

Рассказова Е.И., Плужников И.В. Психодиагностика уровня когнитивного инсайта: результаты апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А.Бека



English version: [Rasskazova, E.I., Pluzhnikov, I.V. Psychodiagnostics of cognitive insight: the results of trying and testing the Russian version of the Beck Cognitive Insight Scale](#)

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

В когнитивной теории А.Бека под когнитивным инсайтом подразумевается возможность оценки и коррекции ошибочных или не соответствующих ситуации убеждений и ложных интерпретаций. Данная работа посвящена разработке и апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта. Выборка: 1029 человек в возрасте от 16 до 77 лет. Показано, что русскоязычная версия шкалы когнитивного инсайта полностью соответствует англоязычной версии в отношении надежности–согласованности и внутренней структуры пунктов, а также характеризуется высокой ретестовой надежностью. Внешняя валидность методики подтверждается значимыми связями уровня когнитивного инсайта с выраженностью психопатологической симптоматики, поиском социальной поддержки, рефлексивностью и жизнестойкостью. По результатам регрессионного анализа уровень когнитивного инсайта позволяет независимо от выраженности психопатологической симптоматики предсказать готовность обращения за психотерапевтической помощью.

Ключевые слова: когнитивный инсайт, метакогнитивные функции, шкала когнитивного инсайта А.Бека, психодиагностика, психометрическая проверка

Представления о рефлексии и критичности к собственному опыту являются одними из центральных для современной когнитивной психологии, где они часто описываются в структуре метакогниций. В самом общем виде под метакогнитивными функциями (или процессами) понимается познавательная активность субъекта, направленная на собственную психику. Речь идет о таких феноменах, как мышление о мышлении, память о памяти, эмоциональный интеллект и др. Как указывает А.В.Карпов [Карпов, 2004, с. 75], «метакогнитивные процессы двуедины по своей психологической природе: являясь когнитивными по механизмам, они регулятивны по направленности, то есть по функциональному предназначению». Понятие метакогнитивных процессов открывает возможность интегративной характеристики регуляторных функций человека с учетом различных субъективных критериев оценки ситуации, что и обуславливает интерес исследователей к данной проблематике. Особую актуальность исследования метакогниций приобретают в ситуации болезни, где произвольная регуляция деятельности субъекта в значительной степени подчинена адаптационным задачам, что приводит к актуализации особой познавательной активности – познания себя в болезни. Интегративные представления и переживания в отношении симптомов и причин болезни («инсайт болезни» [Тхостов и соавт, 2007; Иржевская, 2009]), которые формируются в результате, начинают выполнять регулирующую функцию, определяя мотивацию лечения, готовность к лечению и поведение больного. В свою очередь, эти психологические и поведенческие составляющие являются ключевыми для эффективности лечения психических заболеваний [там же]. Иными словами, инсайт болезни является центральным метакогнитивным новообразованием, выполняющим функцию регуляции деятельности субъекта в особых условиях ограниченной адаптации.

Несмотря на интерес психологов к проблеме метакогнитивных функций, на настоящий момент можно

выделить два существенных ограничения в этой области. Первое ограничение связано с отсутствием единых представлений об их критериях и структуре, что сужает возможности эмпирических исследований в норме [Orfei et al., 2011]. Второе касается изучения рефлексивности и критичности у больных психическими заболеваниями, которое, как правило, основывается на диагностике уже упомянутого инсайта болезни. Нарушения регуляторных и познавательных процессов при психических заболеваниях проявляются во всей деятельности человека, а не только в отношении его к болезни. Соответственно, понятие инсайта болезни характеризует лишь узкую область изменений в системе познавательных процессов, не позволяя выявить закономерности нарушений умозаключений в целом [Beck et al., 2004]. Для преодоления этих затруднений А.Бек предложил понятие когнитивного инсайта.

В когнитивной теории А.Бека под *когнитивным инсайтом* подразумевается возможность оценки и коррекции ошибочных или не соответствующих ситуации убеждений и ложных интерпретаций. А.Бек рассматривает когнитивные процессы, необходимые для оценки и переоценки собственного опыта: дистанцирование, объективация, рассмотрение в перспективе, самокоррекция [Beck et al., 2004]. Ошибки и трудности интерпретации реальности распространены и в норме, нередко являясь причиной так называемых автоматических мыслей [Бек, 2006]. Однако особую актуальность они приобретают при психических заболеваниях. С точки зрения А.Бека, способность пересмотреть свои умозаключения в наибольшей степени нарушается при психотических состояниях, где является одной из ключевых причин нарушения осознания собственного психического заболевания и необходимости лечения [Beck et al., 2004]. Для диагностики когнитивного инсайта была предложена шкала когнитивного инсайта А.Бека, включающая две субшкалы: саморефлексивности и самоуверенности. В целом когнитивный инсайт характеризует отношение человека к своему опыту, являясь мерой возможности сопоставить свое мнение и ситуацию (в том числе мнение окружающих людей). Если в отношении психических заболеваний, где восприятие, представления и переживания могут быть искажены, важность таких сопоставлений очевидна, содержание и функции когнитивного инсайта в норме могут отличаться от его содержания и функций в патологии [Orfei et al., 2011]. Так, частые «проверки» себя могут свидетельствовать не только о рефлексивности, но и о высоком уровне тревоги и неуверенности в себе. В связи с этим ниже приведен обзор клинико-психологических исследований когнитивного инсайта, а затем рассматриваются особенности когнитивного инсайта в норме.

