Нужны эффективные инструменты для диагностики депрессии у аутистов

По результатам нового исследования, существующие инструменты психологической оценки не позволяют эффективно диагностировать депрессию у взрослых с расстройством аутистического спектра (РАС). Это показал выполненный учеными британского Ноттингемского университета систематический обзор данных об инструментах оценки для диагностики взрослых с РАС, страдающих депрессией. На сегодняшний день нет валидизированных инструментов для оценки депрессии именно среди взрослых аутистов.

Руководитель исследования Сара Кассиди (*Sarah Cassidy*) сейчас работает над новым инструментом для этой цели: «Очень важно, чтобы мы могли эффективно выявлять депрессию у взрослых аутистов. К сожалению»

нию, существующие инструменты были разработаны для популяций не-аутистов, и они могут упустить уникальные и тонкие признаки депрессии у людей с РАС».

Проблемы психического здоровья в какой-то момент жизни испытывают 79% людей с РАС, и самой распространенной является депрессия. Депрессия, в свою очередь, повышает риск появления суицидальных мыслей и суицидального поведения. Трудности диагностики депрессии у людей с РАС обусловлены тем, что многие ее проявления совпадают с симптомами и особенностями поведения, характерными для аутизма как такового. В частности, это социальная отгороженность, трудности со сном и избегание контакта глазами.

В настоящее время диагностика депрессии основывается главным образом либо на интервью с клиницистом, либо на опросниках самоотчета, причем все они были разработаны для использования в общей популяции. «Существующие инструменты полагаются на самоотчет пациентов, на их способность рефлексировать и сообщать о личном эмоциональном переживании — а это крайне трудно для аутистов, а для многих просто невозможно. На наш взгляд, аутистам нужны специфические вопросы, позволяющие «поймать» их уникальную презентацию депрессии, например, касающиеся изменений в социальной отгороженности, паттернах сна, чувствительности к окружению, стереотипного поведения или потери интереса к тому, что ранее очень сильно привлекало человека», — отмечают авторы.

Оригинал: *Cassidy S.A., Bradley L., Bowen E. et al. Measurement properties of tool used to assess depression in adults with and without autism spectrum conditions: A systematic review // Autism Research. 2018. Vol. 11 (5). P. 738—754. doi: 10.1002/aur.1922*

Некорректные методы исследования завышают показатели распространённости депрессии

Распространенная практика использования скрининговых опросников на основе самоотчета пациентов, а не диагностических интервью, проводимых исследователями, привела к завышенной оценке распространённости депрессии, — сообщают канадские ученые. «Эти исследования неправильно представляют подлинный уровень депрессии и искажают его подчас драматическим образом, что осложняет задачу направления необходимых ресурсов для решения проблем пациентов», — отмечает ведущий автор исследования Бретт Томбс (*Brett Thombs*). «Опросники самоотчета предназначены для использования при первичной оценке и в целях широкого выявления лиц, у которых могут быть

трудности в сфере психического здоровья. Но для определения диагноза и возможных иных проблем требуется более тщательная оценка». По мнению авторов, исследователи часто используют опросники самоотчета, потому что диагностические интервью затратны по времени и дороги с точки зрения организации. «Кроме того, исследования с броскими результатами имеют больше шансов на публикацию в журналах с высоким импакт-фактором и привлекают больше внимания, чем работы с более скромными данными. Это тоже может подтолкнуть некоторых исследователей к использованию данных самоотчета, а не к организации соответствующих диагностических интервью».

Оригинал: *Thombs B.D., Kwakkenbos L., Levis A.W., Benedetti A.* Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires // Canadian Medical Association Journal (CMAJ). 2018. Vol. 190 (2). P. 44—49. doi: 10.1503/cmaj.170691

В опросах мы завышаем наши негативные чувства

Новое исследование психологов показало, что при опросах мы склонны завышать наши негативные чувства и симптомы. Со временем эта тенденция исчезает, но результаты указывают на возможность неправильной интерпретации замеров здоровья и благополучия, значимых для медицинских заключений и определяющих направления развития научных исследований в области здоровья. «Понимание величины этого искажения крайне важно для точной интерпретации результатов обследований, включающих в себя субъективные данные самоотчета о чувствах и симптомах», — говорит один из авторов профессор из Университета Нью-Йорка Патрик Шраут (*Patrick Shrout*). Работа опубликована в журнале *PNAS*.

