

## ВАЛИДИЗАЦИЯ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА ХИКИКОМОРИ (HQ-25)

Я.С. ЛЯКИНА<sup>a</sup>, А.А. ФЁДОРОВ<sup>a</sup>, А.Р. ТЕО<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Новосибирский государственный университет, 630090, Россия, Новосибирск, ул. Пирогова, д. 1

<sup>b</sup>Центр улучшения заботы о здоровье ветеранов, OR 97239-2964, США, Портленд, 3710 SW US Veterans Hospital Rd (R&D 66)

<sup>c</sup>Университет здоровья и науки штата Орегон, Департамент психиатрии, OR 97239-3098, США, Портленд, 3181 Southwest Sam Jackson Park Road

### Validation and application practice of the Russian-language version of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25)

Ya.S. Lyakina<sup>a</sup>, A.A. Fedorov<sup>a</sup>, A.R. Teo<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Novosibirsk State University, 1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation

<sup>b</sup>VA Portland Health Care System, HSR&D Center to Improve Veteran Involvement in Care (CIVIC), 3710 SW US Veterans Hospital Rd (R&D 66), Portland, OR 97239-2964, USA

<sup>c</sup>Oregon Health & Science University, Department of Psychiatry, 3181 SW Sam Jackson Park Rd, Portland, OR 97239-3098, USA

#### Резюме

Цель исследования состояла в валидации русскоязычной версии 25-пунктного опросника хикикомори (The 25-item Hikikomori Questionnaire, HQ-25), недавно разработанного А. Тео с коллегами и прошедшего успешную адаптацию в Японии и других странах. Для проверки воспроизводимости результатов психометрические свойства русскоязычной версии HQ-25 анализировались на двух разных выборках (N1 = 729, N2 = 451), набранных с помощью онлайн-опроса в социальных сетях

#### Abstract

The aim of the study was to validate the Russian-language version of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25) recently developed by A. Teo and colleagues and successfully adapted in Japan and other countries. To test the reproducibility of the results, the psychometric properties of the Russian version of HQ-25 were analyzed on two different samples (N1 = 729, N2 = 451), recruited using an online survey in social networks in thematic

в тематических группах, связанных с феноменом хикикомори, студенческих сообществах разных вузов. Конфирматорный факторный анализ показал приемлемое соответствие данных бифакторной модели опросника с одним общим фактором (выраженность признаков хикикомори) и тремя специфическими (социализация, изоляция, эмоциональная поддержка) (для выборки 1: (S-B) $\chi^2(249) = 704.961$ ; CFI = 0.928; TLI = 0.913; RMSEA = 0.050 (0.046, 0.054); SRMR = 0.045; для выборки 2: (S-B) $\chi^2(249) = 561.636$ ; CFI = 0.937; TLI = 0.925; RMSEA = 0.053 (0.047, 0.059); SRMR = 0.045). Получены хорошие показатели надежности по внутренней согласованности, ретестовой надежности, подтверждена конвергентная и дивергентная валидность (путем корреляции показателей HQ-25 со Шкалой одиночества UCLA (3-я версия), шкалами ДОПО-3, Многомерной шкалой восприятия социальной поддержки, Шкалой социальной желательности Марлоу–Крауна). Получены данные в пользу критериальной валидности опросника. Близкие результаты, полученные на двух разных выборках, свидетельствуют о воспроизводимости исследования. Данные психометрического анализа дополнены контент-анализом интервью, исследующего опыт переживания хикикомори в российском социокультурном контексте, результаты которого хорошо согласуются с факторной структурой опросника и могут быть полезны для дальнейшего развития теоретических представлений о феномене хикикомори. Русскоязычная версия HQ-25 может применяться в научно-исследовательских целях для изучения и лучшего понимания людей, подверженных риску хикикомори.

*Ключевые слова:* хикикомори, социальный уход, социальная изоляция, валидизация опросника.

**Лякина Яна Сергеевна** – ведущий психолог, старший преподаватель, кафедра клинической психологии, Институт медицины и психологии, Новосибирский государственный университет.

Сфера научных интересов: психологические и социокультурные факторы психического здоровья молодежи, хикикомори и связанные с ним состояния.

Контакты: lyakina@nsu.ru

groups associated with the hikikomori phenomenon, student communities of different universities. Confirmatory factor analysis showed satisfactory fit of the bifactor model with one common factor (severity of hikikomori symptoms) and 3 specific factors (socialization, isolation, emotional support) (for sample 1: (S-B) $\chi^2(249) = 704.961$ ; CFI = .928; TLI = .913; RMSEA = .050 (.046, .054), SRMR = .045; for sample 2: (S-B) $\chi^2(249) = 561.636$ , CFI = .937, TLI = .925, RMSEA = .053 (.047, .059), SRMR = .045). Internal consistency, test-retest reliability were satisfactory. Convergent and divergent validity was confirmed (by correlating HQ-25 scores with the UCLA Loneliness Scale (version 3), Multidimensional Inventory of Loneliness Experience-3, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Marlowe-Crowne Social Desirability Scale). Obtained data confirm the criterion validity of the questionnaire. Similar results obtained on two different samples indicate the reproducibility of the study. The data of the psychometric analysis are supplemented by the content analysis of the interview, which explores hikikomori experiences in the Russian sociocultural context. Its results are in good agreement with the factorial structure of the questionnaire and can be useful for further development of theoretical views on the hikikomori phenomenon. The Russian version of HQ-25 can be used for research purposes to study and better understand individuals at risk for hikikomori.

*Keywords:* hikikomori, social withdrawal, social isolation, questionnaire validation.

**Lyakina Y. Sergeevna** – lead psychologist, senior lecturer, Chair of Clinical Psychology, Institute of Medicine and Psychology, Novosibirsk State University. Research area: psychological and socio-cultural factors of youth mental health, hikikomori and associated conditions.

E-mail: lyakina@nsu.ru

**Фёдоров Александр Александрович** — заведующий кафедрой, кафедра клинической психологии, Институт медицины и психологии, Новосибирский государственный университет, кандидат психологических наук.

Сфера научных интересов: философия и история психологии, современный бихевиоризм, психология морального поведения.

Контакты: fedleks@yandex.ru

**Алан Роберт Тео** — доцент, Департамент психиатрии, Университет здоровья и науки штата Орегон; основной исследователь, Центр по улучшению заботы о здоровье ветеранов, Управление здравоохранения ветеранов Портленда, доктор медицины, магистр наук.

Сфера научных интересов: охрана здоровья, поведенческие науки, социальная и культурная психиатрия; социальные связи и их влияние на психическое здоровье, способы смягчения социальной изоляции и одиночества, преимущества использования социальной поддержки, профилактика депрессии и самоубийств, разработка, тестирование и оценка вмешательств в реальных условиях.

E-mail: teoa@ohsu.edu

**Alexandr A. Fedorov** — Associate Professor, Chair of Clinical Psychology, Institute of Medicine and Psychology, Novosibirsk State University, PhD in Psychology.

Research area: philosophy and history of psychology, contemporary behaviorism, psychology of moral behavior.

E-mail: fedleks@yandex.ru

**Alan R. Teo** — Associate Professor, Department of Psychiatry, Oregon Health & Science University; Core Investigator, Center to Improve Veteran Involvement in Care, VA Portland Health Care System, M.D., M.S.

Research area: health services, behavioral science, social and cultural psychiatry; social connections and their influence on mental health, ways to mitigate social isolation and loneliness, harness the benefits of social support, depression and suicide prevention, developing, testing, and evaluating interventions in real-world settings.

E-mail: teoa@ohsu.edu

### Благодарности

Выражаем благодарность за участие в сборе данных студентам ИМПЗ НГУ (по направлению «Психология») А.Ф. Никишовой и Е.А. Степура, а также за помощь в осуществлении обратного перевода текста опросника — кандидату филологических наук, старшему преподавателю кафедры межкультурной коммуникации ГИ НГУ Н.С. Мулляджановой.

### Acknowledgments

We express our gratitude for the participation in the data collection to the students of the NSU A.F. Nikishova and E.A. Stepura, as well as for the help in the reverse translation of the questionnaire to the PhD in Philology, senior lecturer of the Department of Intercultural Communication of the HI NSU N.S. Mullyajanova.

Хикикомори (яп. *hiku* — «отступить», *komoru* — «уединиться») — форма патологического социального ухода или социальной изоляции, основной чертой которой является продолжительная (более 6 месяцев) физическая изоляция в собственном доме, сопровождающаяся выраженными функциональными нарушениями или переживанием дистресса (Kato et al., 2019, 2020a). Совсем недавно феномен хикикомори был включен в DSM-5-TR как пример культурной концепции дистресса, поскольку впервые был описан в Японии. При этом уточняется, что случаи затяжной социальной изоляции встречаются во многих странах с другим культурным контекстом, включая Австралию, Бангладеш, Бразилию, Китай, Францию, Индию, Иран, Италию, Оман,

Южную Корею, Испанию, Тайвань, Таиланд и США (American Psychiatric Association, 2022). Первоначально хикикомори считался социальным феноменом, эндемичным для Японии, но в связи с его распространением по всему миру недавно была предложена гипотеза рассмотрения «хикикомори как синдрома современного общества» (Kato et al., 2019). Япония ввиду уникального социокультурного опыта первая столкнулась с данным феноменом, однако с интенсивным развитием информационных технологий (коммуникативная, игровая революция) предполагается, что в будущем во многих странах сформируется общество, предрасполагающее к возникновению состояния хикикомори (Ibid.).

Согласно недавним систематическим обзорам, оценки распространенности хикикомори в Японии варьируют от 0.87 до 1.2% в общей популяции и до 26.66% в студенческой среде, в Южной Корее — до 2.3%, в Гонконге — до 1.9%, в Китае — до 3.8–4.3%. При этом исследования, проведенные на клинических выборках, показывают, что распространенность хикикомори варьирует от 12.64 до 63.07% (Pozza et al., 2019). В основном тяжелая форма социальной изоляции характерна для подросткового или раннего взрослого возраста, однако нередко встречаются случаи с более поздним началом после 30 лет. По данным обзора на основе 52 исследований с общим объемом выборки 4744 человека (из которых 84.6% были проведены в Японии, 13.5% — за пределами Японии и 1.9% — и в Японии, и в других странах), средний возраст лиц с хикикомори увеличился и составляет 29.55 года (доля мужчин — 76.49%), средняя продолжительность социальной изоляции — около 7 лет (Nonaka et al., 2022). При этом результаты групповых различий показали, что в исследованиях за пределами Японии участвовали лица более старшего возраста, отмечались более низкий процент мужчин и более короткая продолжительность хикикомори, чем в исследованиях в Японии (Ibid.).

В России на настоящий момент эта проблема остается малоизученной, официальная статистика отсутствует, однако в популярных социальных сетях «ВКонтакте», «Телеграм» существуют тематически связанные с хикикомори сообщества, количество подписчиков наиболее крупного паблика составляет более полумиллиона участников. Отечественные исследователи отмечают, что среди молодых людей в нашей стране встречаются близкие к хикикомори состояния и что российским психотерапевтам в ближайшем будущем, к сожалению, придется работать с большим количеством таких случаев (Войсунский, Солдатова, 2019). Пока еще немногочисленные эмпирические исследования также подтверждают, что случаи хикикомори встречаются в России (Нестерова, Кичман, 2022). Ведущие специалисты по хикикомори настойчиво утверждают, что нельзя недооценивать проблему, так как закрытый характер явления осложняет проведение точной диагностической оценки, и то, что мы можем выявить с помощью опросов, по их мнению, лишь верхушка айсберга: на самом деле хикикомори по-прежнему является скрытой (молчаливой) эпидемией во многих странах (Saito, 2013; Kato et al., 2019).

За последние 20 лет было инициировано множество исследований хикикомори, но до сих пор продолжаются дискуссии о его номологической сети: считать

ли его отдельной нозологической категорией или трансдиагностическим синдромом (Teo, Gaw, 2010; Kato et al., 2019; Orsolini et al., 2022). Известно, что большое депрессивное расстройство, социальное тревожное расстройство, избегающее расстройство личности и другие психические заболевания являются коморбидными хикикомори (Kato et al., 2019), хотя встречаются и идиопатические случаи (что породило концепцию первичного и вторичного хикикомори) (Teo et al., 2015b). Отмечается также, что некоторые типы хикикомори могут быть особым видом совладающего поведения, копинг-стратегией избегания стрессовых факторов, связанных с социальными ситуациями и социальными суждениями (Kato et al., 2019). При этом на начальных этапах социальная изоляция сопровождается улучшением самочувствия в связи с уходом от травмирующих ситуаций, но в долгосрочной перспективе приводит к негативным последствиям (переживанию одиночества, ухудшению качества жизни) (Kato et al., 2019; Nonaka et al., 2022). Таким образом, на сегодняшний день исследователи полагают, что существуют обе возможности: с одной стороны, хикикомори может встречаться при разных расстройствах как дополнительный синдром (и его предлагается учитывать как дополнительный спецификатор), с другой стороны, длительная социальная изоляция может способствовать появлению расстройств (например, игрового расстройства) (Kato et al., 2019, 2020b). При этом предполагается, что некоторые общие психопатологические механизмы могут существовать в акте «закрытия», независимо от психиатрического диагноза (Kato et al., 2019), поэтому важно изучать факторы, приводящие к хикикомори, и учитывать наличие хикикомори для выбора наиболее эффективных методов помощи. Например, сравнение лиц с большим депрессивным расстройством с признаками хикикомори и без него выявило большую выраженность суицидальных идеаций при наличии хикикомори; подчеркивается, что помощь пациентам с депрессией с хикикомори должна включать в том числе налаживание социальных взаимодействий (Teo et al., 2020).

Согласно биопсихосоциокультурной модели, к факторам развития хикикомори относятся ненадежные типы привязанности (Li, Wong, 2015), особенности детско-родительских отношений, построенных на принципах *amae* (снисходительности и благожелательности) и *kaibō* (гиперпротекции) (Kato et al., 2019), застенчивый темперамент, отсутствие чувства позитивной идентичности (Yung et al., 2021), высокий уровень психологического стресса, низкий уровень самосострадания, частое использование стратегии поведенческого ухода и недостаточное использование инструментальной поддержки (Nonaka, Sakai, 2021). Недавно исследователи выдвинули гипотезу о том, что хикикомори можно рассматривать как «синдром, связанный с современным обществом», для которого характерны интенсивное развитие информационных технологий, сокращение прямых и увеличение не прямых способов общения посредством социальных сетей, онлайн-игр, а также процессы глобализации, приводящие к смещению ценностей разных типов культур (индивидуализма и коллективизма) и, как следствие, к проблемам аккультурации и психологической адаптации (Kato, 2019, 2020a, 2020b; Orsolini et al., 2022).

Предполагается, что явление хикикомори получит дальнейшее развитие и распространение. По этой причине подчеркивается перспективность постоянного международного сотрудничества и укрепления многоаспектного подхода к изучению данного феномена. В связи с этим актуальной задачей является разработка общих критериев и методов диагностики хикикомори.

Из методов оценки хикикомори на данный момент существует полуструктурированное интервью, впервые разработанное на основе стандартов диагностики 2010 г. в Японии (Teo, Gaw, 2010; Teo et al., 2015a). Недавно были предложены *новое определение* феномена (которое мы привели выше) и *набор его обязательных и дополнительных диагностических критериев* (Kato et al., 2019, 2020a). Выделяются три степени тяжести хикикомори в зависимости от частоты покидания своей комнаты/дома (для мягких случаев хикикомори пороговым считается покидание своего дома не более трех дней в неделю) и группа риска (пред-хикикомори) (при продолжительности социальной изоляции не менее трех, но не более шести месяцев). В целом для диагностики хикикомори и выбора релевантных подходов к терапии рекомендуется проводить многоосевую оценку и учитывать ряд дополнительных характеристик, в том числе условия проживания (с семьей или отдельно), наличие косвенного общения (в социальных сетях и/или онлайн-играх), сопутствующие расстройства (Kato et al., 2019).

Из методов самоотчетов разработаны шкалы на японском языке: «Контрольный список поведения хикикомори» (Hikikomori Behavior Checklist, NBCL; Sakai et al., 2004), предназначенный для заполнения родителем о своем ребенке, и «Шкала риска НЕЕТ/Хикикомори» (NEET/Hikikomori Risk (NHR) scale; Uchida, Norasakkunkit, 2015), созданная на основе концепции того, что феномены НЕЕТ («Not in Education, Employment, or Training», т.е. «Не имеющий образования, работы или профессиональной подготовки») и хикикомори можно рассматривать как спектр психологических тенденций культурной маргинализации.

Существует также итальянский «Опросник риска хикикомори» (Hikikomori Risk Inventory, HRI-24; Loscalzo et al., 2022), который был успешно валидизирован на западной (итальянской) и восточной (японской) выборках. Однако, как отмечают авторы опросника, поскольку HRI-24 оценивает риск хикикомори на основе оценки основных психопатологических проявлений (паранойя, депрессивное настроение, вялость, антропофобия, агорафобия), он может не выявить риск первичного хикикомори.

Недавно был разработан «25-пунктный опросник хикикомори» (The 25-item Hikikomori Questionnaire, HQ-25; Teo et al., 2018) для оценки тяжести симптомов хикикомори. Опросник состоит из утверждений, включающих описание психологических особенностей и моделей поведения, которые присущи лицам в состоянии хикикомори: отсутствие социальных связей, активная социальная изоляция или уход в себя, избегание социальных контактов и чувство отчуждения от общества. Респондентам предлагается оценить по пятибалльной шкале Ликерта от 0 (полностью не согласен) до 4 (полностью согласен), насколько точно утверждения описывают их состояние за последние 6 месяцев.

Преимуществом данного опросника является то, что он валидизировался с участием клинической (лица с хикикомори) и здоровой подвыборки. Эксплораторный факторный анализ выявил трехфакторную структуру опросника (низкая социализация, изоляция, недостаточная эмоциональная поддержка<sup>1</sup>), получены хорошие показатели внутренней согласованности, ретестовой надежности, конвергентной валидности и диагностической точности опросника. Данный опросник представляется полезным и удобным новым инструментом для изучения и лучшего понимания людей, подверженных риску хикикомори, а также для проведения кросс-культурных исследований и разработки эффективных научно обоснованных методов помощи. На данный момент HQ-25 адаптирован в других странах: в Китае (Hu et al., 2022), Корее (Je et al., 2022), Италии (Fino et al., 2023), Турции (Gundogmus et al., 2021), проводится его валидизация во Франции и Испании (<https://www.dralanteo.com/services-2>).

В России, насколько нам известно, проводились эмпирические исследования с использованием HQ-25 в авторской адаптации (Нестерова, Кичман, 2022), однако отдельной публикации с результатами анализа психометрических характеристик мы не нашли. Кроме того, учитывая, что хикикомори является относительно новой сложной проблемой психического здоровья, представляется допустимым и даже желательным проведение адаптации опросника разными исследователями для последующего сравнения данных, полученных на разных выборках.

## Методы исследования

### *Процедура*

Исследование проходило в 2021–2022 гг., данные были собраны посредством онлайн-опроса на платформе Google Forms. Объявления размещались в наиболее популярных российских социальных сетях «ВКонтакте» и «Телеграм»: в тематических группах, связанных с феноменом хикикомори, и в других группах, преимущественно в студенческих сообществах вузов разных городов России (в том числе в группах центров психологической поддержки). В приглашении предоставлялась краткая информация о цели и методах исследования, критериях включения, обозначались условия участия (добровольность, анонимность и конфиденциальность). При желании участники могли получить индивидуальную обратную связь по электронной почте после полного завершения набора данных.

### *Выборка*

В исследовании анализировались данные, полученные для проверки воспроизводимости результатов на двух разных выборках.

---

<sup>1</sup> Далее будут использоваться эти показатели: социализация, изоляция, эмоциональная поддержка; чем выше балл по каждой из шкал, тем сильнее выражены недостаточность социальных взаимодействий, склонность к изоляции и недостаточность эмоциональной поддержки.

Критериями включения был возраст от 15 до 50 лет, как в оригинальном исследовании по разработке и валидации HQ-25, для того чтобы рассмотреть соотношение показателей, полученных на нашей выборке, с результатами, полученными на японской выборке.

Первая выборка (2021 г.) включала 729 человек (87.07% женщин). Возраст респондентов 15–47 лет ( $M = 21.41$ ,  $SD = 3.63$ ), из них 31% со средним общим образованием, 22.5% со средним профессиональным и 46.5% с высшим, 29.22% трудоустроены. Подвыборка для проверки ретестовой надежности составила 117 человек (66.67% женщин), возраст респондентов варьировал от 17 до 47 лет ( $M = 22.15$ ,  $SD = 5.4$ ).

Вторая выборка<sup>2</sup> (2022 г.) включает 451 человека (74.72% – женщины). Возраст респондентов 15–50 лет ( $M = 23.17$ ,  $SD = 5.43$ ), из них 19.29% со средним общим образованием, 16.85% со средним профессиональным и 63.86% с высшим, 42.57% трудоустроены. Подвыборка для проверки ретестовой надежности составила 216 человек (78.24% – женщины), возраст респондентов варьировал от 16 до 40 лет ( $M = 23.29$ ,  $SD = 5.13$ ).

Таким образом, общая выборка составила 1180 человек, из них 57 человек (4.83%) в возрасте от 15 до 17 лет (52 девушки и 5 юношей), 898 человек (76.1%) в возрасте от 18 до 24 лет (730 женщин и 168 мужчин), 146 человек (12.37%) в возрасте от 25 до 29 лет (91 женщина и 55 мужчин), 79 человек (6.69%) в возрасте от 30 до 50 лет (55 женщин и 24 мужчины).

### Методики

*Опросник хикикомори из 25 пунктов* (25-item Hikikomori Questionnaire, HQ-25; Teo et al., 2018). Английская версия опросника HQ-25 была переведена на русский язык. Процедура перевода была стандартной: сначала текст опросника был независимо переведен двумя специалистами, владеющими английским языком и имеющими опыт работы в области клинической психологии, с последующим обсуждением разночтений и выработкой общего решения, после чего были выполнены обратный перевод, сравнение и окончательное утверждение текста опросника. Было получено разрешение на адаптацию от автора оригинального опросника (доктора медицины Алана Р. Тео).

Для оценки конвергентной валидности использовались в основном те же методики, которые применялись при валидации оригинальной версии HQ-25, за исключением шкалы предпочтения одиночества (Preference for Solitude Scale, PSS; Burger, 1995), не адаптированной в России, которая была заменена шкалой позитивного одиночества ДОПО-3.

*Шкала одиночества UCLA* (University of California, Los Angeles) (версия 3) Д. Рассела (Ишмухаметов, 2006). Шкала состоит из 20 вопросов, оценивающих степень выраженности субъективного переживания одиночества как негативного состояния, каждый из которых нужно оценить по шкале Ликерта

---

<sup>2</sup> Участников 2022 г. просили отметить, принимали ли они ранее участие в данном исследовании; при анализе данных учитывались только новые участники.

от 1 (никогда) до 4 (всегда); более высокий балл указывает на большее одиночество ( $\alpha = 0.89/0.91$ ) (здесь и далее через косую черту даны показатели для выборок 1 и 2 соответственно).

*Дифференциальный опросник переживания одиночества (ДОПО-3) (краткая версия)* (Осин, Леонтьев, 2013). Данный опросник основан на понимании одиночества как многомерного конструкта и позволяет оценить общее переживание одиночества ( $\alpha = 0.87/0.89$ ), а также два аспекта отношения к нему: позитивное одиночество ( $\alpha = 0.83/0.84$ ) и зависимость от общения ( $\alpha = 0.86/0.87$ ). Краткая версия состоит из 24 утверждений, которые предлагается оценить по шкале Ликерта от 1 (не согласен) до 4 (согласен); для анализа рассматривается сумма баллов по каждой шкале.

*Многомерная шкала восприятия социальной поддержки Г. Зимета* (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS; Кузнецов и др., 2015). Шкала содержит 12 утверждений, описывающих восприятие социальной поддержки, получаемой из трех источников: семья ( $\alpha = 0.91/0.91$ ), друзья ( $\alpha = 0.94/0.93$ ) и близкий человек ( $\alpha = 0.91/0.92$ ), которые предлагается оценить по семибальной шкале Ликерта от 1 (абсолютно не согласен) до 7 (абсолютно согласен). Анализируется общий балл по шкале ( $\alpha = 0.90/0.92$ ) и трем шкалам, описанным выше; более высокий балл указывает на большую социальную поддержку.

Дополнительно для проверки дискриминантной валидности в исследовании была включена сокращенная версия *шкалы социальной желательности Марлоу-Крауна* (Marlowe–Crowne Social Desirability Scale, MC-SDS; Ханин, 1976), чтобы проанализировать смещение ответов, которое может быть вызвано социальной желательностью. Шкала содержит 20 пунктов, с каждым из которых респондент должен согласиться или не согласиться ( $\alpha = 0.64/0.69$ ).

*Полуструктурированное интервью.* Для оценки критериальной валидности HQ-25 и получения дополнительных данных об опыте переживания хикикомори в российском культурном контексте было составлено полуструктурированное интервью в соответствии с предложенной ранее структурой диагностического интервью (Teo et al., 2015a) и новыми критериями хикикомори (Kato et al., 2019, 2020a).

Кроме того, поскольку данное исследование проводилось во время пандемии COVID-19, были включены вопросы для оценки возможного влияния вынужденной социальной изоляции на показатели HQ-25. Респондентам предлагалось оценить по шкале от 1 (совсем не повлияла) до 7 (сильно повлияла) влияние ситуации с пандемией на 1) интенсивность (сокращение) их социальных взаимодействий, 2) количество времени, проведенного в одиночестве, и 3) возможность общения с близкими людьми. Для оценки влияния рассчитывался средний балл.

Статистический анализ данных проводился в программах Jamovi 1.6.23, JASP 0.16.3 и EQS 6.2.

## Результаты

### Факторная структура

Для анализа факторной структуры HQ-25 проводился конфирматорный факторный анализ в статистическом пакете EQS 6.2 for Windows. Поскольку анализ показал, что распределение переменных отклоняется от многомерной нормальности, конфирматорный факторный анализ проводился с поправкой Саторры-Бентлера. Сначала проверялась трехфакторная модель в соответствии с ранее выделенной структурой оригинального опросника. Результаты показали неудовлетворительный уровень соответствия эмпирическим данным на обеих выборках. Проверка бифакторной модели с общим фактором (выраженность признаков хикикомори) и тремя специфическими факторами (социализация, изоляция, эмоциональная поддержка) показала приемлемое соответствие данным (практические индексы соответствия CFI и TLI находятся в пределах 0.90–0.95, значения RMSEA < 0.06, SRMR < 0.08) (Brown, 2015) (см. таблицу 1).

Полученные факторные нагрузки для бифакторной модели (см. таблицу 2) позволяют оценить, в какой мере дисперсия каждого пункта связана с общим показателем, а также со спецификой шкал. Исходя из этих данных, можно заключить, что предпочтительнее использовать общий балл по опроснику, хотя анализ шкал тоже выглядит допустимым.

Таблица 1

Показатели пригодности моделей КФА для факторов HQ-25

Модель	(S-B) $\chi^2$ (df)	CFI	TLI	RMSEA	90% CI	SRMR
<i>Выборка 1</i>						
Трехфакторная модель	1153.4699 (272)	0.861	0.847	0.067	0.063, 0.071	0.072
Бифакторная модель (3 фактора + общий фактор)	704.9606 (249)	0.928	0.913	0.050	0.046, 0.054	0.045
<i>Выборка 2</i>						
Трехфакторная модель	958.2598 (272)	0.863	0.849	0.075	0.070, 0.080	0.076
Бифакторная модель (3 фактора + общий фактор)	561.6358 (249)	0.937	0.925	0.053	0.047, 0.059	0.045

*Примечание.* (S-B) $\chi^2$  – значение статистики хи-квадрат с поправкой Саторры-Бентлера; df – число степеней свободы  $\chi^2$ ; CFI – сравнительный индекс согласия Бентлера; TLI – индекс Такера-Льюиса; RMSEA – корень среднеквадратической ошибки аппроксимации; 90% CI – доверительный интервал для RMSEA; SRMR – стандартизированный корень среднеквадратического остатка. Все корреляции значимы на уровне  $p < 0.001$ .

Таблица 2

## Факторные нагрузки для бифакторной модели HQ-25

Пункт	Общий фактор	Социализация	Изоляция	Эмоциональная поддержка
1	0.567*/0.713*	0.296/0.254		
4	0.410*/0.413*	0.508*/0.555*		
6	0.451*/0.496*	0.294*/0.389*		
8	0.513*/0.641*	0.468*/0.354*		
11	0.403*/0.559*	0.507*/0.423*		
13	0.428*/0.609*	0.352*/0.190*		
15	0.391*/0.508*	0.667*/0.629*		
18	0.608*/0.693*	0.321*/0.222*		
20	0.568*/0.505*	0.271*/0.393*		
23	0.449*/0.576*	0.654*/0.681*		
25	0.459*/0.557*	0.658*/0.570*		
2	0.389*/0.441*		0.280/0.383	
5	0.393*/0.452*		0.238*/0.134*	
9	0.626*/0.564*		0.563*/0.763*	
12	0.545*/0.630*		0.161*/0.109*	
16	0.175*/0.335*		0.074*/0.136*	
19	0.731*/0.794*		0.220*/0.020*	
22	0.564*/0.415*		0.523*/0.613*	
24	0.759*/0.747*		0.034*/0.072*	
3	0.510*/0.465*			0.620/0.659
7	0.277*/0.340*			0.606*/0.565*
10	0.627*/0.355*			0.355*/0.588*
14	0.406*/0.231*			0.064*/0.224*
17	0.345*/0.329*			0.454*/0.446*
21	0.366*/0.351*			0.775*/0.826*

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

*Примечание.* Через косую черту указаны данные для выборок 1 ( $N = 729$ ) и 2 ( $N = 451$ ) соответственно.

### Надежность

В исследовании оценивались два класса надежности: надежность по внутренней согласованности и ретестовая надежность. Результаты анализа надежности по внутренней согласованности (по диагонали) и корреляционная матрица шкал HQ-25 приведены в таблице 3.

Приведенные данные свидетельствуют в целом о хорошей внутренней согласованности пунктов HQ-25 и соответствуют результатам зарубежных исследований, например, в оригинальном японском исследовании альфа Кронбаха для всех пунктов HQ-25 составила 0.96, для трех шкал — 0.94, 0.91 и 0.88 (Teo et al., 2018).

Учитывая большой возрастной разброс выборки, дополнительно уточнялась согласованность шкал HQ-25 в более узких возрастных группах. Большинство шкал демонстрируют достаточно высокую надежность по внутренней согласованности для исследовательских целей (см. таблицу 4).

Таблица 3

**Согласованность пунктов опросника (альфа Кронбаха, омега Макдональда) и корреляции (по Спирмену) между шкалами**

	<b>HQ-25</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
HQ-25	0.901/0.917 0.906/0.921			
1. Социализация	0.842/0.880	0.893/0.917 0.895/0.919		
2. Изоляция	0.822/0.846	0.583/0.633	0.767/0.816 0.784/0.823	
3. Эмоциональная поддержка	0.677/0.662	0.306/0.382	0.439/0.441	0.812/0.767 0.818/0.787

*Примечание.* Все корреляции значимы на уровне  $p < 0.001$ .

Таблица 4

**Согласованность пунктов опросника (альфа Кронбаха, омега Макдональда) по возрастным группам**

<b>Возрастные группы</b>	<b>Шкалы HQ-25</b>	<b><math>\alpha</math> Кронбаха</b>	<b><math>\omega</math> Макдональда</b>
15–17 лет	Общий показатель	0.858	0.867
	Социализация	0.862	0.866
	Изоляция	0.654	0.667
	Эмоциональная поддержка	0.727	0.757
18–24 лет	Общий показатель	0.912	0.915
	Социализация	0.909	0.91
	Изоляция	0.802	0.814
	Эмоциональная поддержка	0.803	0.812
25–29 лет	Общий показатель	0.903	0.909
	Социализация	0.896	0.899
	Изоляция	0.757	0.776
	Эмоциональная поддержка	0.775	0.787
30–50 лет	Общий показатель	0.91	0.913
	Социализация	0.899	0.901
	Изоляция	0.788	0.794
	Эмоциональная поддержка	0.761	0.774

Ретестовая надежность оценивалась при помощи коэффициента корреляции Спирмена между данными двух опросов, проведенных с интервалом в четыре недели. На подвыборке 1 ( $N = 117$ ) ретестовая надежность для общего балла по HQ-25 составила 0.86 ( $p < 0.001$ ), на подвыборке 2 ( $N = 216$ ) — 0.87 ( $p < 0.001$ ). Эти коэффициенты свидетельствуют о достаточной устойчивости показателей HQ-25 во времени. В оригинальном исследовании (Teo et al., 2018) анализ ретестовой надежности ( $N = 121$ ) дал близкие, но чуть более высокие показатели ( $r = 0.92$ ,  $p < 0.001$ ).

### *Конвергентная и дискриминантная валидность*

Для проверки конвергентной валидности HQ-25 использовались методики, измеряющие близкие конструкты: общее переживание одиночества (в литературе неоднократно сообщалось, что лица в состоянии продолжительной социальной изоляции испытывают чувство одиночества); предпочтение уединения (так как хикикомори является добровольным решением ухода от социальных контактов) и недостаточность воспринимаемой социальной поддержки (отмечается, что часто в качестве триггерного фактора для хикикомори выступает опыт буллинга в школе или критика со стороны учителей/работодателей, в тяжелых случаях лица с хикикомори не общаются даже с членами своей семьи, чувствуя осуждение с их стороны в отношении себя и своего поведения ухода).

Оценка дискриминантной валидности производилась путем корреляции показателей HQ-25 со шкалой Марлоу–Крауна, измеряющей конструкт социальной желательности; предполагалось, что добровольное решение социального ухода не должно быть связано с ориентацией на социальное одобрение. Результаты приведены в таблице 5.

Все ожидаемые нами связи подтвердились, что позволяет сделать вывод о конвергентной и дивергентной валидности адаптируемого опросника. В оригинальном исследовании были получены более высокие коэффициенты корреляции общего показателя HQ-25 со шкалой одиночества UCLA ( $r = 0.88$ ,  $p < 0.0001$ ), шкалой предпочтения одиночества ( $r = 0.73$ ,  $p < 0.0001$ ) и многомерной шкалой воспринимаемой социальной поддержки ( $r = -0.81$ ,  $p < 0.0001$ ) (Teo et al., 2018).

### *Критериальная валидность*

Для оценки количества респондентов, у которых наблюдались симптомы хикикомори, использовались обязательные диагностические критерии (социальная изоляция в собственном доме не менее 6 месяцев и признаки функциональных нарушений и/или дистресса) и несколько дополнительных критериев (избегание социальных ситуаций и социальных отношений). Кроме того, поскольку показатели по HQ-25 значимо отрицательно коррелировали с субъективной оценкой влияния ситуации с пандемией COVID-19 на социаль-

Таблица 5

## Корреляции показателей по HQ-25 с показателями других методик

	HQ-25 общий балл	Социализация	Изоляция	Эмоциональная поддержка
Шкала одиночества UCLA (версия 3)	0.65***/ 0.67***	0.44***/ 0.49***	0.52***/ 0.57***	0.65***/ 0.69***
<i>ДОПО-3</i>				
Общее одиночество	0.58***/ 0.57***	0.29***/ 0.36***	0.47***/ 0.47***	0.71***/ 0.72***
Зависимость от общения	-0.30***/ -0.23***	-0.40***/ -0.34***	-0.19***/ -0.12***	-0.07/ -0.02
Позитивное одиночество	0.34***/ 0.28***	0.38***/ 0.35***	0.29***/ 0.23***	0.11***/ 0.03
<i>Многомерная шкала восприятия социальной поддержки Г. Зимета (MSPSS)</i>				
MSPSS: общий балл	-0.58***/ -0.57***	-0.29***/ -0.35***	-0.25***/ -0.41***	-0.77***/ -0.77***
Поддержка от семьи	-0.34***/ -0.37***	-0.23***/ -0.26***	-0.28***/ -0.29***	-0.35***/ -0.43***
Поддержка от друзей	-0.53***/ -0.56***	-0.26***/ -0.37***	-0.38***/ -0.39***	-0.69***/ 0.72***
Поддержка от близкого	-0.49***/ -0.50***	-0.19***/ -0.26***	-0.33***/ -0.35***	-0.76***/ 0.78***
Шкала социальной желательности Марлоу–Крауна	-0.08*/ -0.09	-0.10**/ -0.14**	-0.07/ 0.01	0.01/ -0.05

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

*Примечание.* Через косую черту указаны данные для выборок 1 ( $N = 729$ ) и 2 ( $N = 451$ ) соответственно.

ную изоляцию (выборка 1:  $r = -0.19$ ,  $p < 0.001$ , выборка 2:  $r = -0.11$ ,  $p < 0.05$ )<sup>3</sup>, дополнительно учитывался этот фактор. С помощью квартильного деления были выделены контрастные группы по средней оценке влияния пандемии, для анализа соответствия критериям хикикомори рассматривалась только подгруппа с минимальной средней оценкой 1–2 балла (из диапазона 1–7). Процедура оценки хикикомори с помощью интервью была согласована с международным экспертом по хикикомори доктором Аланом Тео. В результате были выявлены респонденты, состояние которых соответствовало критериям хикикомори:

<sup>3</sup> Таким образом, коэффициент детерминации  $R^2$  для этих связей составляет 0.036 и 0.012 соответственно. Иными словами, субъективная оценка влияния ситуации с пандемией COVID-19 на социальную изоляцию объясняет не более 4% дисперсии баллов по HQ-25. Итак, несмотря на то, что исследование проводилось во время пандемии COVID-19, повышение показателей по HQ-25 не было обусловлено вынужденной социальной изоляцией.

• в первой выборке (2021 г.) – 20 человек (2.74%): 1 человек (0.14% от общей выборки) с тяжелой степенью тяжести, 11 человек (1.5%) – со средней и 8 человек (1.1%) – с легкой; примерная средняя длительность изоляции 3.6 года; из них 14 женщин (70%); возраст варьировал от 19 до 30 лет ( $M = 21.9$ ,  $SD = 2.97$ ), 8 человек (40%) со средним общим образованием, 7 (35%) – со средним профессиональным и 5 (25%) – с высшим; 2 человека (10%) трудоустроены;

• во второй выборке (2022 г.) – 14 человек (3.1%): 2 человека (0.44%) с тяжелой степенью тяжести, по 6 человек (1.33%) – со средней и легкой; примерная средняя длительность изоляции – 3.3 года; из них 9 женщин (64.29%); возраст варьировал от 15 до 32 лет ( $M = 22.71$ ,  $SD = 4.66$ ), 5 человек (35.71%) со средним общим образованием, 4 (28.57%) – со средним профессиональным и 5 (35.71%) – с высшим (в том числе 4 человека с неоконченным высшим); 3 человека (21.43%) трудоустроены.

Сравнение подгруппы с признаками хикикомори с оставшейся частью выборки (без признаков хикикомори) показало значимые различия по всем показателям по HQ-25, при этом наибольший размер эффекта наблюдался по общему баллу и по шкале изоляции (см. таблицу 6).

Данные результаты можно рассматривать как один из показателей критериальной валидности HQ-25.

Таблица 6

## Сравнение подгрупп с признаками и без признаков хикикомори по показателям HQ-25

Показатели HQ-25	Средние значения (SD)		Сравнение	
	Подвыборка с признаками хикикомори	Подвыборка без признаков хикикомори	U-критерий	Размер эффекта, $r_{fb}$
Выборка 1 (N = 729)	N = 20	N = 709		
Общий показатель	75.65 (11.2)	61.67 (16.08)	3376***	0.52
Социализация	3.15 (0.57)	2.70 (0.78)	4645**	0.35
Изоляция	3.40 (0.52)	2.67 (0.73)	2848***	0.59
Эмоциональная поддержка	2.30 (1.10)	1.73 (0.93)	4975*	0.29
Выборка 2 (N = 451)	N = 14	N = 437		
Общий показатель	74.57 (10.39)	55.6 (18.4)	1103***	0.64
Социализация	3.11 (0.66)	2.41 (0.9)	1659**	0.46
Изоляция	3.24 (0.39)	2.41 (0.88)	1191***	0.61
Эмоциональная поддержка	2.40 (0.82)	1.64 (0.88)	1563**	0.49

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

*Примечание.* Для расчета общего показателя использовалась сумма баллов по всем 25 пунктам опросника, при этом для показателей по шкалам рассчитывалось среднее значение по причине неравномерного количества пунктов внутри каждой шкалы.

### Половые и возрастные различия

Анализ половых различий по общему баллу не выявил значимых результатов. Обнаружено только одно значимое различие на выборке 2 по шкале эмоциональной поддержки: у мужчин этот показатель выше (т.е. субъективно воспринимаемая эмоциональная поддержка ниже), однако показатели размера эффекта незначительные ( $M = 2.02$ ,  $SD = 0.99$  у мужчин,  $M = 1.5$ ,  $SD = 0.82$  у женщин,  $U = 13968.5$ ,  $p < 0.001$ ,  $r_n = 0.273$ ). Анализ половых различий по HQ-25 в подгруппе с признаками хикикомори также не выявил значимых результатов.

Анализ возрастных особенностей с помощью ранговой корреляции Спирмена на всей выборке выявил только одну значимую слабую прямую связь между общим показателем по HQ-25 и возрастом на выборке 1 ( $N = 729$ ) ( $r = 0.08$ ,  $p < 0.05$ ).

Дополнительно проводился корреляционный анализ показателей HQ-25 с возрастом в наиболее многочисленной возрастной группе (от 18 до 29 лет) и для сравнения – в старшей группе (от 30 до 50 лет). В результате в группе 18–29 лет была выявлена слабая прямая связь общего балла по HQ-25 с возрастом ( $r = 0.096$ ,  $p < 0.01$ ), чего не наблюдалось в старшей группе 30–50 лет ( $r = -0.185$ ,  $z = 2.386$ ,  $p = 0.009$ ). Также в старшей группе 30–50 лет была выявлена слабая обратная связь шкалы «Изоляция» с возрастом ( $r = -0.242$ ,  $p < 0.05$ ), в отличие от данных в группе 18–29 лет ( $r = 0.082$ ,  $p < 0.01$ ,  $z = 2.77$ ,  $p = 0.003$ ) (см. таблицу 7).

### Контент-анализ данных интервью

Дополнительно к основным результатам был проведен контент-анализ данных интервью на объединенной подвыборке лиц с признаками хикикомори ( $N = 34$ ) для углубленного анализа специфики переживания опыта хикикомори в российском социокультурном контексте и анализа полученных данных применительно к структуре адаптируемого опросника.

В качестве причин социальной изоляции респонденты называли:

Таблица 7

Коэффициенты корреляций шкал HQ-25 с возрастом в возрастных группах 18–29 и 30–50 лет

Шкалы HQ-25	Возрастные группы	
	18–29 лет	30–50 лет
Общий показатель	0.096**	–0.185
Социализация	0.090**	–0.205
Изоляция	0.082**	–0.242*
Эмоциональная поддержка	0.060	–0.048

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

- *стресс от общения с людьми* (6 человек, 17.65%) (отмечалось, что общение приводит к моральному истощению/усталости от негатива, возникает желание уйти/закрыться, восстановиться);
- *травматичный опыт* (4 человека, 12.5%) (буллинг, предательство со стороны друзей);
- *недостаток поддержки* (4 человека, 12.5%) (критика, отвержение, давление со стороны близких, потребность в одобрении, оптимистической оценке перспективы);
- *социальная неловкость* (4 человека, 12.5%) (страх общения в связи с низкой оценкой своих коммуникативных навыков, страх критики);
- *депрессивные проявления* (4 человека, 12.5%) (внезапные приступы меланхолии, жалобы на астению/вялость, упоминалось наличие установленного депрессивного расстройства);
- *неудачи в социальных ситуациях* (3 человека, 9.38%) (неспособность справиться с новой социальной ролью, пропуски учебы и незавершенное обучение);
- *потеря жизненного смысла* (3 человека, 9.38%) («не знаю, что делать дальше»);
- *низкая самооценка* (2 человека, 6.25%) (разочарование в себе, стыд за себя);
- *разрыв романтических отношений* (2 человека, 6.25%).

Анализ видов деятельности во время социальной изоляции показал сходные с зарубежными данными результаты: подавляющее большинство респондентов отмечали, что в основном проводили время за компьютером/в Интернете, играя в видеоигры (14 человек, 43.75%), просматривая контент/общаясь в социальных сетях (13 человек, 38.14%), за просмотром фильмов/сериалов/роликов на YouTube (11 человек, 34.38%; просмотр аниме упомянули 7 человек, 20.59%).

Анализ отношения к личному опыту социальной изоляции показал, что из положительных аспектов респонденты называли:

- *облегчение от отсутствия людей* (6 человек, 17.64%) (чувство безопасности в уединении, отсутствие риска что-то сделать не так);
- *отдых* (6 человек, 17.64%) (уединение дает возможность успокоиться, отдохнуть от суеты);
- *предпочтение одиночества* (5 человек, 14.71%) (в одиночестве комфортнее находиться, продуктивнее работать дистанционно);
- *возможность заниматься творчеством* (2 человека, 5.88%).

Из отрицательных аспектов отмечались:

- *снижение качества жизни* (11 человек, 32.35%) (трудности с выполнением бытовых задач, снижение эмоционального отклика, когнитивных и социальных навыков);
- *одиночество* (5 человек, 17.71%) (отмечались потребность в близких эмоциональных отношениях и отказ от отношений из-за недоверия);

- *обострение негативных чувств к себе и окружающему миру* (4 человека, 11.76%) (в том числе утрата смысла жизни, суицидальные мысли).

На вопрос о том, хотелось ли бы преодолеть состояние хикикомори и нужна ли в этом помощь, ответили только половина респондентов, из них:

- 4 человека (11.76%) ответили *положительно* (отмечалось, что не получается сохранять удовлетворительное качество жизни, хотелось бы преодолеть чувство недоверия к людям, приводящее к постоянному стрессу);

- 5 человек (14.71%) ответили, что их все устраивает и *помощь им не нужна*;

- 8 человек (23.53%) дали *амбивалентные ответы* (потребность в помощи есть, но присутствуют опасения быть неправильно понятым, страх ухудшения ситуации, пессимизм в отношении положительного результата).

### Обсуждение

В статье представлены первые результаты апробации и валидизации «25-пунктного опросника хикикомори» (HQ-25) на российской выборке. Анализ психометрических свойств русскоязычной версии HQ-25 показал приемлемость бифакторной модели опросника с одним общим фактором и тремя специфическими. Выявлены хорошие показатели внутренней согласованности, ретестовой надежности, подтверждена конвергентная и дивергентная валидность, получены данные в пользу критериальной валидности опросника. Выявленные с помощью контент-анализа данных интервью особенности переживания опыта хикикомори на российской выборке хорошо согласуются с факторной структурой HQ-25: наиболее часто упоминаемыми причинами длительной социальной изоляции были стресс от общения с людьми и предпочтение избегающей стратегии совладания, травматичный опыт в школе и на улице, социальная неловкость, недостаток эмоциональной поддержки. Интересно, что некоторые респонденты в качестве причин социальной изоляции отмечали непринятие ими ценностей современного общества (в частности, культа успеха) и потерю смысла жизни, сложности с идентичностью (незнание, куда двигаться дальше, отсутствие целей, желаний, эмоционального отклика). Нам представляется, что это важный аспект в понимании личностных факторов хикикомори, которому можно уделить внимание в дальнейших исследованиях. В целом контент-анализ показал результаты, согласующиеся с данными других исследований (как восточных, так и западных): с одной стороны, социальный уход вызывает облегчение и воспринимается как возможность восстановить силы, заняться значимыми делами (творчеством, саморазвитием); с другой стороны, отмечается, что в большинстве случаев внутренних ресурсов для самоорганизации бывает недостаточно и происходит постепенное снижение качества жизни. Наиболее серьезными отдаленными негативными последствиями хикикомори являются нарастание одиночества, появление суицидальных мыслей. Все это осложняется трудностями доверия и откладыванием обращения за квалифицированной помощью. В связи с этим представляется важным работать с ближайшим окружением лиц

с хикикомори для повышения их осведомленности о факторах, способствующих развитию хикикомори, и о ресурсах поддержки лиц с данными симптомами и помощи им в установлении связи с обществом.

### Ограничения и будущие направления исследований

Поскольку это первое исследование психометрических свойств русскоязычной версии HQ-25, существует ряд потенциальных направлений будущих исследований, которые могли бы устранить ограничения данного исследования. Во-первых, данные собирались онлайн и выборка была представлена в основном молодыми людьми в возрасте от 18 до 30 лет, при этом большую часть составили женщины, география участников не уточнялась. Но стоит отметить, что онлайн-формат уже успешно применялся другими исследователями хикикомори (Hu et al., 2022; Je et al., 2022); более того, учитывая «закрытый» характер изучаемой проблемы, многими исследователями отмечаются его преимущества, во всяком случае, на начальном этапе помощи (Kato et al., 2019). Относительно возраста укажем, что, поскольку феномен хикикомори чаще всего наблюдается в подростковом и раннем молодом возрасте, результаты нашего исследования можно считать релевантными для дальнейшей работы с данной возрастной группой. Для последующих исследований можно предложить провести оценку психометрических свойств HQ-25 среди более молодых групп населения, включив подростков младшего возраста (12–14 лет), так как в этом возрасте, как правило, начинается проблема социальной изоляции, что позволит применять HQ-25 для скрининга риска возникновения хикикомори.

В литературе отмечается, что хикикомори — преимущественно мужской феномен, однако большую часть нашей выборки составили женщины, что требует дальнейшего изучения. С одной стороны, есть данные, согласующиеся с нашими результатами (например, недавнее исследование, проведенное в Китае, также показало преобладание женщин в подвыборке хикикомори) (Hu et al., 2022); некоторые исследования свидетельствуют о большей выраженности одиночества среди женщин (Pagan, 2020), что может объяснять высокий процент женщин в нашей подвыборке хикикомори. С другой стороны, можно предположить, что если у мужчин признаки хикикомори выражены сильнее, они могли не согласиться принять участие в исследовании из-за высокого недоверия (это согласуется с данными интервью). При этом анализ половых различий показателей по HQ-25 в нашем исследовании значимых результатов не выявил.

Во-вторых, мы не проводили анализ диагностической точности HQ-25, что связано с трудностью многоосевой оценки онлайн (исследование было осуществлено в период пандемии COVID-19). Кроме того, в России не существует специализированных центров психосоциальной помощи лицам с хикикомори, где можно было бы проводить исследования. При этом некоторые сообщества в социальных сетях являются своего рода группами поддержки людей со склонностью к хикикомори (например, самое многочисленное

сообщество ВКонтакте — «Hikikomori»), где подобные психологические исследования находят отклик среди подписчиков, поэтому в целом онлайн-процедура исследования представляется допустимой, хотя и связана с ограничениями. Предварительная оценка критериальной валидности показала приемлемые результаты для общего балла и шкалы изоляции, при этом средний балл в подвыборке хикикомори (выделенной согласно диагностическим критериям) составил более 75 (при предлагаемом авторами опросника пороговом значении в 42 балла из 100 возможных) (Teo et al., 2018), а процент участников с признаками хикикомори варьировал от 2 до 3. В целом по всей выборке в нашем исследовании средние значения по HQ-25 были выше, чем в оригинальном исследовании. Это могло быть связано с онлайн-форматом нашего исследования, что способствовало большей откровенности респондентов, а также с тем, что существенную долю выборки составили подписчики тематических пабликов, посвященных феномену хикикомори, групп психологических центров, поэтому среди респондентов могло быть больше лиц с сопутствующими расстройствами (например, с депрессией, игровым расстройством, что согласуется с данными контент-анализа). Более высокие показатели HQ-25 были получены также в зарубежных исследованиях на онлайн-выборках (Je et al., 2022), на клинических выборках (например, у пациентов с большим депрессивным расстройством с признаками хикикомори) (Teo et al., 2020).

В-третьих, факторные нагрузки некоторых пунктов по шкалам были низкими. Можно попробовать улучшить формулировку этих пунктов. В целом, как отмечают сами авторы HQ-25, данная версия опросника требует дальнейшего совершенствования. Например, поскольку эксплораторный факторный анализ показал, что первый фактор социализации объясняет большую часть дисперсии, в будущем можно будет попробовать разработать более краткую и чувствительную меру для диагностики риска хикикомори, — например, состоящую из 11 пунктов первого фактора социализации.

## Выводы

Поскольку хикикомори по-прежнему считается скрытой эпидемией во многих странах, ученые отмечают важность проведения кросс-культурных исследований для лучшего понимания общих и специфичных факторов хикикомори и разработки научно обоснованных эффективных методов помощи. Для этих целей HQ-25 представляется очень полезной методикой. Его русскоязычная версия может применяться в научно-исследовательских целях для изучения и лучшего понимания людей, подверженных риску хикикомори. Схожие результаты по двум разным выборкам свидетельствуют о воспроизводимости исследования, что важно в контексте текущего кризиса воспроизводимости в психологической науке. Также стоит отметить, что на сегодняшний день качественных исследований хикикомори немного, поэтому полученные нами результаты контент-анализа вносят вклад в развитие теоретических представлений о феномене хикикомори.

## Литература

- Войсунский, А. Е., Солдатова, Г. У. (2019) Эпидемия одиночества в цифровом обществе: хикикомори как культурно-психологический феномен. *Консультативная психология и психотерапия*, 27, 22–43. <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270303>
- Ишмухаметов, И. Н. (2006). Психометрические характеристики шкалы одиночества UCLA (версия 3): Изучение студентов ВУЗа. *Computer Modelling and New Technologies*, 10(3), 89–95.
- Кузнецов, В. А., Пушкарев, Г. С., Ярославская, Е. И. (2015). Надежность и валидность русскоязычной версии многомерной шкалы восприятия социальной поддержки (MSPSS). *Психологические исследования*, 8(41). <https://doi.org/10.54359/ps.v8i41.545>
- Нестерова, А. А., Кичман, Д. Н. (2022). Личностные особенности лиц, находящихся в состоянии острой социальной самоизоляции (хикикомори). *Вестник Московского государственного областного университета. Серия «Психологические науки»*, 2, 117–134.
- Осин, Е. Н., Леонтьев, Д. А. (2013). Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*, 10(1), 55–81.
- Ханин, Ю. Л. (1976). *Шкала Марлоу-Крауна для исследования мотивации одобрения*. Методическое письмо. Л.: НИИ физической культуры.

Ссылки на зарубежные источники см. в разделе *References*.

## References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Publ.
- Burger, J. M. (1995). Individual differences in preference for solitude. *Journal of Research in Personality*, 29(1), 85–108. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1995.1005>
- Fino, E., Iliceto, P., Carcione, A., Giovani, E., & Candilera, G. (2023). Validation of the Italian version of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25-1). *Journal of Clinical Psychology*, 79(1), 210–227. <https://doi.org/10.1002/jclp.23404>
- Gundogmus, I., Unsal, C., Alma, L., Tasdelen Kul, A., Aydin, M., Bolu, A., & Oznur, T. (2021). Reliability and validation of Turkish version of the 25-item Hikikomori Questionnaire. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(4), 235–242. <https://doi.org/10.5455/PBS.20210919124046>
- Hu, X., Fan, D., & Shao, Y. (2022). Social withdrawal (Hikikomori) conditions in China: A cross-sectional online survey. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 826945. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.826945>
- Ishmuhametov, I. N. (2006). Psychometric characteristics of the UCLA Loneliness Scale (version 3): a research of loneliness of the higher school students. *Computer Modelling and New Technologies*, 10(3), 89–95. (in Russian)
- Je, S. R., Choi, T. Y, Won, G. H., & Bong, S. H. (2022). Developing Korean version of the 25-item Hikikomori Questionnaire. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 61(2), 80–89. <https://doi.org/10.4306/jknpa.2022.61.2.80>

- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(8), 427–440. <https://doi.org/10.1111/pcn.12895>
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2020a). Defining pathological social withdrawal: Proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World Psychiatry*, 19(1), 116–117. <https://doi.org/10.1002/wps.20705>
- Kato, T. A., Shinfuku, N., & Tateno, M. (2020b). Internet society, internet addiction, and pathological social withdrawal: the chicken and egg dilemma for internet addiction and hikikomori. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(3), 264–270. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000601>
- Khanin, Yu. L. (1976). *Shkala Marlou-Krauna dlya issledovaniya motivatsii odobreniya* [Marlowe-Crowne Social Desirability Scale]. Leningrad: NII fizicheskoi kul'tury.
- Kuznetsov, V. A., Pushkarev, G. S., & Yaroslavskaya, E. I. (2015). Reliability and validity of the Russian version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). *Psikhologicheskoe Issledovaniya [Psychological Studies]*, 8(41). <https://doi.org/10.54359/ps.v8i41.545> (in Russian)
- Li, T. M., & Wong, P. W. (2015). Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 595–609. <https://doi.org/10.1177/0004867415581179>
- Loscalzo, Y., Nannicini, C., Huai-Ching Liu, I. T., & Giannini, M. (2022). Hikikomori Risk Inventory (HRI-24): A new instrument for evaluating Hikikomori in both Eastern and Western countries. *The International Journal of Social Psychiatry*, 68(1), 90–107. <https://doi.org/10.1177/0020764020975800>
- Nesterova, A. A., & Kichman, D. N. (2022). Personal characteristics of people in a state of acute social self-isolation (Hikikomori). *Vestnik Moskovskogo Gosudarstvennogo Oblastnogo Universiteta [Bulletin of the Moscow Region State University]. Series: Psychology*, 2, 117–134. (in Russian)
- Nonaka, S., & Sakai, M. (2021). Psychological factors associated with social withdrawal (Hikikomori). *Psychiatry Investigation*, 18(5), 463–470. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0050>
- Nonaka, S., Takeda, T., & Sakai, M. (2022). Who are hikikomori? Demographic and clinical features of hikikomori (prolonged social withdrawal): A systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(12), 48674221085917. <https://doi.org/10.1177/00048674221085917>
- Orsolini, L., Bellagamba, S., Volpe, U., & Kato, T. A. (2022). Hikikomori and modern-type depression in Italy: A new phenotypical trans-cultural characterization? *The International Journal of Social Psychiatry*, 68(5), 1010–1017. <https://doi.org/10.1177/00207640221099408>
- Osin, E. N., & Leontiev, D. A. (2013). Multidimensional Inventory of loneliness experience: structure and properties. *Psychology Journal of the Higher School of Economics*, 10(1), 55–81. (in Russian)
- Pagan, R. (2020). Gender and age differences in loneliness: Evidence for people without and with disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), Article 9176. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249176>
- Pozza, A., Coluccia, A., Kato, T., Gaetani, M., & Ferretti, F. (2019). The 'Hikikomori' syndrome: worldwide prevalence and co-occurring major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, 9(9), Article e025213. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025213>
- Saito, T. (2013). *Hikikomori: Adolescence without end*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Sakai, M., Ishikawa, S., Sato, H., & Sakano, Y. (2004). Development of hikikomori behavior checklist (HBCL) and examination of its reliability and validity. *Japanese Journal of Counseling Science*, 37, 210–220. <https://doi.org/10.1037/t68812-000>
- Teo, A. R., Chen, J. I., Kubo, H., Katsuki, R., Sato-Kasai, M., Shimokawa, N., Hayakawa, K., Umene-Nakano, W., Aikens, J. E., Kanba, S., & Kato, T. A. (2018). Development and validation of the 25-

- item Hikikomori Questionnaire (HQ-25). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(10), 780–788. <https://doi.org/10.1111/pcn.12691>
- Teo, A. R., Fetters, M. D., Stufflebam, K., Tateno, M., Balhara, Y., Choi, T. Y., Kanba, S., Mathews, C. A., & Kato, T. A. (2015a). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 64–72. <https://doi.org/10.1177/0020764014535758>
- Teo, A. R., & Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal?: A proposal for DSM-5. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 444–449. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e086b1>
- Teo, A. R., Nelson, S., Strange, W., Kubo, H., Katsuki, R., Kurahara, K., Kanba, S., & Kato, T. A. (2020). Social withdrawal in major depressive disorder: a case-control study of hikikomori in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1142–1146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.011>
- Teo, A. R., Stufflebam, K., Saha, S., Fetters, M. D., Tateno, M., Kanba, S., & Kato, T. A. (2015b). Psychopathology associated with social withdrawal: Idiopathic and comorbid presentations. *Psychiatry Research*, 228(1), 182–183. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.033>
- Uchida, Y., & Norasakkunkit, V. (2015). The NEET and Hikikomori spectrum: Assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1117. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01117>
- Voiskounsky, A. E., & Soldatova, G. U. (2019). Epidemic of loneliness in a digital society: Hikikomori as a cultural and psychological phenomenon. *Konsul'tativnaya Psikhologiya i Psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 27(3), 22–43. <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270303> (in Russian)
- Yung, J., Wong, V., Ho, G., & Molassiotis, A. (2021). Understanding the experiences of hikikomori through the lens of the CHIME framework: connectedness, hope and optimism, identity, meaning in life, and empowerment; systematic review. *BMC Psychology*, 9(1), Article 104. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00605-7>

Приложение

## Текст русскоязычной версии опросника хикикомори (HQ-25)

Пожалуйста, оцените, насколько точно следующие утверждения описывают Вас за последние ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ.

		Полностью не согласен	Скорее не согласен	Не могу согласиться или не согласиться	Скорее согласен	Полностью согласен
1	Я держусь в стороне от людей.	0	1	2	3	4
2	Я провожу большую часть своего времени дома.	0	1	2	3	4
3	На самом деле нет никого, с кем я могу обсудить важные вещи.	0	1	2	3	4

4*	Мне нравится знакомиться с новыми людьми.	0	1	2	3	4
5	Я запираюсь в своей комнате.	0	1	2	3	4
6	Люди мешают мне.	0	1	2	3	4
7*	В моей жизни есть люди, которые пытаются понять меня.	0	1	2	3	4
8	Я чувствую себя некомфортно в окружении людей.	0	1	2	3	4
9	Я провожу большую часть своего времени в одиночестве.	0	1	2	3	4
10*	Я могу поделиться своими мыслями с несколькими людьми.	0	1	2	3	4
11	Я не люблю быть на виду.	0	1	2	3	4
12	Я редко встречаюсь с людьми лично.	0	1	2	3	4
13	Мне трудно присоединиться к группам людей.	0	1	2	3	4
14	Есть очень мало людей, с которыми я могу обсудить важные проблемы.	0	1	2	3	4
15*	Мне нравится находиться в социальных ситуациях.	0	1	2	3	4
16	Я не живу по правилам и в соответствии с ценностями общества.	0	1	2	3	4
17	В действительности, в моей жизни нет ни одного человека, кто имел бы для меня очень большое значение.	0	1	2	3	4
18	Я избегаю разговоров с людьми.	0	1	2	3	4
19	Я мало общаюсь с людьми вживую, по переписке и т.п.	0	1	2	3	4
20	Я предпочитаю быть наедине с собой, чем с другими людьми.	0	1	2	3	4
21*	У меня есть человек, кому я могу доверять и с кем я могу поделиться своими проблемами.	0	1	2	3	4
22*	Я редко провожу время в одиночестве.	0	1	2	3	4
23	Мне не нравятся социальные взаимодействия.	0	1	2	3	4
24	Я трачу очень мало времени на общение с другими людьми.	0	1	2	3	4
25*	Мне очень нравится находиться в окружении людей.	0	1	2	3	4

HQ-25 имеет диапазон оценок от 0 до 100.

Социализация: 1, 4\*, 6, 8, 11, 13, 15\*, 18, 20, 23, 25\*.

Изоляция: 2, 5, 9, 12, 16, 19, 22\*, 24.

Эмоциональная поддержка: 3, 7\*, 10\*, 14, 17, 21\*.

Обратные пункты отмечены \*.

*Примечание.* С целью способствования росту исследовательского сообщества хикикомори обращаемся с просьбой при применении русскоязычной версии HQ-25 заполнить Пользовательское соглашение на сайте автора опросника доктора медицины Алана Роберта Тео <https://www.dralanteo.com/services-2>