Соотношение клинического и когнитивного инсайта. Исторически понятие когнитивного инсайта противопоставляется так называемому клиническому инсайту: осознанию наличия психического заболевания и его симптомов, а также необходимости лечения [Иржевская, 2009], что и определило основной фокус внимания исследователей. С позиций модели А.Бека нарушение когнитивного инсайта (невозможность отстраниться от своего опыта и нечувствительность к корректирующей обратной связи) в этом понимании тесно связано с искажением восприятия и мышления и составляет центральное звено патогенеза психотического состояния. Неспособность осознать наличие психического заболевания является закономерным следствием этого процесса.

Соответственно, основной интерес исследователей привлекали особенности когнитивного инсайта в норме и патологии, его соотношение с «клиническим» инсайтом, а также его динамика при психотерапии. В норме уровень когнитивного инсайта выше, чем при психических заболеваниях [Martin et al., 2010; Kao et al., 2011]. Было показано, что у страдающих психотическими заболеваниями по сравнению с больными психическими заболеваниями, не переживающими психоза, уровень когнитивного инсайта снижен (Beck et al., 2004). Более детальные исследования установили, что уровень когнитивного инсайта при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве не различается и ниже по сравнению с депрессивным расстройством [Colis et al., 2006]. Интересно, что если при биполярном расстройстве последний эпизод был эпизодом мании, уровень когнитивного инсайта был ниже, чем если последний эпизод был депрессивным или смешанным. При шизофрении как саморефлексивность, так и самоуверенность были ниже у больных в психотическом состоянии по сравнению с больными без актуальной психотической симптоматики [Bora et al., 2007]. За время госпитализации несколько улучшались показатели саморефлексивности, тогда как самоуверенность оставалась стабильной.

В целом когнитивный инсайт был связан с осознанием факта заболевания и наличия бредовых расстройств [Beck et al., 2004; Uchida et al., 2009]. Данные о связи когнитивного инсайта с депрессивной симптоматикой неоднозначны: так, в исследовании А.Бека с соавторами нарушение

когнитивного инсайта было связано с выраженностью депрессивной симптоматики только у больных с депрессивным расстройством, чего не отмечалось при шизофрении и шизоаффективных расстройствах [Beck et al., 2004], тогда как по другим данным депрессия связана с уровнем когнитивного инсайта и при шизофрении, но не связана в норме [Kao et al., 2011].

Изменения в уровне когнитивного инсайта были связаны с изменениями в уровне позитивной и негативной симптоматики [Beck et al., 2004]. Высокий уровень когнитивного инсайта в начале когнитивно-бихевиоральной терапии психозов предсказывал меньшую выраженность бредовых расстройств к концу лечения [Perivoliotis et al., 2010]. Кроме того, улучшение когнитивного инсайта в процессе психотерапии было связано с клинически достоверным снижением выраженности бредовых расстройств и вербальных галлюцинаций.

Приведенные данные свидетельствуют об актуальности оценки и коррекции когнитивного инсайта в клинической практике, а также о важности его роли в формировании представлений о болезни и переживаний больных.

Когнитивный инсайт в структуре метакогнитивных функций. Данные о когнитивном инсайте в норме не столь однозначны. С одной стороны, способность к дистанцированию от собственного опыта, переоценке ситуации и учету мнения других важны как для эффективности деятельности, так и для психологического благополучия человека. С другой стороны, остается неясным, кто может быть в человеческой ситуации (и может ли быть вообще) экспертом, разбирающимся лучше, чем сам человек. Насколько позитивной в этом случае является склонность доверять мнению других, а не своему мнению? Помимо этого, чрезмерная неуверенность в своих мыслях и чувствах в норме может быть обусловлена тревогой и низкой самооценкой, что отрицательно сказывается на благополучии. Для ответа на эти вопросы необходимы как дальнейшая методологическая разработка понятия когнитивного инсайта, определяющая его место среди регуляторных и метакогнитивных функций, так и дальнейшие исследования, посвященные когнитивному инсайту у психически здоровых испытуемых [Orfei et al., 2011]. В ряде исследований были предприняты попытки выявить связь когнитивного инсайта с нейрокогнитивным функционированием, в первую очередь, регуляторными процессами, однако эти сравнения проводились, в основном, на модели психических заболеваний. Так, было показано, что при шизофрении самоуверенность связана (хотя и в средней степени) с нарушением регуляторных функций по данным нейропсихологического обследования, тогда как в отношении саморефлексивности такой связи не выявлено [Cooke et al., 2010]. Согласно другим данным, самоуверенность у больных шизофренией связана со снижением зрительной и вербальной рабочей памяти, а также с трудностями исправления собственных ошибок, то есть с дефицитом произвольной регуляции [Orfei et al., 2010].

Недавние исследования здоровых лиц подтверждают предположение о неоднозначности функций когнитивного инсайта в норме, позволяя пересмотреть предположения о том, что низкий уровень когнитивного инсайта является обязательным атрибутом нарушения регуляторных функций [Orfei et al., 2011]. Так, было показано, что у психически здоровых испытуемых уровень когнитивного инсайта положительно коррелирует с персевераторными ошибками при нейропсихологическом обследовании. Авторы делают вывод о том, что высокий уровень самоуверенности и низкий уровень саморефлексивности, будучи дисфункциональными особенностями при психических заболеваниях, могут способствовать успешной адаптации в норме.

Таким образом, если при психотических нарушениях когнитивный инсайт является важнейшей способностью, определяющей осознание болезни и имеющий положительное прогностическое значение в отношении течения болезни, в норме его влияние на деятельность и благополучие неоднозначно. Можно предположить, что высокий уровень инсайта отражает не только рефлексивные процессы, но и неуверенность и тревогу. В этом случае при возникновении трудностей когнитивный инсайт способствует быстрому их выявлению и обращению за помощью, тогда как в «спокойной» ситуации он связан со снижением психологического благополучия и эффективности деятельности вследствие тревоги.