Уже давно существует понимание того, что опросники являются очень несовершенным инструментом для измерения настроения и эмоций. Но они, тем не менее, позволяют понять предпочтения людей, их страхи и приоритеты, что важно для определения дальнейшей политики. Менее ясно, например, то, насколько точно наши эмоции повторно измеряются такими инструментами на протяжении времени, хотя именно таким способом принято оценивать изменения в симптомах, отношении и благополучии. Психологическая литература сообщает о том, что показатели сообщений о тревоге, депрессии и физических симптомах со временем снижаются, независимо от обстоятельств исследования людей. Чтобы изучить это снижение, ученые провели четыре отдельных эксперимента, в которых участников несколько раз на протяжении определенного промежутка времени просили сообщить об их тревоге, физи-

ческих симптомах и уровне энергии. В трех исследованиях из четырех участников ожидало впереди стрессовое событие (трудный экзамен), и предполагалось, что по мере его приближения у участников будет выше тревога и больше физических жалоб типа головной боли и расстройств сна. В четвертом исследовании студентов просили заполнять опросник каждые два месяца на протяжении учебного года. Во всех исследованиях участники сообщили о более высокой тревоге и уровне симптомов при первом заполнении опросника, в сравнении с более поздними заполнениями, хотя можно предположить, что по мере приближения стрессового события показатели тревоги и физических симптомов должны были увеличиваться. Авторы связывают такой паттерн в большей степени с завышенной оценкой дистресса и симптомов при первом заполнении, чем с заниженной оценкой при последующих заполнениях.

Оригинал: *Shrout P.E., Stadler G., Lane S.P. et al. Initial elevation bias in subjective reports // PNAS. 2017. Vol. 115(1). E15—E23. doi:10.1073/pnas.1712277115. doi:10.1073/pnas.1712277115*

Что происходит в области психологической оценки?

С целью выяснить, какие статьи представляют интерес для сообщества и для профессионального журнала, а также выявить потенциальные ниши в области психологической оценки, главный редактор Европейского журнала психологической оценки (*European Journal of Psychological Assessment*) Самуэль Грейф (*Samuel Greiff*) произвел в базе *Web of Science* поиск публикаций по словам *psychological* и *assessment* в периоды 2014—2016 и 2008—2010. Результаты своего исследования автор излагает в редакционной статье. По полученным данным Грейф делает два вывода: 1) область психологической оценки переживает подъем; 2) в оценке заметный акцент делается на областях клинической, когнитивной и педагогической психологии, далее следуют вопросы методологии и личностная оценка. Поразительно мало публикаций дал поиск по словам «промышленная оценка» и «организационная оценка».

Автор отмечает, что «... мы живем в мире постоянных перемен, и современные технологии значительно изменили способы функционирования общества». Не осталась в стороне от этих процессов и психологическая оценка — в ней возрастает роль инновационных инструментов на основе компьютерной симуляции, использующих поведенческие и процедурные данные с целью совершенствования процесса оценки или в попытке «поймать» новые конструкторы.

Вместе с тем классические тесты оценки интеллекта и личностные опросники, использующие карандаш и бумагу, были, есть и будут оставаться

стержнем психологической оценки. Инновационные методы и инструменты оценки пока представлены в литературе очень незначительно (менее 1%).

Грейф подчеркивает, что независимо от контента миссия журнала, а также область психологической оценки в целом опираются на три столпа: 1) тесная связь с психологической наукой; 2) акцент на психологической оценке с точки зрения развития знания; 3) качество и транспарентность (высокие научные стандарты, рецензирование коллег, доступность рабочих материалов). В частности, Грейф обращает внимание на то, что инструмент оценки должен опираться на психологическую теорию. «Это казалось бы очевидное требование, но поразительно, как часто эта простая и в то же время фундаментальная предпосылка не соблюдается», — пишет автор. «Слишком часто название инструмента оценки и его ярлык принимаются за подлинное содержание, и при этом остается неясным, как утверждения инструмента соотносятся с соответствующей теоретической дефиницией».

Оригинал: *Greiff S.* The field of psychological assessment: Where it stands and where it's going — A personal analysis of foci, gaps, and implications for EJPA // *European Journal of Psychological Assessment*. 2017. Vol. 33 (1). P. 1—4. doi: 10.1027/1015-5759/a000412

Насколько стабильны личностные показатели в юности?

Ученые исследовали устойчивость личностных показателей в подростковом и молодом взрослом возрасте по данным теста «Большая пятерка». На материале данных двух крупных и отчасти совпадающих когорт нидерландских подростков, содержащих до семи волн лонгитюдной информации каждая ($N=2230$), изучались стабильность личностных черт «Большой пятерки», их паттерны, изменения и соразвитие в парах с друзьями и братьями/сестрами (сиблингами) в возрасте от 12 до 22 лет. Под соразвитием имеется в виду тенденция у членов пары или группы демонстрировать взаимосвязанное развитие определенных характеристик по причине социальной связи. В результате анализа личностных данных самоотчета целевой группы подростков, их друзей и братьев/сестер всех волн исследования, ученые обращают внимание на следующие находки.

Ранговая устойчивость личностных черт была значительной уже в возрасте 12 лет; она сильно возрастала в раннем и среднем подростковом возрасте и оставалась довольно стабильной в позднем подростковом и раннем взрослом возрасте.

Обнаружено линейное среднего уровня нарастание добросовестности у девочек, сговорчивости у обоих полов и открытости новому опыту у мальчиков. Также установлены временные (в форме U) провалы по до-

бросовестности у мальчиков и по эмоциональной стабильности и экстраверсии у девочек, а также рост, а затем снижение (в форме J) по открытости к новому опыту у девочек. Выявленная личностная регрессия оказалась краткосрочной, и в старшем подростковом возрасте прежние положительны черты подростков восстановились.

Подростки показали значительные индивидуальные различия в степени и направленности изменений личностных черт, особенно по параметрам добросовестности, экстраверсии и эмоциональной стабильности.

Не обнаружено свидетельств конвергенции личностных черт, корреляционных изменений или отложенного во времени эффекта у партнера в парах с друзьями или сиблингами. Такое отсутствие свидетельств со-развития указывает на то, что друзья и сиблинги подростков меняются независимо друг от друга и их общий опыт не оказывает одинакового влияния на их личностные черты.

Среди ограничений исследования авторы называют использование сравнительно короткого опросника «Большой пятерки» (6 утверждений на один параметр), что затрудняет проведение тонкого анализа со-развития по измерениям более низкого уровня.

Оригинал: *Borghuis J., Denissen J.J.A., Oberski D. et al. Big Five personality stability, change, and codevelopment across adolescent and early adulthood // Journal of Personality and Social Psychology. 2017. Vol. 113 (4). P. 641–657; doi: 10.1037/pspp0000138*

Разработка кратких версий Шкалы трудностей эмоциональной регуляции

За последние несколько лет произошли впечатляющие перемены в области аффективной клинической науки. Важной частью исследований по этому разделу знания является понимание эмоциональной регуляции и дисрегуляции и, в частности, различий в способности людей идентифицировать свои эмоциональные переживания, принимать их и управлять ими. Одним из наиболее распространенных и часто цитируемых инструментов измерения эмоциональной дисрегуляции является Шкала трудностей эмоциональной регуляции (*Difficulties in Emotion Regulation Scale — DERS, Gratz & Roemer 2004*), которая активно используется с целью изучения ассоциаций между эмоциональной дисрегуляцией и психиатрическими симптомами, иными связанными с эмоциями конструктами, а также с позитивной динамикой в ходе терапии. При всей пользе этой шкалы, у нее есть существенное неудобство — она длинна, и это ограничивает ее использование, например, в процессе лечения или в крупномасштабных эпидемиологических исследованиях.

Исследователи из США предложили краткую версию шкалы *DEERS* (*DEERS-18*), в которую попали самые сильные утверждения из шести подшкал изначального варианта, и валидизировали этот вариант в пяти наборах данных, которые варьировали по возрасту и типу выборки. Результаты показывают, что краткая форма *DEERS* из 18 пунктов демонстрирует ту же структуру, что и оригинальный инструмент из 36 пунктов, а также великолепную надежность и валидность. По мнению авторов, краткая версия *DEERS-18* обладает потенциалом улучшения оценки эмоциональной регуляции и расширения ее применения при снижении нагрузки на участников исследования.