В целом, несмотря на описанные методологические и эмпирические трудности, понятие когнитивного инсайта является на настоящий день одной из наиболее разработанных попыток интегративной оценки рефлексивных процессов и критичности к собственному опыту. Задачей

дальнейших исследований является выявление места когнитивного инсайта в структуре метакогнитивных функций, в особенности у психически здоровых лиц.

Целью данной работы является апробация русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А.Бека, а также выявление связи когнитивного инсайта с особенностями саморегуляции, совладания со стрессом и качества жизни у здоровых испытуемых.

Выборка и схема исследования

В исследовании приняли участие 1029 человек в возрасте от 16 до 77 лет, студенты вузов различных специальностей (первое и второе высшее образование) и сотрудники предприятий г. Москвы, не имеющие (по данным самоотчета) психических, неврологических и тяжелых соматических заболеваний на момент обследования (табл. 1). Среди испытуемых со средним и средним специальным образованием было меньше мужчин, чем среди испытуемых с неоконченным высшим и высшим образованием ($\chi^2 = 6,8$, $df = 2$, $p < 0,05$). Как и ожидалось, испытуемые с разным уровнем образования также значимо различались по возрасту ($F = 224,3$, $df = 2$, $p < 0,01$): попарное сравнение групп *post hoc* по критерию Шеффе показало, что испытуемые с высшим образованием значимо старше испытуемых со средним, средним специальным и неоконченным высшим образованием.

Таблица 1

Характеристики выборки

Характеристики выборки апробации	Всего	Образование		
		Среднее и среднее специальное образование	Неоконченное высшее образование	Высшее образование
Количество испытуемых (% в общей выборке)	1029 (100%)	214 (20,8%)	483 (46,9%)	332 (32,3%)
Количество мужчин (% мужчин)	345 мужчины (33,5%)	59 мужчин (27,6%)	168 мужчин (34,8%)	118 мужчин (35,5%)
Средний возраст (М / δ)	25,0 $\pm$ 10,0 лет	22,1 $\pm$ 8,6 лет	20,8 $\pm$ 5,3 лет	33,1 $\pm$ 11,1 лет

Все испытуемые отвечали на вопросы Шкалы когнитивного инсайта А.Бека.

Процедура разработки русскоязычной версии Шкалы когнитивного инсайта А.Бека состояла из следующих этапов.

1. Перевод и подготовка текста методики на русском языке. Шкала состоит из 15 пунктов, оцениваемых по шкале Лайкерта, и оценивает саморефлексивность и самоуверенность человека при интерпретации собственного опыта. Для выявления трудностей понимания пунктов методики текст обсуждался с 15 испытуемыми без психических заболеваний. В целом методика была понятна, хотя некоторые формулировки, содержащие указания на необычные переживания (например, «Окружающие могут лучше понимать причины того необычного, что со мной происходит, нежели я сам»), могли вызывать трудности. Поскольку нашей целью было соответствие русскоязычного варианта оригиналу, мы сохранили авторские формулировки.

2. Сбор данных для оценки психометрических показателей опросника.

3. Оценка распределения пунктов, надежности и внутренней структуры методики. На данном этапе рассчитывались показатели описательной статистики, выявлялись надежность–согласованность пунктов, ретестовая надежность (по результатам повторного тестирования подвыборки испытуемых) и структура шкал методики (на основе корреляционного и конфирматорного факторного анализа).

Психометрические показатели русскоязычной версии сопоставлялись с оригинальными показателями, установленными как в исследованиях психически здоровых испытуемых, так и в клинических выборках. Так, надежность–согласованность субшкалы саморефлексивности, по данным разных исследователей, варьирует в диапазоне 0,68–0,82, субшкалы самоуверенности – 0,55–0,71 0,60 [Perivoliotis et al., 2010]. Факторный анализ как в клинической (например, Beck et al., 2004), так и в контрольной группах [Martin et al., 2010] позволил выявить два фактора, соответствующих субшкалам саморефлексивности и самоуверенности. В серии исследований была установлена высокая ретестовая надежность шкалы [Martin et al., 2010; Uchida et al., 2009].

4. Выявление связи социально-демографических характеристик (пола, возраста, образования) со Шкалой когнитивного инсайта.

5. Оценка конвергентной и дискриминантной валидности методики.

Выраженность психопатологической симптоматики. Поскольку понятие когнитивного инсайта было предложено А.Беком как мера критичности в отношении психопатологической симптоматики, мы предполагали, что уровень когнитивного инсайта будет положительно коррелировать с выраженностью психопатологической симптоматики, в первую очередь тревожности.

Рефлексивность и ориентация на мнение окружающих. В соответствии с моделью А.Бека ключевой особенностью когнитивного инсайта является критичное отношение к окружающим и способность сопоставлять свое мнение с мнением окружающих. Мы предполагали, что когнитивный инсайт будет коррелировать с ситуативной и ретроспективной рефлексивностью, а также поиском социальной поддержки как копинг-стратегией в стрессогенных ситуациях. Кроме того, была выдвинута гипотеза о том, что корреляция когнитивного инсайта с убеждениями о контролируемости мира и уверенностью в своих силах (жизнестойкостью) будет отрицательной.

Качество жизни и благополучие. Представления о связи субъективного благополучия и когнитивного инсайта неоднородны. С одной стороны, связь когнитивного инсайта с выраженностью психопатологической симптоматики может приводить к снижению качества жизни и благополучия. С другой стороны, критичное отношение к ситуации может способствовать выбору более эффективных стратегий совладания и повышению качества жизни. Соответственно, мы предполагали отсутствие линейной связи между уровнем когнитивного инсайта и благополучием.

Особенности саморегуляции деятельности. На настоящий момент не разработано концепции, позволяющей описать место когнитивного инсайта в структуре саморегуляции. Основываясь на том, что когнитивный инсайт характеризует некую единую стратегию отношения к собственному опыту, мы предполагали, что он не будет связан с каким-то конкретным этапом саморегуляции деятельности, но может быть связан с общим уровнем саморегуляции.

6. Оценка *конструктивной валидности* методики. В соответствии с моделью А.Бека важнейшая функция когнитивного инсайта состоит в формировании реалистичного отношения к миру, что приобретает ключевую роль в начале и процессе психотерапии. Мы предполагали, что высокий уровень когнитивного инсайта у испытуемых без психических заболеваний будет связан с положительным отношением к психотерапии в целом и готовностью обратиться за психотерапевтической помощью, независимо от выраженности психопатологической симптоматики.

С целью установления конвергентной и дискриминантной валидности опросника дополнительно использовались следующие методики (см. табл. 2).

Таблица 2

Методики, используемые в исследовании

Задачи	Методики	Объем выборки (n)
Оценка качества жизни и удовлетворенности	Шкала счастья С.Любомирски	472
	Опросник качества жизни и	724

	удовлетворенности	
Диагностика выраженности психопатологической симптоматики	Госпитальная шкала тревоги и депрессии	107
	Опросник психопатологической симптоматики	187
Оценка особенностей совладания со стрессом	Тест жизнестойкости	368
	Опросник совладания со стрессом COPE	43
Оценка рефлексивности	Методика диагностики рефлексивности	74
Оценка особенностей саморегуляции	Методика «Стиль саморегуляции поведения»	74

1. Для оценки *качества жизни и уровня субъективного счастья* использовались шкала счастья С.Любомирски [Осин, Леонтьев, 2008; Lyubomirsky, Lepper, 1999] и опросник качества жизни и удовлетворенности, краткая версия [Рассказова, в печати; Ritsner et al., 2005]. Шкала счастья представляет собой скрининговую методику интегральной субъективной оценки уровня счастья. Опросник качества жизни и удовлетворенности включает четыре основные шкалы, характеризующие удовлетворенность в сфере здоровья, эмоциональной сфере, сфере активности в свободное время и сфере общения.

2. Для оценки выраженности *психопатологической симптоматики* использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии [Сыропятов и соавт., 2003; Zigmond et al., 1983] и опросник психопатологической симптоматики (SCL-90-R, [Тарабрина, 2001]). Госпитальная шкала – скрининговая методика, созданная для оценки выраженности тревожности и депрессивности. Опросник психопатологической симптоматики позволяет диагностировать как общий уровень психопатологической симптоматики, так и отдельные симптомокомплексы: соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная тревожность, депрессивность, тревожность, враждебность, фобии, паранойяльность, психотизм.

3. Особенности *совладания со стрессом*. Для диагностики выраженности убеждений, способствующих успешному совладанию со стрессом, использовался тест жизнестойкости [Леонтьев, Рассказова, 2006]. Методика состоит из трех шкал: вовлеченности (убеждения в важности активности и интереса), контроля (убеждения в необходимости борьбы и преодоления трудностей) и принятия риска (готовность действовать и рисковать и учиться на ошибках). Помимо этого, стратегии совладания оценивались при помощи опросника совладания со стрессом COPE [Гордеева и др., 2010]. В состав методики входят следующие шкалы: позитивное переформулирование, мысленный и поведенческий уход от проблемы, концентрация на эмоциях, использование инструментальной и эмоциональной социальной поддержки, активное совладание, отрицание, обращение к религии, юмор, сдерживание, использование «успокоительных», принятие, подавление конкурирующей деятельности, планирование.

4. С целью диагностики *рефлексивности* как психического свойства использовалась методика диагностики рефлексивности [Карпов, 2003], представляющая собой опросник из 27 пунктов, направленный на оценку рефлексивности как устойчивого качества личности. В методике выделены 4 шкалы: ситуативной, перспективной и ретроспективной рефлексии, а также рефлексии общения.

5. Методика «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ, [Моросанова, 2004]) использовалась для оценки особенностей саморегуляции на разных этапах деятельности. Методика включает субшкалы, оценивающие процессуальные характеристики саморегуляции: планирование, моделирование, программирование, оценка результатов, а также две субшкалы, оценивающие обобщенные качества саморегуляции – гибкость и самостоятельность.

Помимо этого, для оценки конструктивной валидности 68 испытуемых из выборки апробации отвечали на два вопроса об их отношении к психотерапии и готовности в ней участвовать: «Как Вы относитесь к психотерапии в целом?», «Записались бы Вы на прием к психотерапевту, будь такая возможность?». Ответы были представлены в шкале Лайкерта от 1 до 5 баллов.

С целью проверки ретестовой надежности через четыре недели после первого заполнения методики 55 испытуемых-студентов повторно отвечали на вопросы шкалы когнитивного инсайта А.Бека.

Обработка данных проводилась в программах SPSS Statistics 17.0 и EQS 6.1 for Windows.

Результаты

Особенности распределения баллов по пунктам и шкалам опросника

Отвечая на пункты опросника, испытуемые используют всю шкалу ответов (от 1 до 4 баллов). Распределения субшкал и общего балла по шкале отличаются от нормального по критерию Колмогорова–Смирнова ($p < 0,20$). Анализ особенностей распределения (асимметрии и эксцесса) позволяет выявить отрицательный эксцесс: иными словами, испытуемые несколько чаще, чем ожидается, набирают крайние баллы по шкале.

Надежность–согласованность

Альфа Кронбаха методики в целом достигает среднего уровня, тогда как альфа Кронбаха субшкал невысока – что соответствует англоязычным результатам (табл. 3). В англоязычных публикациях не проводится анализ причин этого. На наш взгляд, невысокие показатели согласованности могут объясняться, во-первых, скрининговым характером методики (небольшим количеством пунктов в шкале) и, во-вторых, ее клинической направленностью: в отличие от больных с психопатологической симптоматикой испытуемые без психических нарушений более разнородно отвечают на вопросы. Последнее особенно касается пунктов об отношении к собственному необычному опыту и к другим людям.

Гипотезу о том, что в нормативной выборке пункты методики воспринимаются как более разнородные в зависимости от действия различных побочных переменных, косвенно подтверждают результаты сравнения альфа Кронбаха мужчин и женщин, а также испытуемых с разным уровнем образования (табл. 3). Так, надежность–согласованность субшкал существенно варьирует в зависимости от пола (согласованность субшкалы самоуверенности выше, а саморефлексивности – ниже у женщин) и уровня образования (в выборке взрослых испытуемых надежность–согласованность пунктов ниже, чем в других выборках).

Тест-ретестовая надежность

Тест-ретестовые корреляции показателей по субшкалам шкалы когнитивного инсайта высоки и варьируют от 0,64 до 0,84. Тест-ретестовые корреляции отдельных пунктов также значимо положительные и варьируют от 0,25 до 0,70. Иными словами, как пункты методики, так и субшкалы могут быть признаны стабильными.

Таблица 3

Описательные статистики и показатели надежности шкалы когнитивного инсайта

Шкалы	Мужчины М / SD	Женщины М / SD	Альфа Кронбаха	Тест-ретестовая надежность (n = 55)
Уровень когнитивного инсайта	7,68 / 5,65	8,69 / 5,03	0,70 (0,68–0,73)	0,84***
Саморефлексивность	24,68 / 4,20	25,08 / 3,50	0,64 (0,61–0,70)	0,84***
Самоуверенность	17,00 / 2,50	16,40 / 2,60		0,64***

			0,58	
			(0,51–0,68)	

Примечания. М – среднее, SD – стандартное отклонение. В скобках указан диапазон изменений альфа Кронбаха в зависимости от пола и уровня образования испытуемых. Уровень значимости корреляций: *** $p < 0,001$.

Факторная структура методики

Соответствие эмпирической структуры методики теоретической модели проверялось при помощи конфирматорного факторного анализа, который в отличие от эксплораторного позволяет проверить применимость конкретной модели к полученным данным, что в большей степени соответствует проверке так называемой факторной валидности готового опросника [Brown, 2006; Митина, 2008]. При этом влияния побочных переменных на факторную структуру учитываются в модели как «ошибки».

При создании модели конфирматорного факторного анализа каждый пункт опросника был изначально отнесен к соответствующему фактору (рис. 1). Дисперсия ответов на данный пункт, не вошедшая в «фактор», приписывалась влиянию побочных переменных – «ошибке». Мы допускали корреляцию между факторами и корреляцию между некоторыми ошибками, поскольку это не противоречило авторской модели и соответствовало содержанию пунктов. Например, пункт 3 («Окружающие могут лучше понимать причины того необычного, что со мной происходит, нежели я сам») и пункт 9 («Я лучше кого бы то ни было знаю, в чем заключаются мои проблемы»), хотя и входят в разные факторы (саморефлексивности и самоуверенности соответственно), содержательно близки: оба подразумевают *сравнение* своего мнения *о своих проблемах* с мнением окружающих людей. Поэтому в теоретической модели «ошибки» пунктов, не входящие в фактор, считались коррелирующими.



Рис. 1. Фрагмент модели конфирматорного факторного анализа. *Примечания.* Указаны субшкалы, включенные в модель, и часть пунктов, относящихся к этим субшкалам[1]. Всего в субшкалу саморефлексивности включено 9 пунктов, шкалу самоуверенности – 6 пунктов.

Затем рассчитывались основные показатели применимости такой модели к данным. Модель считается соответствующей полученным данным [Brown, 2006; Митина, 2008] при следующих показателях: критерий относительного согласия модели (comparative fit index, CFI) превышает 0,95 (с точки зрения

многих авторов, допустимы также значения 0,90–0,95), квадратичная усредненная ошибка аппроксимации (root mean-square error of approximation, RMSEA) не превышает 0,05 (допустимыми считаются значения 0,06–0,08), частное χ^2 и числа степеней свободы около 2.

Мы получили следующие показатели:

– критерий относительного согласия модели CFI составил 0,95, что является высоким показателем согласованности модели;

– квадратичная усредненная ошибка аппроксимации RMSEA составила 0,04, что также свидетельствует о точности модели в отношении данных;

– критерий χ^2 составил 163 при числе степеней свободы 69, а их частное составило 2,36.

Иными словами, концептуальная модель хорошо согласуется с полученными нами данными, а англоязычные факторы могут быть использованы как шкалы русскоязычной версии опросника.

Корреляции шкал опросника

Показатели по субшкалам саморефлексивности и самоуверенности отрицательно коррелируют между собой ($r = -0,35$, $p < 0,01$), что соответствует авторской модели.

Социально-демографические характеристики и когнитивный инсайт

Возраст испытуемых не был связан с уровнем когнитивного инсайта. Испытуемые-студенты отличались от испытуемых со средним и высшим образованием более высокими баллами по самоуверенности ($F = 9,2$, $df = 2$, $p < 0,01$, попарное сравнение post hoc методов Шеффе). Мужчины и женщины не различались по уровню саморефлексивности, но значимо различались по уровню самоуверенности ($t = 3,5$, $p < 0,01$) и когнитивного инсайта в целом ($t = -2,8$, $p < 0,01$). У мужчин по сравнению с женщинами был ниже уровень когнитивного инсайта и выше самоуверенность, с связи с чем мы рассчитывали средние значения отдельно для мужчин и женщин (табл. 3).

Конвергентная и дискриминантная валидность

Уровень когнитивного инсайта и выраженность психопатологической симптоматики

Уровень когнитивного инсайта в норме положительно связан с уровнем тревоги, но не связан с уровнем депрессии (по госпитальной шкале). В исследовании с использованием опросника психопатологической симптоматики уровень когнитивного инсайта положительно коррелировал не только с тревожностью и депрессивностью, но и серией других симптомов (соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная тревожность) (табл. 4). Расхождение результатов в отношении депрессивности может быть связано как с особенностями выборок, так и методик, и требует дальнейших исследований.

В целом положительная корреляция психопатологической симптоматики и уровня когнитивного инсайта может объясняться двумя факторами. Во-первых, когнитивный инсайт, согласно модели А.Бека, способствует критичному отношению к собственным переживаниям и симптомам – что может проявляться в норме повышенными баллами в опросниковых методиках выявления психопатологии. Во-вторых, симптомы депрессии, тревоги, обсессивно-компульсивные симптомы и другие относятся к числу эго-дистонных, субъективно переживаемых как чуждые и тягостные. Соответственно, возникновение и усугубление такой психопатологической симптоматики ставит перед субъектом задачу на осмысление этих симптомов, что способствует критичному отношению к собственному опыту и сравнению себя с другими людьми.

С одной стороны, полученные нами результаты косвенно подтверждают валидность шкалы когнитивного инсайта. С другой стороны, они ставят вопрос о вкладе тревоги и депрессии в ответы

по шкале когнитивного инсайта. Критичное отношение к себе и другим может быть обусловлено как реалистичным отношением к миру (когнитивный инсайт), так и чрезмерной тревогой и неуверенностью в своих силах. Поэтому при психодиагностике результаты шкалы когнитивного инсайта должны сопоставляться с выраженностью тревоги и депрессии.

Таблица 4

Взаимосвязи уровня когнитивного инсайта, тревоги и депрессии и выраженности психопатологической симптоматики (коэффициенты корреляции r -Пирсона)

	Шкалы	Уровень когнитивного инсайта	Саморефлексивность	Самоуверенность
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (n = 107)	Тревога	0,22**	0,14	-0,26**
	Депрессия	0,06	0,01	-0,10
Опросник психопатологической симптоматики (n = 187)	Соматизация	0,19*	0,23**	-0,06
	Обсессивность-компульсивность	0,28***	0,34***	-0,10
	Межличностная тревожность	0,27***	0,31***	-0,10
	Депрессивность	0,26***	0,31***	-0,10
	Тревожность	0,26***	0,31***	-0,08
	Враждебность	0,16*	0,21**	-0,02
	Фобии	0,17*	0,24**	-0,01
	Паранойяльность	0,09	0,18*	0,06
	Психотизм	0,18*	0,24**	-0,03
	Общий симптоматический индекс	0,27***	0,34***	-0,08
	Индекс проявления симптоматики	0,29***	0,34***	-0,10
	Индекс выраженности дистресса	0,17*	0,22**	-0,04

Примечания. Уровень значимости: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Уровень когнитивного инсайта и субъективное благополучие

Уровень когнитивного инсайта слабо отрицательно коррелирует с субъективным счастьем, а также качеством жизни в сфере здоровья и эмоциональной сфере ($r = -0,11$ и $r = -0,18$, $p < 0,05$), однако ни в одном случае коэффициент корреляции не достигает 0,2. После контроля выраженности психопатологической симптоматики (рассчитывались частные корреляции) структура связей не меняется. Мы предполагаем, что связь когнитивного инсайта и субъективного благополучия опосредствована выраженностью психопатологической симптоматики и особенностями совладающего поведения человека: тем, к каким действиям приводит его осознание и критичность. Для проверки этой гипотезы необходимы дальнейшие исследования, в особенности лонгитюдные и экспериментальные.

Уровень когнитивного инсайта, особенности рефлексивности, совладания со стрессом и саморегуляции

Закономерно, что уровень когнитивного инсайта отрицательно коррелирует с показателями по шкалам опросника жизнестойкости: критичность к собственным переживаниям подразумевает

некоторое сомнение в собственных силах и возможностях, что связано со снижением жизнестойких убеждений (табл. 5). Чем выше уровень когнитивного инсайта, тем чаще испытуемые используют такие стратегии совладания, как концентрация на эмоциях и поиск социальной поддержки (как инструментальной, так и эмоциональной), что подтверждает нашу гипотезу о важной роли ориентации на мнение окружающих и собственное состояние в структуре когнитивного инсайта.

В соответствии с нашими предположениями, уровень когнитивного инсайта связан с ретроспективной рефлексией, в первую очередь, за счет субшкалы саморефлексивности. Неожиданным для нас оказалось отсутствие корреляции между когнитивным инсайтом и ситуативной рефлексией. Интерпретация данного результата также требует, на наш взгляд, дальнейших исследований.

Таблица 5

Взаимосвязи уровня когнитивного инсайта, жизнестойкости, копинг-стратегий и рефлексивности (коэффициенты корреляции r-Пирсона)

Шкалы	Уровень когнитивного инсайта	Саморефлексивность	Самоуверенность
Жизнестойкость – Общий балл (n = 368)	–0,29***	–0,26***	0,23***
Жизнестойкость – Вовлеченность (n = 368)	–0,26***	–0,22***	0,20***
Жизнестойкость – Контроль (n = 368)	–0,34***	–0,29***	0,27***
Жизнестойкость – Принятие риска (n = 368)	–0,16**	–0,16**	0,11*
COPE – Концентрация на эмоциях (n = 43)	0,47***	0,29	–0,40**
COPE – Инструментальная социальная поддержка (n = 43)	0,37**	0,30*	–0,24
COPE – Эмоциональная социальная поддержка (n = 43)	0,33*	0,16	–0,33*
МДР – Ретроспективная рефлексия (n = 74)	0,30**	0,30**	–0,20

Примечания. Уровень значимости: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$. COPE – методика совладания со стрессом COPE. МДР – методика диагностики рефлексивности.

Не выявлено связи когнитивного инсайта и шкал методики стиля саморегуляции поведения.

Следует отметить, что выявленные корреляции низкие или средние: этот результат согласуется с предположением о том, что когнитивный инсайт не идентичен ни одному из других измеряемых конструктов, и можно делать выводы лишь о некоторой связи когнитивного инсайта с выраженностью психопатологической симптоматики, жизнестойкостью, копинг-стратегиями и ситуативной рефлексии. Мы не имели возможности проверить конвергентную валидность методики «напрямую» с использованием аналогичного опросника, поскольку данный конструкт был предложен А.Беком впервые. Соответственно, проверка осуществлялась за счет сопоставления с возможными факторами и следствиями когнитивного инсайта – что приводит к невысоким значениям корреляций.

Конструктная валидность методики: уровень когнитивного инсайта и готовность к обращению за психологической помощью (n = 68)

С целью проверки конструктной валидности методики в одной из подвыборок уровень когнитивного инсайта сопоставлялся с отношением испытуемых к психотерапии и готовностью обратиться за

помощью к психотерапевту. Показатели по субшкале саморефлексивности, но не самоуверенности, значимо положительно коррелировали с обоими показателями ($r = 0,26$ и $r = 0,31$ соответственно, $p < 0,05$), однако оставалось неясным, обусловлена ли эта связь уровнем когнитивного инсайта испытуемых или большей выраженностью у них психопатологической симптоматики (которая, как было показано выше, также связана с когнитивным инсайтом).

В соответствии с моделью А.Бека, было выдвинуто предположение, что когнитивный инсайт вносит самостоятельный вклад в готовность обращения за помощью, не зависящий от симптоматики. Было проведено два иерархических регрессионных анализа для предсказания отношения и обращения к психотерапии соответственно (табл. 6). На первом этапе в качестве независимых переменных в модель были добавлены шкалы опросника психопатологической симптоматики (соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная тревожность, депрессивность, тревожность, враждебность, фобии, паранойяльность, психотизм), на втором этапе к тем же переменным добавлялись саморефлексивность и самоуверенность. Психопатологические симптомы не позволяли предсказать отношение к психотерапии ($R^2 = 0,07$, $F = 0,47$, $p = 0,89$). Добавление в модель субшкал саморефлексивности и самоуверенности приводило к улучшению на уровне тенденции ($p < 0,1$) коэффициента детерминации ($R^2 = 0,14$, улучшение на $0,07$), однако модель в целом по-прежнему оценивалась как незначимая. В отношении готовности обратиться к психотерапевту значимость первого этапа достигала уровня тенденции: психопатологические симптомы объясняли 11% дисперсии данных. После добавления в модель саморефлексивности и самоуверенности она стала значимой: субшкалы когнитивного инсайта вносили значимые изменения в коэффициент детерминации, позволяя предсказать дополнительно 9% дисперсии данных.

Таким образом, уровень когнитивного инсайта связан с готовностью обратиться за психотерапевтической помощью, причем эта связь не зависит от выраженности психопатологической симптоматики.

Таблица 6

Иерархический регрессионный анализ влияния психопатологической симптоматики и когнитивного инсайта на отношение к психотерапии и готовность прийти на психотерапию

	Зависимые переменные	
	Отношение к психотерапии	Готовность обратиться к психотерапии
Этап 1. Независимые переменные:		
Соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная тревожность, депрессивность, тревожность, враждебность, фобии, паранойяльность, психотизм	$F = 0,47$ $p = 0,89$ $R^2 = 0,07$	$F = 1,89$ $p = 0,07$ $R^2 = 0,11$
Этап 2. Независимые переменные:		
1. Соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная тревожность, депрессивность, тревожность, враждебность, фобии, паранойяльность, психотизм 2. Саморефлексивность, самоуверенность	$F = 0,86$ $p = 0,58$ $R^2 = 0,15$	$F = 2,38$ $p = 0,03$ $R^2 = 0,19$
Изменение R^2	0,08 ($p = 0,09$)	0,09 ($p = 0,03$)

Выводы

Таким образом, русскоязычная версия шкалы когнитивного инсайта полностью соответствует англоязычной версии в отношении надежности-согласованности и внутренней структуры пунктов, а также характеризуется высокой ретестовой надежностью. Внешняя валидность методики подтверждается корреляционным анализом с выраженностью психопатологической симптоматики,

поиском социальной поддержки, рефлексивностью и жизнестойкостью. В полном согласии с авторской моделью уровень когнитивного инсайта позволяет независимо от выраженности психопатологической симптоматики предсказать готовность обращения за психотерапевтической помощью.

В целом методика может применяться для диагностики уровня когнитивного инсайта, хотя при интерпретации результатов следует учитывать гендерные особенности испытуемых и выраженность у них психопатологической симптоматики. Важнейшим направлением дальнейшей работы является исследование особенностей и прогностических возможностей когнитивного инсайта при психических заболеваниях и при проведении психотерапии, а также уточнение функций когнитивного инсайта в регуляции деятельности и психологического благополучия у лиц без психических заболеваний.

Финансирование

Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект 11-06-00089а.

Литература

Бек Дж. [Beck J.] Когнитивная терапия. Полное руководство. М.: Вильямс, 2006.

Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Рассказова Е.А., Сычев О.А., Шевяхова В.Ю. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE. В кн.: Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе: материалы II международной научно-практической конференции, Кострома, 23–25 сентября 2010 г., 195–197.

Иржевская В.П. Нарушение осознания психического заболевания при шизофрении: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, 2009.

Карпов А.В. Метасистемная организация уровневых структур психики. М.: Институт психологии РАН, 2004.

Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики. Психологический журнал, 2003, 24(5), 45–57.

Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.

Митина О.В. Моделирование латентных изменений с помощью структурных уравнений. Экспериментальная психология, 2008, No. 1, 131–148.

Моросанова В.И. Стилль саморегуляции поведения (ССПМ). Руководство. М.: Когито-Центр, 2004.

Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия. В кн.: Материалы III Всероссийского социологического конгресса. М.: Институт социологии РАН, 2008 (ISBN 978-6-89697-157-3).

Рассказова Е.И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии. Психология. Журнал Высшей школы экономики. (В печати)

Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Астапов Ю.Н., Иванцова Г.В. Ранняя диагностика и лечение депрессии в общей медицинской практике. Киев: Гелариум-тест, 2003.

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

Тхостов А.Ш., Иржевская В.П., Рупчев Г.Е., Морозова М.А. Инсайт в патопсихологии (исторические, теоретические и методологические аспекты). М.: Моск. гос. университет, 2007.

- Beck A.T., Baruch E., Balter J., Steer, M.A., Warman, D.M. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 2004, 68(2), 319–329.
- Bora E., Erkan A., Kayahan B., Veznedaroglu B. Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2007, 61(6), 634–639.
- Brown T. Confirmatory factor analysis for applied research. London: Guilford Press, 2006.
- Cooke M.A., Peters E.R., Fannon D., Aasen I., Kuipers E., Kumari V. Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and self-reflection dimensions and neuropsychological measures. *Psychiatry Research*, 2010, 178(2), 284–289.
- Colis M., Steer R., Beck A. Cognitive insight in inpatients with psychotic, bipolar and major depressive disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2006, 28(4), 243–250.
- Kao Y., Wang T., Lu S., Liu Y. Assessing cognitive insight in nonpsychiatric individuals and outpatients with schizophrenia in Taiwan: An investigation using Beck Cognitive Insight Scale. *BMC Psychiatry*, 2011, 11(170), 14.
- Lyubomirsky S., Lepper H. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 1999, 46(2), 137–155.
- Martin J.M., Warman D.M., Lysaker P.H. Cognitive insight in non-psychiatric individuals and individuals with psychosis: An examination using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 2010, 121(1–3), 39–45.
- Orfei M.D., Caltagerone C., Cassiari C., Assogna S., Spalletta G. The neuropsychological correlates of cognitive insight in healthy participants. *Applied Cognitive Psychology*, 2011, 25(6), 927–932.
- Orfei M.D., Spoletini I., Banfi G., Caltagerone C., Spalletta G. Neuropsychological correlates of cognitive insight in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 2010, 178(1), 51–56.
- Perivoliotis D., Grant P., Peters E., Ison R., Kuipers E., Beck A. Cognitive insight predicts favorable outcome in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychosis*, 2010, 2(1), 23–33.
- Ritsner M., Kurs R., Gibel A., Ratner Y., Endicott J. Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Quality of Life Research*, 2005, 14(7), 1693–1703.
- Uchida T., Matsumoto K., Kikuchi A., Miyakoshi T., Ito F., Ueno T., Matsuoka H. Psychometric properties of the Japanese version of the Beck Cognitive Insight Scale: Relationship of cognitive insight to clinical insight. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2009, 63(3), 291–297.
- Zigmond A.S., Snaith R.P. The *Hospital Anxiety And Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67(6), 361–370.

Примечания

[1] Поскольку А.Бек не дал разрешения на публикацию полного текста шкалы когнитивного инсайта, в модели указаны только выборочные формулировки пунктов. По вопросам использования методики в исследованиях и частной практике следует обращаться к А.Беку.

Поступила в редакцию 22 апреля 2012 г. Дата публикации: 30 апреля 2013 г.

Сведения об авторах

Рассказова Елена Игоревна. Кандидат психологических наук, доцент, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия
E-mail: l_rasskazova@yahoo.com

Плужников Илья Валерьевич. Кандидат психологических наук, доцент, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия
E-mail: pluzhnikov_iv@gmail.com

[Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Рассказова Е.И., Плужников И.В. Психодиагностика уровня когнитивного инсайта: результаты апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А.Бека. Психологические исследования, 2013, 6(28), 6. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Рассказова Е.И., Плужников И.В. Психодиагностика уровня когнитивного инсайта: результаты апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А.Бека// Психологические исследования. 2013. Т. 6, № 28. С. 6. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).
[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n28/805-rasskazova28.html>

[К началу страницы >>](#)