Ранее свой краткий вариант шкалы *DEERS*, но из 16 пунктов, предложила группа шведских и американских ученых. По данным исследования, *DEERS-16* сохраняет отличную внутреннюю согласованность, хорошую надежность изначального и последующего тестирования, а также хорошую конвергентную и дискриминантную валидность.

Оригиналы: Victor S.A., Klonsky E.D. Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DEERS-18) in five samples // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2016. Vol. 38(4). P. 582—589; doi: 10.1007/s10862-016-9547-9; Bjureberg J., Ljotsson B., Tull M.T. et al. Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: the DEERS-16 // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2016. Vol. 38 (2). P. 284—296; doi: 10.1007/s10862-015-9514-x

Роль пятифакторной модели в личностной оценке и планировании лечения

Два десятилетия назад Харкнес и Лиленфелд (*Harkness and Lilienfeld, 1997*) опубликовали основополагающую статью, в которой сформулировали потенциальную роль личностной оценки в планировании лечения. Тогда они выделили четыре крупных области применения: 1) обеспечение информации о направлении приложения усилий с целью достижения изменений; 2) способствование реалистическим ожиданиям от терапевтических вмешательств; 3) облегчение выбора соответствующего случаю эффективного лечения; 4) способствование усилению саморазвития. Авторы из Университета Торонто представили обзор литературы о роли личностной оценки в лечении, используя в качестве рамочной конструкции четыре вышеупомянутых рекомендации. Ученые приходят к выводу о необходимости продолжения научных исследований и проверки, в частности, следующего:

а) в какой мере изменения в адаптации характеристик опосредуют воздействие базовых личностных тенденций на улучшение симптомов;

- б) влияние личности на мотивацию к лечению и приверженность к выполнению домашних заданий;
- в) роль личности в прогнозировании различных аспектов психотерапии;
- г) эффективность техник оценки психотерапии с использованием замеров универсальных личностных черт.

Авторы также отмечают, что, несмотря на некоторые достижения последних двух десятилетий, клиническим психологам следует возвращать в себе и развивать понимание значимости личностной оценки в усилении воздействия терапевтических интервенций. Данные личностной оценки позволят психотерапевтам и специалистам смежных профессий выбрать адекватные модальности терапии и помогут в составлении плана лечения, что, в свою очередь, способствует оптимизации терапии.

Оригинал: *Bagby R.M., Gralnick T.M., Al-Dajani N., Uliaszek A.A.* The role of the five-factor model in personality assessment and treatment planning // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2016. Vol. 23 (4). P. 365—381. doi: 10.1111/cpsp.12175

Личностный опросник для DSM-5

В настоящее время происходит сдвиг парадигмы личностной психопатологии от сугубо категориальной к основанной на дименсиональных индивидуальных различиях. Раздел III (*Emerging Measures and Models*) американской *DSM-5*, например, включает в себя гибридную категориально-дименсиональную модель классификации личностных расстройств. Для применения данной гибридной модели рабочая группа по разделу «Личность и личностные расстройства» разработала инструмент самоотчета для оценки патологических черт личности — так называемый Личностный опросник для DSM-5 (*Personality Inventory for the DSM-5*, или *PID-5*). Этот инструмент был предложен профессиональному сообществу для научных исследований с целью выяснения возможностей его дальнейшего клинического применения. Опросник состоит из 220 утверждений, оценивающих 25 личностных черт по четырехбалльной шкале от 0 до 3.

С момента начала применения *PID-5* опубликовано 30 статей (на материале 39 выборок), посвященных различным аспектам его психометрических характеристик. В статье канадских исследователей из Университета Торонто, опубликованной в *Journal of Personality Assessment*, дается обзор психометрических характеристик *PID-5*, если подходить к ним со стороны стандартов образовательного и психометрического тестирования. *PID-5* показывает адекватные психометрические качества, включая воспроизводимую факторную структуру, близость к существующим лич-

ностным инструментам и ожидаемые ассоциации с широко концептуализированными клиническими конструктами. Авторы указывают на необходимость увеличения числа исследований, посвященных клиническому применению опросника, дополнительным формам надежности и валидности, отношениям с психопатологическими личностными чертами в клинических выборках, альтернативным методам установления критериев валидации, эффективному применению показателей отсекаемости.

Оригинал: *Al-Dajani N., Gralnick T.M., Bagby R.M.* A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions // *Journal of Personality Assessment*. 2016. Vol. 98 (1). P. 62—81. doi: 10.1080/00223891.2015.1107572

Попытка измерить ментализацию

Наличие способности к ментализации или ее развитие — это общий фактор для различных форм психотерапии (КПТ, межличностная, клиент-ориентированная, психодинамическая, системная и т. д.), а также основополагающее качество пациента и терапевта в общей психиатрической практике. По настоящее время не было удобного в применении инструмента, который бы позволил клиницистам измерить характер и степень способности пациента к ментализации. Шкала рефлексивного функционирования (*Reflective Functioning Rating Scale — RFRS*) была разработана для удовлетворения потребности в подобных измерениях.

Два нидерландских психиатра поставили перед собой цель исследовать структуру, надежность, валидность и практическую пользу от этой новой шкалы в психотерапевтической популяции. С помощью существующей инфраструктуры и рутинного мониторинга исхода в изучаемых выборках было выполнено поперечное исследование среди пациентов, получающих психотерапию, и их психотерапевтов.

Результаты — утверждения шкалы *RFRS* можно было сгруппировать в три клинически значимые измерения: адекватная ментализация (АМ), заблокированная ментализация (ЗМ) и нементализируемое поведение (НМП). В первых двух измерениях обнаружена отличная внутренняя согласованность, а в третьем (НМП) — плохая. Неудовлетворительной была гомогенность оценок (*inter-rater reliability*) для всех трех шкал. Разочарование вызвали концептуальная и текущая валидность. И, наконец, польза от этого инструмента, по мнению использовавших ее психотерапевтов, была ниже установленного стандарта. Три из 13 участвовавших в исследовании психотерапевтов сочли заполнение опросника серьезной нагрузкой, и четыре психотерапевта заявили, что не собираются использовать эту шкалу по завершении исследования.

Вывод: понятие «ментализация» часто используется в психотерапевтической и психиатрической практике. Но пока еще нет инструмента, который бы позволил клиницистам измерить характер и степень ментализации. В настоящем виде шкала *RFRS* не соответствует установленным стандартам.

Оригинал: *Kemps S.J.L.M., Kooiman C.G.* Het meten van mentaliseren; een poging met de Reflective Functioning Rating Scale // *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2015. Vol. 57 (9). P. 645—655.

Составитель-переводчик: Елена Можжаева

PSYCHOMETRIC TESTING: NEW STUDIES

The selection of foreign publications we offer touches upon the use of psychometric tests in the practice of counseling and clinical psychology and in scientific studies. The presented papers reflect the state of the art knowledge, recent findings and developments and some new challenges in the field of psychological diagnostics. Noteworthy, English papers use the term “psychological assessment” in a more general and less medicalized sense. The materials are ordered by publication date. (Translated by Elena Mozhaeva).

For citation:

Psychometric Testing: New Studies. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 191—203. doi: 10.17759/cpp.2018260310. (In Russ., abstr. in Engl.)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор
Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, профессор
Майденберг Эмануэль (США) — доктор психологии, клинический профессор психиатрии

Польская Наталия Анатольевна — заместитель главного редактора, доктор психологических наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, профессор
Холмогорова Алла Борисовна — главный редактор, доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — доктор естественных наук, психотерапевт

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор
Бек Джудит (США) — доктор психологии, клинический профессор

Гулина Марина Анатольевна (Великобритания, Россия) — доктор психологических наук, профессор

Кадыров Игорь Максумович — кандидат психологических наук, доцент
Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор
Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицины, доктор философии, профессор
Лэнгле Альфريد (Австрия) — доктор медицины, доктор философии, почетный доктор, приват-доцент, профессор

Орлов Александр Борисович — доктор психологических наук, профессор
Осорина Мария Владимировна — кандидат психологических наук, доцент
Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологии, почетный профессор
Петренко Виктор Федорович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАН

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор
Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент
Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицины, психолог

Щелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор
Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 50 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристаетные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы сделаны в WORD или EXCEL.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml