

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК.
II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ЗЕЙГАРНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ: ВЫЗОВЫ И РЕСУРСЫ»

Глухова О.В., Саркисян В.Ж., Испирян М.М.,
Зарецкий Ю.В., Зарецкий В.К. —

Шахматы в школе для развития и здоровья:
опыт Армении и России

Казенная Е.В., Золотарева А.А., Ульянова А.С.,
Лебедева Н.А., Карпова Д.А. —

Валидация русскоязычной версии шкалы вторичного
травматического стресса на выборке специалистов,
оказывающих помощь детям с ОВЗ и инвалидностью и их семьям

Карпинский К.В., Бойко С.Л. —
Установочная регуляция вакцинального поведения
медицинских работников и студентов медицинских
специальностей в контексте пандемии COVID-19.

Часть I: теоретико-методологические основы исследования

SPECIAL ISSUE. II INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL
CONFERENCE «ZEIGARNIK FORUM. CLINICAL PSYCHOLOGY
IN THE MODERN WORLD: CHALLENGES AND RESOURCES»

Glukhova O. V., Sarkisyan V. Z., Ispiryanyan M. M.,
Zaretskii Yu. V., Zaretskii V. K. —

Chess in Schools for Development and Well-Being:
The Experience of Armenia and Russia

Kazennaya E. V., Zolotareva A. A., Ulyanova A. S.,
Lebedeva N. A., Karpova D. A. —

Validation of the Russian version of the Secondary Traumatic Stress
Scale on a sample of professionals providing support to children with
special educational needs and disabilities and their families

Karpinski K. V., Boyko S. L. —
Attitude regulation of the vaccination behavior of health workers and
medical students in the context of the COVID-19 pandemic. Part I:
Theoretical and methodological foundations of the research

4
2025

ПОБЕДИТЕЛЬ НАЦИОНАЛЬНОГО
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНКУРСА
«ЗОЛОТАЯ ПСИХЕЯ» В НОМИНАЦИИ
«ПРОЕКТ ГОДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ»
ПО ИТОГАМ 2007 и 2014 ГОДОВ

Главный редактор

Холмогорова А.Б.

Главные редакторы

Консультативная психология и психотерапия

2013 — Холмогорова А.Б.

2010—2012 — Василук Ф.Е.

Московский психотерапевтический журнал

2009 — Василук Ф.Е.

1999—2008 — Снегирева Т.В.

1997—1998 — Фенько А.Б.

1992—1996 — Василук Ф.Е., Цапкин В.Н.

Редакционная коллегия

Барабанщиков В.А.

Веракса Н.Е.

Гаранян Н.Г.

Головей Л.А.

Зарецкий В.К.

Лутова Н.Б.

Майденберг Э. (США)

Марцинковская Т.Д.

Польская Н.А.

Сирота Н.А.

Филиппова Е.В.

Шайб П. (Германия)

Шумакова Н.Б.

Ялтонский В.М.

Редакционный совет

Бек Дж.С. (США)

Кадыров И.М.

Карягина Т.Д.

Копьев А.Ф.

Кехеле Х. (Германия)

Петровский В.А.

Соколова Е.Т.

Сосланд А.И.

Тагэ С. (Германия)

Заместитель главного редактора

Москачева М.А.

Оригинал-макет

Баскакова М.А.

Адрес редакции

127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305

Телефон +7(495) 632-92-12

E-mail: mpj@mgppu.ru

«Консультативная психология и психотерапия»

Индексируется: АК Минобрнауки России

ВИНИТИ РАН РИНЦ

Ulrich's web, WoS, Scopus

Учредитель и издатель: ФГБОУ ВО «Московский
государственный психолого-педагогический университет»
Издается с 1992

Периодичность: 4 раза в год.

Свидетельство о регистрации СМИ:

ПИ № ФС77-69996 от 30 августа 2016 г.

Формат 60 × 84/16. Тираж 100 экз.

Все права защищены. Название журнала, рубрики, все тексты
и иллюстрации являются собственностью ФГБОУ ВО МГППУ
и защищены авторским правом. Перепечатка материалов
журнала и использование иллюстраций допускается только
с письменного разрешения редакции.

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-
педагогический университет», 2025, № 4

THE WINNER OF THE NATIONAL
CONTEST “GOLDEN PSYCHE”
IN THE “PROJECT OF THE YEAR”
IN PSYCHOLOGICAL
SCIENCE 2007, 2014

Editor-in-Chief

Kholmogorova A.B.

Editors-in-Chief

Counseling Psychology and Psychotherapy

2013 — Kholmogorova A.B.

2010—2012 — Vasilyuk F.E.

Moscow psychotherapeutic journal

2009 — Vasilyuk F.E.

1999—2008 — Snegireva T.V.

1997—1998 — Fenko A.B.

1992—1996 — Vasilyuk F.E., Tsapkin V.N.

Editorial Board

Barabanshikov V.A.

Filippova E.V.

Garanian N.G.

Golovey L.A.

Lutova N.B.

Maidenberg E. (USA)

Martsinkovskaya T.D.

Polskaya N.A.

Scheib P. (Germany)

Shumakova N.B.

Sirota N.A.

Sokolova E.T.

Yaltonsky V.M.

Zaretsky V.K.

The Editorial Council

Beck J.S. (USA)

Kadyrov I.M.

Karyagina T.D.

Kop'ev A.F.

Kächele H. (Germany)

Petrovsky V.A.

Sokolova E.T.

Sosland A.I.

Tagay C. (Germany)

Deputy Editor-in-Chief

Moskacheva M.A.

DTP

Baskakova M.A.

Editorial office address

Sretenka St., 29, office 305, Moscow, Russia, 127051

Phone: + 7 (495) 632-92-12

E-mail: mpj@mgppu.ru

«Counseling Psychology and Psychotherapy»

Indexed in: Higher qualification commission of the Ministry

of Education and Science of Russian Federation

Russian Science Citation Index (RSCI), VINITI Database RAS

Ulrich's Periodicals Directory, WoS, Scopus

Publisher: Moscow State University of Psychology and Education
Published quarterly since 1992

The mass medium registration certificate:

PI № FS77-69996. Registry date 30.08.2016.

Format 60 × 84/16. 100 copies.

All rights reserved. Journal title, rubrics, all text and images

are the property of MSUPE and copyrighted.

Using reprints and illustrations is allowed only with
the written permission of the publisher.

© MSUPE, 2025, № 4

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 33. № 4 (129) 2025 октябрь—декабрь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-69996

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
В.А. Барабанщиков, Н.Е. Веракса, Н.Г. Гаранян, Л.А. Головей,
В.К. Зарецкий, Н.Б. Лутова, Э. Майденберг (США),
Т.Д. Марцинковская, Н.А. Польская, Н.А. Сирота, Е.В. Филиппова,
П. Шайб (Германия), Н.Б. Шумакова, В.М. Ялтонский

Заместитель главного редактора
М.А. Москачева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru

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

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

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2025**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonC. Усл. печ. л. 10,28. Тираж 100 экз.

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

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

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

- 11 *Дьяков Д.Г.*
Методологический скзис современной доказательной психотерапии: к парадигме разработки терапевтических программ. Часть 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

- 36 *Глухова О.В., Саркисян В.Ж., Испирян М.М., Зарецкий Ю.В., Зарецкий В.К.*
Шахматы в школе для развития и здоровья: опыт Армении и России
- 57 *Палин А.В., Сирота Н.А.*
Применение современных подходов медико-психологической реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи

АПРОБАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ МЕТОДИК

- 76 *Казенная Е.В., Золотарева А.А., Ульянова А.С., Лебедева Н.А., Карпова Д.А.*
Валидация русскоязычной версии шкалы вторичного травматического стресса на выборке специалистов, оказывающих помощь детям с ОВЗ и инвалидностью и их семьям

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 96 *Карпинский К.В., Бойко С.Л.*
Установочная регуляция вакцинального поведения медицинских работников и студентов медицинских специальностей в контексте пандемии COVID-19. Часть I: теоретико-методологические основы исследования
- 112 *Батлук Ю.В., Красько Е.Л., Лаская Д.А., Розанов В.А., Шаболтас А.В.*
Психологические корреляты риска и протективные факторы суицидального поведения студентов вузов: изучение опыта проживания кризисных ситуаций
- 135 *Флитман Е.Д., Холмогорова А.Б., Васюкова О.В., Якубова Л.Н.*
Коммуникативные дисфункции в родительской семье как фактор нарушений пищевого поведения и эмоциональной саморегуляции у взрослых, страдающих ожирением.
- 155 *Коломыцев Д.Ю.*
Редукционизм поневоле: как неявные метафизические установки влияют на практику психиатра

EDITOR'S NOTES

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

THEORY AND METHODOLOGY

- 11 *Dyakov D.G.*
Methodological Schism of Modern Evidence-Based Psychotherapy:
towards a paradigm for developing therapeutic programmes. Part 2.

THEORETICAL REWIEWS

- 36 *Glukhova O.V., Sarkisyan V.Z., Ispiryan M.M.,
Zaretskii Yu.V., Zaretskii V.K.*
Chess in Schools for Development and Well-Being: The Experience
of Armenia and Russia
- 57 *Palin A.V., Sirota N.A.*
Application of modern approaches to medical and psychological
rehabilitation at the inpatient stage of psychiatric care

TESTING AND VALIDATING INSTRUMENTS

- 76 *Kazennaya E.V., Zolotareva A.A., Ulyanova A.C.,
Lebedeva N.A., Karpova D.A.*
Validation of the Russian version of the Secondary Traumatic Stress Scale
on a sample of professionals providing support to children with special
educational needs and disabilities and their families

EMPIRICAL STUDIES

- Karpinski K.V., Boyko S.L.*
- 96 Attitude regulation of the vaccination behavior of health workers
and medical students in the context of the COVID-19 pandemic. Part I:
Theoretical and methodological foundations of the research
- 112 *Batluk Y.V., Kras'ko E.L., Laskaja D.A., Rozanov V.A., Shaboltas A.V.*
Psychological correlates of risk and protective factors of suicidal behavior
of university students: studying the experience of surviving in crisis situations
- 135 *Fliitman E.D., Kholmogorova A.B., Vasyukova O.V., Yakubova L.N.*
Communication dysfunctions in the parental family as a factor in eating
disorders and emotional self-regulation in adults suffering from obesity
- 155 *Kolomytsev D. Yu.*
Reductionism by default: how implicit metaphysical assumptions
influence psychiatric practice

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

EDITOR'S NOTES

Предисловие главного редактора

13—15 ноября 2025 года в Московском государственном психолого-педагогическом университете состоялась II Международная научно-практическая конференция «Зейгарниковские чтения. Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы», организованная факультетом консультативной психологии и психотерапии в партнерстве с ведущими организациями в сфере образования и охраны психического здоровья в честь 125-летия Блюмы Вульфовны Зейгарник.

Конференция, которой посвящен данный спецвыпуск, стала значимым событием в жизни профессионального сообщества и собрала около 500 очных участников и более 1500 онлайн слушателей из разных городов (более 30) и регионов России, а также Армении, Белоруссии, Молдавии, Казахстана и Киргизии. Среди них были психологи, педагоги, психиатры, врачи разных специальностей и представители благотворительных фондов.

Прежде чем перейти к содержанию спецвыпуска, представляется важным сказать несколько слов о конференции в целом. На открытии конференции участников приветствовали директор Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей Министерства Просвещения Л.П. Фальковская, ректор ФГБОУ ВО МГППУ А.А. Марголис, проректор по учебно-научной работе АГПУ имени Х. Абовяна М.М. Испирян, руководитель ФМБА России В.И. Скворцова, директор ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» Н.Г. Незнанов и президент Союза охраны психического здоровья Н.В. Треушникова. Выступавшие подчеркнули важный вклад Блюмы Вульфовны Зейгарник в становление отечественной клинической психологии и необходимость сохранения и развития этого ценного наследия.

В программу конференции помимо пленарного заседания вошли 6 секционных заседаний и 6 круглых столов, на которых специалисты обменивались наработками и мнениями по самым актуальным пробле-

мам, включая общие методологические, организационные, юридические и этические аспекты психологической помощи, а также вопросы работы психолога в детской психиатрии, в многопрофильном стационаре и в социальной реабилитации. Отдельные заседания были посвящены таким проблемам, как агрессия и аутоагрессия в цифровую эпоху, современная феноменология депрессии, травматический стресс, эпидемия расстройств пищевого поведения и другие. Состоялись 5 мастер-классов, на которых ведущие продемонстрировали навыки ведения балинтовских групп, мотивационного интервью, методы групповой работы с суицидальным поведением у подростков, методы помощи в преодолении учебных трудностей у детей, методы работы психолога с онкологическими пациентами и особое направление — переживание музыки в движении как опыта целостного бытия личности. В электронный сборник тезисов, выпущенный к открытию конференции, вошли более 150 работ, представляющих современное поле клинико-психологических исследований.

В этом спецвыпуске мы представляем статьи, подготовленные на основе докладов с различных секций и круглых столов. Его открывает статья по одному из пленарных докладов, посвященному важнейшей методологической проблеме современной психотерапии — проблеме интеграции знаний из разных школ и подходов. Необходимость и неизбежность такой интеграции подчеркивал Арон Бек в своей статье о будущем психотерапии (см. спецвыпуск нашего журнала, посвященный столетию создателя когнитивной терапии А.Т. Бека), а также выдающийся исследователь общих принципов эффективности психотерапии Клаус Граве (автор книги «Общая психотерапия»). В отечественной терапии в качестве методологической основы для такой интеграции при работе с депрессивными, тревожными расстройствами и расстройствами пищевого поведения была разработана многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра (Холмогорова, Гаранян, 1998; Холмогорова, 2006, 2011). Автор статьи Д.Г. Дьяков формулирует целый ряд методологических принципов, которые будут способствовать научно обоснованной интеграции при решении той или иной практической задачи в противовес существующей опасности эклектического смешения разных техник и приемов в эпоху бесконечного разнообразия психотерапевтических школ и подходов.

В раздел «Теоретические обзоры» вошли две статьи, подготовленные по докладам на круглом столе «Связь развития, образования и здоровья с позиций культурно-исторической психологии» и в секции по психотерапии и психосоциальной реабилитации.

В первой статье, написанной группой авторов — О.В. Глуховой, В.Ж. Саркисян, М.М. Испирян, Ю.В. Зарецким и В.К. Зарецким, отражен уже достаточно длительный опыт сотрудничества российских и армянских специалистов в области обучения шахматам в школе как ресурса для общего развития учащихся. Если в Армении уже много лет существует шахматный всеобуч, то в России таким уникальным местом, где уже больше 20 лет во всех школах ведется обучение детей по программе «Шахматы для общего развития», является небольшой город Сатка Челябинской области. К сожалению, этот уникальный опыт в России до сих пор остается локальным. В данной статье дается важное теоретическое обоснование скрытых ресурсов этой древней как мир игры, которые включают в себя мощные механизмы развития интеллектуальной и эмоциональной сфер ребенка. Однако, как убедительно показывают авторы статьи, важную роль для включения этих механизмов играет именно методика обучения.

Вторая статья этого раздела содержит важную проблематизацию традиционного формата психообразовательных программ в большой психиатрии при лечении пациентов, страдающих шизофренией. Ее авторы А.В. Палин и Н.А. Сирота показывают важность проведения таких программ на ранних этапах стационарного лечения и с привлечением бывших пациентов, успешно прошедших психосоциальную реабилитацию, в качестве ведущих.

В третий, традиционный и очень важный раздел номера — «Апробация и валидизация методик» — вошла одна статья, написанная по материалам конференции. Впечатляют не только размеры выборки, на которой проведена валидизация, но и чрезвычайная актуальность и востребованность предлагаемой зарубежной методики, позволяющей оценить уровень так называемого вторичного травматического стресса у специалистов, работающих с детьми и родителями детей с ОВЗ и инвалидностью. Авторы статьи Е.А. Казенная, А.А. Золотарева, А.С. Ульянова, Н.А. Лебедева, Д.А. Карпова организовали обследование выборки из 2382 человек и убедительно доказали высокие психометрические свойства методики STSS (Secondary Traumatic Stress Scale), которая теперь доступна российским специалистам и поможет профилактике выгорания у представителей одной из важнейших помогающих профессий.

Наконец, последний раздел спецвыпуска — «Эмпирические исследования» — представлен четырьмя статьями. Первая из них написана нашими белорусскими коллегами С.Л. Бойко и К.В. Карпинским по их совместному докладу на пленарном заседании конференции. В статье,

состоящей из двух частей, на репрезентативной выборке анализируется установочная регуляция вакцинального поведения медицинских работников и студентов в контексте пандемии COVID-19. Анализ опыта пандемии представляется очень важным для предотвращения масштабных эпидемий и больших человеческих потерь. Первая часть статьи посвящена теоретико-методологическому обоснованию оценки этого феномена: анализу концепций установочной регуляции вакцинального поведения и выбору наиболее современной из них в качестве основы исследования.

Впечатляют выводы второй статьи, подготовленной по материалам доклада на секции, посвященной агрессивному и аутоагрессивному поведению. В эпоху, когда число разводов превышает число заключенных браков, а психическое неблагополучие молодого поколения неуклонно нарастает, коллектив авторов — Ю.В. Батлук, Е.Л. Красько, Д.А. Лаская, В.А. Розанов и А.В. Шаболтас — эмпирически показывает, что суицидальные риски особенно велики в неполных семьях. Есть над чем задуматься...

Еще одна острая проблема затронута в следующей статье, подготовленной Е.Д. Флитман, А.Б. Холмогоровой, О.В. Васюковой и Л.Н. Якубовой по материалам выступления на секции, посвященной расстройствам пищевого поведения. Стремительный рост проблемы ожирения в последние десятилетия угрожает как физическому, так и психическому благополучию современного человека. Статья носит пилотажный характер, так как подготовлена на основе исследования небольшой выборки взрослых пациентов с ожирением, которым предлагалось ответить на вопросы относительно стиля коммуникации и воспитания в их родительской семье. Однако она открывает важное и до сих пор мало разработанное в отечественной науке направление — изучение семейных факторов ожирения, понимание которых может стать важнейшей основой его лечения и профилактики.

Завершает спецвыпуск статья Д.Ю. Коломыцева, которая открывает новые аспекты проблемы образования и методологической культуры современных профессионалов в области психического здоровья. Статья подготовлена по материалам доклада на круглом столе «Мозг, сознание и культура: опасность нового редукционизма в эпоху нейронаук».

Эпидемия нейроредукционизма поистине захлестнула современные науки о психическом здоровье. Многие ученые ищут выход из возникшего кризиса, который только углубился с появлением искусственного интеллекта. Так, Массачусетский институт технологий объявил об учреждении научного Клуба «Сознание», который ставит своей целью со-

единить философию и нейронауки в поисках ответов на вопросы, что такое сознание и откуда возникает субъективный опыт, ассоциированный с функцией головного мозга. Будем надеяться, что состоявшийся круглый стол и сделанные на нем доклады также дадут импульс для создания в России постоянно действующего семинара для междисциплинарного анализа насущной для современной психиатрии, клинической психологии и философии проблемы сознания. Важной методологической базой для такой работы должна стать культурно-историческая психология Л.С. Выготского, который посвятил проблеме Сознания всю свою творческую жизнь. Ее осмыслению и развитию посвятила свою жизнь также и соратница Л.С. Выготского, основательница московской школы клинической психологии Блюма Вульфовна Зейгарник.

В качестве одного из ведущих и докладчиков этого круглого стола должен был бы выступить Александр Шамильевич Тхостов, который скоропостижно скончался 27 июля 2025 года, когда подготовка к конференции была в самом разгаре. Мы не стали убирать его фамилию из программы, она осталась там в черной траурной рамке. Все участники круглого стола остро ощутили его отсутствие. Александра Шамильевича отличала смелость и даже дерзость в подходе к сложным научным вопросам. Его широкая эрудиция не только в области психологии, но в области литературы, философии, методологии, а также свободное владение иностранными языками позволяли ему глубоко разбираться в самых сложных междисциплинарных проблемах. Его уход — большая потеря не только для близких и друзей, но и для всего психологического сообщества.

Завершил конференцию круглый стол воспоминаний, на котором выступили ученики Блюмы Вульфовны и ученики ее учеников. Аудитория была заполнена, но люди продолжали подходить в течении всего вечера. Все присутствующие единогласно отмечали царившую необыкновенно душевную и тёплую атмосферу. Вот как об этом написала наша коллега из Санкт-Петербурга, ведущая одной из секций и мастер-класса, Валентина Алексеевна Чулкова: «А потом мы присутствовали на круглом столе, посвященном воспоминаниям учеников Блюмы Вульфовны Зейгарник о ней. Воспоминания о Блюме Вульфовне — не побоюсь этого слова — бриллиант всей конференции. Мы ведь в Ленинградском университете (теперь СПбГУ) на факультете психологии учились по книгам Блюмы Вульфовны. Для меня всегда ее образ — это книги по патопсихологии. Вчера же, благодаря ее ученикам, я увидела ее настоящую — с чувством юмора, заботящуюся о своих учениках и любимую ими, преданную своему делу — в общем, живую. Это было замечательно!»

Владимир Альбертович Зейгарник, известный ученый-физик, подвел итог выступлениям, отметив, что тесная связь с коллегами и студентами, служение науке составляли главную часть жизни Блюмы Вульфовны и давали силы для преодоления всех тех трудностей и горестей, которые выпали на ее долю в тяжелые времена.

В заключение по онлайн-связи выступил внук и биограф Блюмы Вульфовны Андрей Зейгарник, которому мы обязаны воспроизведением жизненного пути Блюмы Вульфовны — очень трудного, даже трагического, но наполненного чрезвычайно важными и интересными событиями и встречами... Наконец, завершился вечер двумя песнями о замечательной семье Блюмы Вульфовны, которые исполнил их автор Виктор Кириллович Зарецкий. Когда все закончилось, с лиц всех участников и слушателей долго не сходили светлые улыбки; люди еще долго не расходились и общались друг с другом за чашкой чая. Было ощущение, что светлая и добрая душа Блюмы Вульфовны была с нами...

С другими материалами и записями докладов можно ознакомиться на сайте конференции <https://confzejgarnik2025.tilda.ws/> и в Телеграмм-канале <https://t.me/zejgarnik>

Дорогие читатели журнала, мы очень надеемся, что этот номер, посвященный материалам международной конференции памяти Блюмы Вульфовны Зейгарник, будет для вас интересным и полезным! От всего коллектива нашей редакции желаем хорошего и творческого Нового года, профессиональных успехов, здоровья, жизнестойкости и жизнелюбия!

А.Б. Холмогорова

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ THEORY AND METHODOLOGY

Научная статья | Original paper

Методологический схи́зис современной доказательной психотерапии: к парадигме разработки терапевтических программ. Часть 2

Д.Г. Дьяков ✉

Белорусский государственный университет,
Минск, Республика Беларусь

✉ dg_dkv@mail.ru

Резюме

Актуальность. Данная статья является продолжением статьи, вышедшей во втором номере журнала «Консультативная психология и психотерапия» в 2025 г. В ней развивается идея возможного преодоления методологического схи́зиса в доказательной психотерапии, обсуждение которого начато в прошлой статье. **Цель** — завершение анализа методологических принципов, опора на которые позволяет совершить переход от методологии психотерапевтической самоидентификации к методологии создания психотерапевтических программ. **Результаты.** В статье проанализированы следующие методологические принципы создания психотерапевтической программы: направленность на решение конкретных задач; интеграция инструментов, появившихся в рамках разных школ; ориентация на закономерности, выявленные в академической психологии; ориентация на проверяемость эффективности программы и предсказуемость ее эффектов; интеграция когнитивного и метакогнитивного уровней работы с мышлением; транспарентность эффектов психотехник, используемых в программе; ориентация на осознанность; нацеленность на овладение собственным поведением и мышлением. **Выводы.** Опора на проанализированные в двух статьях принципы обеспечивает возможность перехода к парадигме конструирования программ психологической помощи, как при использовании существующих, так и при разработке новых программ.

Ключевые слова: доказательная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, схизис доказательной психотерапии, принципы методологии построения программ, программы психологической помощи, осознанность, интегративность, контекстуальность, диалектический принцип, процессуальность, субъектность, эмпирическая обоснованность

Для цитирования: Дьяков, Д.Г. (2025). Методологический схизис современной доказательной психотерапии: к парадигме разработки терапевтических программ. Часть 2. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(4), 11—35. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330401>

Methodological Schism of Modern Evidence-Based Psychotherapy: towards a paradigm for developing therapeutic programs. Part 2

D.G. D'yakov ✉

Belarusian State University, Minsk, Republic of Belarus

✉ dg_dkv@mail.ru

Abstract

Relevance. This article is a continuation of the article in the previous issue (№ 2 2025). It continues the discussion of the situation of methodological schism in evidence-based psychotherapy. In the last article we listed the methodological principles that could become the basis for methodological fundamentals of psychological treatment programmes and started the process of their analysis. **The aim** of this paper is to complete the analysis of the methodological principles and to highlight the methodological foundations for addressing the problem of schism in evidence-based psychotherapy, through the transition to a methodology of programme design. **Results.** The following principles are highlighted: targeting the programme to solve specific problems; orientation to the integration of tools from different schools; alignment with patterns identified in academic psychology; emphasis on verifiable effectiveness and predictable outcomes of the program; integration of cognitive and meta-cognitive levels of working with thinking; transparency of the effects of the psychotechniques used in the program; focus on mindfulness; aiming at mastering one's own behaviour and thinking. **Conclusions.** The principles analysed in the two articles allow us to identify the basis for the methodological justification of both existing psychological help programmes and the development of new ones.

Keywords: evidence-based psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, schism of evidence-based psychotherapy, principles of program construction methodology, psychological assistance programs, mindfulness, integrativity, contextuality, dialectical principle, processuality, agency, empirical validity

For citation: Dyakov, D.G. (2025). Methodological Schism of Modern Evidence-Based Psychotherapy: towards a paradigm for developing therapeutic programmes. Part 2. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(4), 11—35. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330401>

Постановка проблемы

В предыдущей статье (Дьяков, 2025) в качестве решения сложившейся проблемы методологического схизиса в доказательной психотерапии было предложено перейти от парадигмы идентификации с методом к парадигме построения методологически фундированных терапевтических программ. Данный подход созвучен идеям создания интегративной психотерапии, развиваемым в отечественной психологии (Холмогорова, 2011). В рамках описываемого теоретического исследования мы предлагаем перейти от умножения различных методов/подходов к построению терапевтических программ, состоящих из модулей, направленных на поддерживающие проблему клиента циклы и интегрирующих подобранные для этого интервенции. Это смещает фокус с вопроса «как сочетать методы?» на вопрос «как создать оптимальную программу из модулей под конкретные цели терапии?». В данной статье мы продолжаем анализ методологических принципов, лежащих в основании существующих эффективных программ психологической помощи (как правило, позиционирующих себя в качестве самостоятельных методов)¹ и способных стать методологическими основаниями построения новых программ в будущем.

Методологические принципы, фундирующие программы доказательной психотерапии

Нацеливание программы на решение конкретных задач². Важно отметить, что программы, доказавшие свою эффективность, изначально разрабатывались, как правило, целенаправленно для решения конкретных

¹ К таким программам следует отнести: DBT for BPD, CBT for Depression, TFACT for PTSD, ACT for Depression, ACT for ADHD, Schema Therapy for Personality Disorders, CBT for Personality Disorders, CBT for OCD, EMDR for PTSD, MBCT, MORE, MBRP и т. д.

² В данном разделе и далее более подробно раскрываются методологические принципы и идеи, речь о которых шла в первой части статьи.

терапевтических задач. Так, А. Бек делал акцент на том, что его терапевтический метод создавался с целью снижения проявлений депрессивно-го синдрома: «...когнитивную терапию можно считать попыткой разрешения так называемых “парадоксов депрессии”» (Бек, Раш, Шо, 2003, с. 17). Дж. Янг пишет о проблемной ориентированности схематерапии: «Схема-терапия разработана для лечения хронических характерологических аспектов расстройств, а не для снятия острых психиатрических симптомов» (Янг, Клоско, Вайсхаар, 2020, с. 34). Ф. Шапиро отмечает, что: «Первоначально ДПДГ была психотерапевтической техникой, ориентированной именно на применение к лицам с диагнозом посттравматического синдрома» (Шапиро, 1998, с. 21). По собственным словам, М. Линехан: «ДПТ была первоначально разработана для лиц с высоким суицидальным риском и для лиц с симптомами ПРЛ» (Линехан, 2020, с. 47). На решение конкретных задач направлены и программы, базирующиеся на осознанности. Так, МВСТ создана для снижения рецидивов депрессии, MORE и MBRP для снижения выраженности аддиктивного поведения и т. д. (Дьяков, Слонова, 2016; Уильямс, Пенман, 2014; Garland, Froeliger, Howard, 2015; и др.).

Принцип ориентированности автора программы на решение конкретных задач исключительно важен, так как позволяет элиминировать тенденцию к идентификации специалиста с методом, претендующим на универсализм в плане решения проблем, что неизбежно снижает эффективность его применения (Добсон, 2021). Если рассматривать целостность терапевтической практики не с помощью оптики метода, но в оптике программы, представляющей собой последовательность модулей для решения терапевтической задачи, снижается искусственно созданная идентификация терапевта с методом, а значит, и связанные с этим эффекты — интрупповой фаворитизм и аутгрупповое соперничество.

Данный принцип также предполагает ориентацию при разработке индивидуальной программы на клиента, его интересы и пользу, а не на приверженность методу. Эта ориентация заключается в выборе максимально эффективных модулей работы для данного конкретного клиента, учете его потребностей, контекста его жизни, образования, семейного и в целом социального положения и опыта. Таким образом, в рамках этого принципа реализуется возможность как использования уже существующих программ (например, схематерапии при ПРЛ), так и *создания индивидуально-ориентированных терапевтических программ* с опорой на стандартные поддерживающие процессы, такие как избегание, руминации, придание нефункционального значения беспокой-

ству или выражению злости и т. д., но с учетом их индивидуального сочетания и содержания.

Ориентация на этику, учет потребностей, контекста, закономерного или индивидуального сочетания поддерживающих процессов является общим местом для разных терапевтических программ с доказанной эффективностью, таких как: DBT for PTSD (Ройтер, 2021), схематерапия для работы с расстройствами личности (Рёдигер и др., 2021), EMDR для работы с ПТСР (EMDR for PTSD) (Шапиро, 1998), МВСТ для профилактики рецидивов депрессии (Уильямс, 2014) и др.

Данный принцип восходит к философскому принципу целеориентированности. *Целеориентированность* — это одна из норм научного познания, характерная для неклассической науки, предполагающая ориентацию на цель как источник мотивации деятельности (Степин, 2000).

Ориентация на интеграцию инструментов, появившихся в рамках разных школ. Этот принцип заключается в интеграции инструментов, появившихся в рамках школ, изначально альтернативных когнитивно-поведенческому подходу (психодрама, психодинамический подход, религиозные психопрактики и т. д.). Для решения сложных практических задач, связанных с человеческой деятельностью, подверженной влиянию множества факторов, возникает потребность в выходе за границы классического типа научной рациональности и ориентации на научно обоснованную интеграцию знаний (Холмогорова, Гаранян, Пуговкина, 2022). Например, практики майндфулнесс расширяют репертуар орудий релаксации и создают условия для интероцептивной экспозиции, а рескриптинг позволяет оптимизировать предсказательные модели удовлетворения потребностей, лежащие в основе дисфункциональных схем. В то же время, интеграция не должна быть эклектичной: произвольное сочетание методов делает терапию неэффективной. Речь идет именно о психотехнической интеграции, фундированной методологически. Этот подход допускает использование необходимых инструментов, но отвергает постнеклассический принцип «дозволено все» / «anything goes» (Feyerabend, 2020). Интегративный принцип активно реализуется в разных доказательных целеориентированных программах психотерапии. Так, в DBT мы наблюдаем интеграцию упражнений на развитие осознанности, имеющих корни в буддийских религиозных психопрактиках; когнитивных техник тестирования мыслей, развивавшихся в русле западной психотерапии; практик релаксации и т. д. (Линехан, 2020). В программе СБТ для депрессии интегрированы практики поведенческой активации, когнитивного разделения, осознанности

(Вестбрук, Кеннерли, Кирк, 2022). В программах психологической помощи, базирующихся на осознанности (MBCT, MORE и др.), практики осознанности сочетаются с когнитивной работой, формированием мотивации, а также технологиями управления поведением (Уильямс, Пенман, 2014; Garland, Froeliger, Howard, 2015). Интересный вариант психотехнической интеграции когнитивно-поведенческого и системного семейного подходов в терапии тревожных расстройств в формате комплексной поэтапно реализуемой программы предлагают А.Б. Холмогорова и Н.Г. Гаранян (Гаранян, Холмогорова, 2013).

Этот принцип находит методологическое обоснование в работах А.Б. Холмогоровой, которая, опираясь на отечественную философию науки, определяет психотерапию как неклассическую научную дисциплину: «На смену конкурентной борьбе различных научных школ неизбежно приходит необходимость использования и интеграции их достижений на практике» (Холмогорова, 2011, с. 16).

Конкретно-научный принцип ориентации на интеграцию инструментов, появившихся в рамках разных школ, восходит к принципу интегративности, характеризующему неклассическую и постнеклассическую модели мировоззрения и мышления (Степин, 2000). Этот принцип, взятый в общефилософском масштабе, предполагает открытость объекта к внутриструктурной и внешней интеграции.

Ориентация на проверяемость эффективности программы и предсказуемость ее эффектов. Принцип проверяемости и предсказуемости направлен на максимизацию пользы для клиента и ответственности профессионального сообщества. Согласно ему, конструирование программы — это не искусство отдельного практика, а воспроизводимый процесс, эффективность которого подтверждается строгими исследованиями. Этот краеугольный принцип доказательной психотерапии (Вестбрук и др., 2022) требует корректной методологии: от планирования дизайна и репрезентативности выборки до контроля переменных с использованием валидизированного инструментария (Кэмпбелл, 1980). В последнем случае важно, чтобы инструмент контроля изменений зависимой переменной прошел корректную психометрическую проверку, включая определение его валидности, ретестовой надежности и т. д. Важным этическим условием реализации данного принципа является контроль наличия конфликта интересов при планировании и реализации исследования, а также при опубликовании его результатов. Последний пункт тоже требует большей определенности. Так, результаты исследований эффективности программы должны публиковать-

ся в изданиях с высоким импакт-фактором, входящих в рейтинговые базы (Scopus, WOS, PubMed и т. д.).

Ориентация на закономерности, выявленные в академической психологии. Принцип требует ориентации на академически обоснованные закономерности работы психики, что определяет контекстуальную эффективность терапевтической программы. Понимание нормальных и патологических процессов позволяет обосновать выбор стратегии воздействия. Например, знание закономерностей памяти объясняет природу ПТСР: диссоциация и фрагментация воспоминания препятствуют его интеграции в автобиографическую память (Ван дер Колк, 2020). Понимание закономерностей работы внимания позволяет объяснить эффекты, которые наблюдаются при использовании EMDR-экспозиций или экспозиций к воспоминаниям о психотравмирующих ситуациях, которые совмещены, например, с наблюдением за мерцающей свечой, практиками осознанности или иными формами десенсибилизации (Фоа, Кин, Фридман, 2005). Понимание закономерностей работы мышления и, в частности, такого акта мышления, как обобщение, выявленных Ж. Пиаже, Л.С. Выготским (Выготский, 2020; Пиаже, 2004) и другими исследователями, позволит понять закономерности формирования нефункциональных когнитивных схем и причины контекстуальной некорректности выводов, лежащих в их основе. Вместе с тем необходимо учитывать, что надежность программы снижается, если эти закономерности изменяются под влиянием социокультурных или возрастно-биологических факторов. В таких случаях необходимы дополнительные исследования и модификация программ для новых условий.

Транспарентность эффектов психотехник, используемых в программе. Этот принцип предполагает возможность объяснения механизма действия психотехник в рамках академической психологии, что позволяет терапевту использовать только методы с понятным механизмом работы. Техникам с неочевидной психомеханикой могут ошибочно приписываться эффекты, фактически вызванные плацебо, катарсисом или эмоциональным переживанием, связанным с активацией воображения — как, например, в случае с так называемыми «расстановками». Принцип также выполняет этическую функцию, обеспечивая предсказуемость эффектов для клиента. В программах, объединенных аббревиатурой «КПТ», принцип транспарентности реализован наилучшим образом. Так, С. Хейс и С. Хоффман объясняют психомеханику работы экспозиции через явление «гашения»: «Подобно процедуре экспозиции, гашение включает в себя многократное предъявление стимула, вызывающего

страх, без связанного с ним аверсивного стимула. В результате возникают две конкурирующие ассоциации: одна возбуждающая, связанная с опасностью, и одна тормозящая, связанная с безопасностью» (Хейс, Хофманн, 2022, с. 318). А. Бек объясняет механику сократического диалога и эксперимента: «Терапевт... по сути, проводит серию экспериментов, призванных опровергнуть негативные представления пациента о своей персоне. Получая наглядные доказательства ошибочности своих идей, пациент постепенно становится более уверенным в себе и берется за выполнение более сложных заданий» (Бек, Раш, Шо, 2003, с. 56) и «В ходе совместного исследования внутренней жизни... Пациент обнаруживает, что мешает ему достичь желаемых целей, и вырабатывает способы преодоления или обхождения этих препятствий» (Бек, Раш, Шо, 2003, с. 68). Разработчики EMDR-программ также ищут варианты объяснения эффектов используемой ими формы экспозиции. Так, Ф. Шапиро отмечает, что в ходе терапии происходит восстановление информации о негативных последствиях переживания и их включение в позитивную эмоциональную и когнитивную среду (Шапиро, 1998). Данный эффект достигается посредством удержания внимания на травматическом воспоминании (экспозиция в воображении) и ритмической билатеральной стимуляции (Novo Navarro et al., 2018). Также были выдвинуты гипотезы, объясняющие влияние движения глаз на симптомы ПТСР (Novo Navarro et al., 2018): предположения об усилении взаимодействия между полушариями, о стимулировании при помощи движений глаз физиологических изменений, схожих с фазой быстрого сна, и гипотеза перегрузки рабочей памяти. Э. Редигер, объясняя эффективность экспериенциальных техник, ссылается на модель двухуровневой обработки опыта, с опорой на которую указывает, что для изменения дисфункциональной схемы необходимо воздействие не только «холодных» когнитивно ориентированных техник для рациональной обработки, но и экспериенциальных техник для воздействия на эмоциональную память (Редигер и др., 2021). М. Линехан объясняет эффекты, производимые функциональным анализом: «У большинства пациентов возрастает способность обращать внимание, систематизировать и запоминать как проблемное поведение, так и связанные с ним события. Имеются данные, что это повышение способности к запоминанию конкретного поведения и событий можно считать одним из терапевтических механизмов ДБТ» (Лайнен, 2007, с. 233). Создатели программ, базирующихся на осознанности, также работают над объяснением эффектов, возникающих в ходе и после применения практик осознанности, объясняя их психологически через

смещение внимания с дисфункциональных содержаний, как правило, мышления и памяти, на более эмоционально нейтральные содержания (ощущения, возникающие в теле, процесс дыхания и т. д.), а нейрофизиологически — связывая с изменениями активности головного мозга в правой и левой частях префронтальной коры, а также в островковой коре (Дьяков, Слонова, 2016; Уильямс, Пенман, 2014 и др.).

Приведенные примеры являются иллюстрациями принципа транспарентности, поскольку демонстрируют прозрачность внутренней механики используемых методов.

Принципы ориентации на проверяемость эффективности программы и предсказуемости ее эффектов, нацеленности на закономерности, выявленные в академической психологии, а также на транспарентность используемых психотехник восходят к философскому принципу доказательности знания. Доказательность предполагает, что, конструируя научное знание, мы ориентируемся на возможность как его верификации, так и потенциальной фальсифицируемости, что предполагается «критерием Поппера». Опора на этот принцип делает эффекты терапии более предсказуемыми и менее зависимыми от контекстуальных изменений.

Принцип ориентации на осознанность. Этот принцип является универсальным для современной доказательной психотерапии. Практика и идея осознанности занимают центральные позиции в DBT, CBT, CFT-ориентированных программах. Они играют важную роль в структуре схематерапии, а также составляют идейный и практический остов программ, базирующихся на осознанности (MBCT, MBSR, MORE, MBRP и др.). Осознанность, понимаемая как в варианте «awareness» (социо-когнитивная майндфулнес, реализуемая в открытии новых деталей через внимание к контексту) (Холмогорова, 2016b), так и «mindfulness» (как процесс выхода в метапозицию по отношению к своим мыслям и ощущениям), позволяет решить несколько важных задач: способствует дезинтеграции с нефункциональными жизненными правилами; создает условия для прерывания потоков психической и поведенческой активности, что является условием (а в некоторых теориях и сутью) рефлексивности (здесь больше как awareness) и субъектного действия; практика осознанности выступает в функции переключателя психофизического состояния с симпатического возбуждения и напряжения к парасимпатическому облегчению и релаксации; наконец, осознанность может выступать в качестве инструмента интероцептивной экспозиции, позволяя клиенту сохранить концентрацию на ощущениях вместо привычного избегания (McManus, Surawy, Muse, 2012).

Это позволяет развивать у пациента потенциал к преодолению некоторых групп трансдиагностических факторов хронификации психических расстройств, включая персистирующее негативное мышление (в формах руминирования и беспокойства); конфликтные метакогнитивные схемы, поддерживающие негативные мысли; ригидность внимания с фиксацией на негативном опыте (симптомах тревоги и депрессии, эгодистонных мыслях, травматических воспоминаниях) и др. (Холмогорова, 2016b).

Идея осознанности в последнее время стала важнейшим компонентом практически во всех программах психотерапии с доказанной эффективностью. Так, описывая программу ДБТ для ПТСР (DBT for PTSD), Ройтер отмечает: «Порой осознание и принятие являются единственными действиями, к которым следует прибегнуть в стрессовой ситуации» (Ройтер, 2021, с. 35). Активная интеграция принципа осознанности обнаруживает себя и в программах, базирующихся на схема-терапевтической концептуализации: «Основанный на осознанности подход выступает в качестве третьего этапа — при помощи толерантного и снисходительного отношения к своим внутренним переживаниям относительно активации схем и режимов пациент обучается новым способам реагирования» (Фресвайк и др., 2021, с. 44). Один из лидеров современной схематерапии Э. Редигер так формулирует значимость этого принципа: «Интеграция психотерапевтических подходов третьей волны, таких как осознанность... служат подкреплению схема-терапевтического подхода... усиливая при этом режим Здорового взрослого» (Редигер и др., 2021, с. 16). Велика роль этого принципа и для метакогнитивной терапии: «Метакогнитивная терапия (МКТ) нацелена на развитие гибкости внимания» (Хейс, Штротсаль, Уилсан, 2021, с. 286). С. Хейс в своих текстах в целом рассматривает принцип осознанности как один из ключевых: «Выполнение... упражнений на осознанность в начале терапевтических сессий... способствует развитию внимания к настоящему моменту... повышение роли осознанности во время сессий может значительно повысить их терапевтическую эффективность» (Хейс, Штротсаль, Уилсан, 2021, с. 291—292).

В философском плане этот методологический принцип восходит к принципу *рефлексивности* поскольку рефлексивность является не только сущностью одной из форм осознанности («awareness»), но и восходит к единому с майндфулнесс механизму выхода субъекта в трансцендентальную позицию (Шедровицкий, 1995).

Интеграция когнитивного и метакогнитивного уровней работы с мышлением. Данный принцип предполагает определение приоритетности

работы с содержанием когниции, либо с их функциональностью и ценностной обусловленностью. Это значит, что программы, базирующиеся на доказательной методологии, как правило, ориентируются как на работу с когнициями, так и, в случае необходимости, с метакогнициями: «Хорошие или плохие убеждения могут не быть проблемой сами по себе, но... проблема может заключаться в привязанности человека к убеждениям. Чтобы начать процесс размежевания, терапевт может предоставить клиенту несколько примеров того, как может ослеплять привязанность даже к очень позитивным убеждениям» (Хейс, Штротсаль, Уилсан, 2021, с. 315). «Основопологающей частью терапии является видоизменение способа, которым пациент истолковывает появление и/или содержание своих навязчивых мыслей» (Брик и др., 2021, с. 131).

При этом когнитивный принцип не потерял актуальности и не противоречит метакогнитивному, так как разные поддерживающие проблему процессы требуют разного подхода, о чем пишет и сам С. Хейс: «Когнитивная переоценка помогает клиентам замедлить ход мыслей для распознавания дезадаптивного мышления... Когнитивная переоценка показана при целом ряде психических заболеваний, в том числе... депрессии, тревожных расстройствах, обсессивно-компульсивных и связанных с ними расстройств, расстройствах, связанных с травмами и стрессами, расстройствах пищевого поведения, зависимости и адаптации к медицинским проблемам, таким как хроническая боль, рак и диабет» (Хейс, Хофманн, 2022, с. 376). Разумеется, большое значение этому принципу, в его когнитивном компоненте, придают Д.А. Кларк и А.Т. Бек, отмечая: «Важно выявлять и исправлять ваши катастрофизированные мысли, что является одной из важных стратегий когнитивной терапии для снижения страха и тревоги» (Кларк, Бек, 2020, с. 64).

Выбор конкретного метода должен определяться характером поддерживающего процесса и данными исследований эффективности. Например, при перфекционизме в рамках ОКР эффективны поведенческие эксперименты, проверяющие катастрофические ожидания пациента. В то же время при ГТР с циклом беспокойства продуктивнее формировать функциональную метакогнитивную позицию, чем анализировать содержание мыслей.

Важность интеграции когнитивного и метакогнитивного уровней раскрывается через понятие «рефлексия», глубоко разработанное в отечественной психологии мышления. А.Б. Холмогорова отмечает, что рефлексия является важнейшим механизмом, позволяющим обе-

спечить произвольную саморегуляцию (Холмогорова, 2011). Таким образом, стратегическая цель многих терапевтических программ — развитие у клиента способности к рефлексии, т. е. к осознанию и перестройке собственных дисфункциональных убеждений и способов мышления. С позиций культурно-исторической психологии Л.С. Выготского, которую развивает в своих работах А.Б. Холмогорова, современная ситуация в области психического здоровья характеризуется повышенной нагрузкой на рефлексивные (фактически метакогнитивные) функции — ключевые способности в сфере социального познания. Этот подход позволяет анализировать психические расстройства не как следствие исключительно биологических нарушений, а как результат «блокады развития», вызванной несформированностью культурных средств регуляции психической деятельности в специфических социальных условиях (Холмогорова, 2016а).

Важным проявлением данного принципа является понимание роли языка в терапии, описанное нами ранее (Дьяков, 2025). В философском формате принцип единства когнитивного и метакогнитивного уровней работы с мышлением восходит к принципу *рефлексивности* — направленности человека на самопознание, осмысление своих собственных действий, когнитивных, а также самого мыслительного процесса (Щедровицкий, 1995).

Принцип овладения собственным поведением и мышлением. Л.С. Выготский описывал формирование произвольности и осознанности поведения и мышления как «краеугольный камень» развития ребенка (Выготский, 2020). Взрослый помогает ребенку обрести знания и навыки решения задач, а также право и обязанность делать это самостоятельно. Этот процесс, основанный на идее зоны ближайшего развития, напрямую применим к психотерапии. Как справедливо отмечают В.К. Зарецкий и А.Б. Холмогорова, «...развитие происходит только в процессе собственной деятельности человека, активность психотерапевта будет способствовать расширению зоны актуального и ближайшего развития при условии тщательного отслеживания и всемерной поддержки собственного движения пациента» (Зарецкий, Холмогорова, 2017, с. 45). Формирование функциональности психической жизни и поведения в ходе психотерапии предполагает фактически ту же стратегию: мы, выступая в роли мудрого взрослого, обучаем человека самостоятельно удовлетворять эмоциональные потребности наиболее эффективным способом, а затем передаем ему право и обязанность самостоятельно решать задачи и нести ответственность за результат таких действий. Человек, проходя через этап опоры на своего терапевта,

становится в итоге не заложником своего мышления и поведения, но их осознанным автором и произвольным актором. Эта логика в той или иной степени прослеживается во всех работающих программах, появляясь еще в КПТ Бека и сохраняя свое присутствие в ДБТ, схематерапии, АСТ, программах, базирующихся на осознанности (Бек, Раш, Шоу, 2003; Бек, 2024; Брик и др., 2021; Торнеке, 2022; Уильямс, 2014; Фаррел, Шоу, 2020; Хейс, Хофманн, 2022; Янг, Клоско, Вайсхаар, 2020; Garland и др. 2015; Gilbert, 2014 и др.).

Таким образом, этот процесс, описанный Л.С. Выготским, находит свое прямое воплощение в методологии современной психотерапии. А.Б. Холмогорова, анализируя механику когнитивной терапии, отмечает: «Основные шаги в работе когнитивного психотерапевта можно рассматривать как рефлексивный акт... рефлексивные акты неизменно повторяются, что, в конце концов, приводит к интериоризации рефлексивного акта, первоначально осуществляемого совместно двумя людьми» (Холмогорова, 2011, с. 71). Терапевт выступает как носитель культурного средства (рефлексии), которое в процессе совместной деятельности усваивается клиентом, становясь основой его произвольности и саморегуляции.

Принцип овладения собственным поведением и мышлением восходит к философскому идеалу *субъектности*, а также к связанной с ним философской идее рефлексивности. Субъектность воплощает способность человека управлять своими действиями и поступками, превращать свою жизнь в предмет практического преобразования. Субъектность, как отмечает В.И. Слободчиков, — это «категория, выражающая сущность внутреннего мира человека» (Слободчиков, Исаев, 1995, с. 74).

Выявленные принципы, таким образом, составляют методологию, лежащую в основе создания современных работающих программ психологической помощи. По терминологии И. Лакатоса, — это принципы, составляющие твердое ядро исследовательской программы (парадигмы), определяющие разработку индивидуальной структуры психологической помощи или программы психологической помощи при определенном расстройстве.

Реализация в программах. Проанализированные принципы в своем большинстве реализуются в нескольких активно апплицируемых программах психологической помощи. В табл. 1 представлены принципы, которые реализуются в программах психотерапии с доказанной эффективностью.

Таблица 1 / Table 1

**Методологические принципы, фундирующие разработку
 программ психологической помощи
 Methodological principles underpinning the development
 of psychological support programmes**

Философский уровень / Philosophical Level	Конкретно-научный уровень / Specific Scientific Level
Принципы, отражающие характеристики объекта терапии (когниций, эмоций, поведения) / Principles reflecting the characteristics of the object of therapy (cognitions, emotions, behaviour)	
Диалектичность / Dialecticality	Диалектическое единство модусов принятия и изменений / Dialectical unity of acceptance and change
Эволюционность / Evolutionism	Ориентация на адаптивность к культурно-средовым условиям / Orientation towards adaptability to cultural and environmental conditions
Процессуальность / Process Orientation	Ориентация на процессы, поддерживающие проблему или расстройство / Focus on the maintaining processes of a problem or disorder
Контекстуальность / Contextuality	Учет контекста поведения и мышления / Consideration of the context of behaviour and thinking
Рефлексивность / Reflexivity	Единство когнитивного и метакогнитивного уровней работы с мышлением (включая понимание роли языка в терапии) / Unity of cognitive and metacognitive levels in working with thinking (including understanding the role of verbal thinking in therapy)
	Принцип ориентации на осознанность / Principle of orientation towards mindfulness
	Ориентация программы на формирование субъектности: овладения человеком собственным поведением и мышлением / Programme orientation towards fostering agency: an individual's mastery over their own behaviour and thinking
Принципы, отражающие процессуальные и инструментальные характеристики программы / Principles reflecting the procedural and instrumental characteristics of a programme	
Целеориентированность / Goal orientation	Нацеливание программы на решение конкретных задач / Targeting the programme at solving specific tasks

Философский уровень / Philosophical Level	Конкретно-научный уровень / Specific Scientific Level
	Ориентация на интеграцию инструментов, появившихся в рамках разных школ и подходов, для достижения цели / Orientation towards integrating tools originating from different schools and methods to achieve the goal
Доказательность / Evidence-based practice	Транспарентность внутренней психомеханики используемых техник / Transparency of the internal mechanics of the techniques
	Ориентация на проверяемость эффективности программы и предсказуемость ее эффектов / Orientation towards verifiable programme effectiveness and predictability of its effects
	Ориентация на эмпирически обоснованные закономерности работы психики / Orientation towards empirically substantiated regularities of mental functioning

В табл. 2 перечислены программы психологической помощи с учетом тех конкретно-научных принципов, которые не были реализованы в рамках соответствующей программы.

Таблица 2 / Table 2

**Характер реализации конкретно-научной методологии
 в программах психологической помощи
 The nature of the implementation of specific scientific methodology
 in psychological support programmes**

Программы психологической помощи / Psychological Support Programmes	Конкретно-научные принципы НЕ реализованные (или реализованные не в полной мере) в рамках программы / Specific scientific principles NOT implemented (or not fully implemented) within the programme
Программа помощи пациентам с ПЛ (DBT for BPD) / Dialectical Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder (DBT for BPD)	Нацеливание программы на решение конкретной задачи (в случае рассмотрения как метода и применения к широкому кругу задач) / Targeting the programme at solving a specific task (when considered as a method and applied to a wide range of tasks)

Программы психологической помощи / Psychological Support Programmes	Конкретно-научные принципы НЕ реализованные (или реализованные не в полной мере) в рамках программы / Specific scientific principles NOT implemented (or not fully implemented) within the programme
Программа помощи пациентам с депрессией (CBT for Depression) / Cognitive Behavioural Therapy for Depression (CBT for Depression)	В целом реализованы / Implemented in general
Программы помощи пациентам с ПТСР, депрессией и СДВГ (TFACT, ACT for depression, ACT for ADHD) / Programmes for PTSD, Depression, and ADHD (TFACT, ACT for depression, ACT for ADHD)	Транспарентность психо-механики используемых техник / Transparency of the internal mechanics of the techniques
Программа помощи пациентам с РЛ (схематерапия расстройств личности) / Schema Therapy for Personality Disorders (ST for PD)	Транспарентность в части экспериенциальных техник (находится в стадии реализации), ориентация на решение конкретных задач (в случае практики применения к иным расстройствам) / Transparency regarding experiential techniques (in the process of implementation), orientation towards solving specific tasks (in the case of practical application to other disorders)
КПТ расстройств личности (программа Института Бека) / Cognitive Therapy for Personality Disorders (Beck Institute programme)	Ориентация на процессы, поддерживающие проблему или расстройство (фактически реализуется, но не отреллексирована) / Focus on the maintaining processes of a problem or disorder (practically implemented but not manifested)
Программа психологической помощи пациентам с ОКР (CBT for OCD) / Cognitive Behavioural Therapy for OCD (CBT for OCD)	В целом реализованы / Implemented in general
EMDR для работы с посттравматическим стрессовым расстройством (EMDR for PTSD) / Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Post-Traumatic Stress Disorder (EMDR for PTSD)	Диалектическое единство модусов принятия и изменений, нацеливание программы на решение конкретной задачи (в случае рассмотрения как метода и применения к широкому кругу задач), субъектность как овладение собствен-

Программы психологической помощи / Psychological Support Programmes	Конкретно-научные принципы НЕ реализованные (или реализованные не в полной мере) в рамках программы / Specific scientific principles NOT implemented (or not fully implemented) within the programme
	ным поведением и мышлением (частично) / The dialectical synthesis of the modes of acceptance and change; targeting the programme at solving specific tasks (when considered as a method and applied to a wide range of tasks); agency as the mastery over one's own behaviour and thinking (partly)
Унифицированный трансдиагностический протокол Барлоу (UP) / Barlow's Unified Protocol	Нацеливание программы на решение конкретной задачи / Targeting the programme at solving specific tasks
MBCT, MORE, MBRP / Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE), Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)	В целом реализованы / Implemented in general

Как видно из табл. 2, программы, рассматриваемые в настоящее время в формате методов/подходов/направлений психотерапии, т. е. претендующие на самоидентификацию, фактически в целом имплементируют обозначенные выше методологические принципы. Более того, и сами эти принципы были выявлены на основе анализа программ, представленных в первой колонке таблицы. Разумеется, нереализованность отдельных принципов в проанализированных выше программах не делает их невалидными и не снижает значительно их терапевтической ценности. Это свидетельствует лишь о необходимости более системной трансформации этих «методов» в формат терапевтических программ с осознанной ориентированностью на воплощение описанных выше принципов.

Методологическая спецификация программ

Анализируя характеристики программы с точки зрения выявленных методологических принципов, можно определить их *методологические спецификации*.

Спецификация складывается из особенностей реализации отдельных принципов внутри программы. Так, например, в программе DBT for PTSD принципы адаптивности и контекстуальности воплощаются в допуске (и даже поощрении в определенных случаях) телефонных звонков и коллегиальной рефлексии происходящего с клиентом (функционирование «team-ов»), что важно для пациентов с ПРЛ и суицидальным поведением.

Программа ACT for Depression придает особе значение принципу осознанности. Принцип интеграции когнитивного и метакогнитивного уровней работы с мышлением проявляется здесь в приоритизации метакогнитивного способа обращения с когнициями. Ключевыми для всех АСТ-специфицированных программ (ACT for depression, TFACT и т. д.) являются процессуальный и контекстуальный принципы, которые рассматриваются здесь как приоритетные. При этом принцип прозрачности внутренней психомеханики используемых техник не вполне реализован.

В схематерапии расстройств личности принцип диалектического единства принятия и изменений проявляется в построении особого типа отношений с клиентом, который называется замещающим повторным родительством, что важно для пациентов с расстройствами личности, для терапии которых и была создана соответствующая программа.

В рамках принципа опоры на эмпирически обоснованные модели психики можно наблюдать особое разнообразие специфицирующих проявлений. Так, например, в схематерапии — это опора на модель режимов и схем Дж. Янга (Янг, Клоско, Вайсхаар, 2020). В АСТ-специфицированных программах — на модель реляционного фреймирования С. Хейса (Торнеке, 2022; Хейс, Хофманн, 2022). В Mindfulness-ориентированных программах (MBCT, MORE и др) — на принципы работы внимания (Herbert, Forman, 2011). Модели оперантного и респондентного обусловливания фундируют ACT for PTSD и DBT for BPD и ряд других программ. Важно отметить, что эти модели не исключают друг друга и в целом взаимно непротиворечивы, создавая условия для соответствующей самоидентификации терапевтов, но не влияя радикально на структуру программ и их психотехническое наполнение.

Спецификация, которая является неизбежной в условиях создания программ, предназначенных для работы с отдельными расстройствами (которые требуют в некоторых случаях специальных требований к терапевтическому процессу, а также особых акцентов в реализации проанализированных выше принципов), в том, что у специалиста может возникнуть соблазн перенести эту спецификацию на программы, для которых она не будет повышающей эффективность терапии и даже

наоборот. При этом такие экспликации создают соблазн трансформации методологической спецификации в «метод/подход/направление» и дальнейшей идентификации терапевтов с ним, предполагающей ин-групповой фаворитизм и другие вытекающие из некорректного переноса проблемы, описанные в предыдущей статье.

Терапевтические «самоидентификации», сложно транскрибируемые в формат программ

Есть целый ряд «методов», «направлений», «подходов» и «моделей» доказательной психотерапии, которые сложно реконструировать в формат программ с доказанной эффективностью, но при этом предлагающих важные способы, стили и компоненты работы, которые могут и должны быть интегрированы или учтены в процессе построения таких программ. К таковым, например, можно отнести CFT, терапию эмоциональных схем и т. д. В каждом конкретном случае причина может быть специальной, но есть и общие позиции. Так, CFT в стандартном случае определяет спецификацию осуществления уже разработанных программ психотерапии. Например, в рамках программы КПТ для ГТР или социофобии CFT подчеркивается важность более гуманного, мягкого и заботливого подхода к планированию стандартных для этих программ экспозиций. Отдельный случай — это наличие специфических поддерживающих циклов, где несо-страдательный подход, сопряженный с самонаказанием и аутоагрессией, поддерживает циклы контекстуально нефункциональной вины или стыда. Тогда речь может идти о включении соответствующих психотехнических действий или их модификаций в существующую/разрабатываемую терапевтическую программу в качестве отдельного модуля. Так, например, идеи, развиваемые Р. Лихи в рамках терапии эмоциональных схем, позволяют интегрировать в терапевтические программы блок, направленный на работу с циклом придания значения эмоциям («индивидуальные теории эмоций») (Лихи, 2019). Такой блок может включать техники реструктуризации когниций, содержащих отношение к эмоциям; поведенческого эксперимента; психообразования в области эмоций, их значения и функций в жизни человека и т. д.

Таким образом, подобные терапевтические конструкции могут обеспечивать интеграцию отдельных блоков в создаваемые программы психологической помощи, а также через участие в спецификации большую контекстуальную чувствительность разрабатываемой программы.

Заключение

В статье представлена методология трансформации самоопределения психотерапии в направлении от идентификации с методом (подходом/направлением) к фундированной на специальных принципах разработке целенаправленных программ психологической помощи с доказанной эффективностью. С опорой на представленную в тексте методологию возможно как осмысление существующих, так и разработка новых программ психологической помощи, которые могут быть направлены не только на работу с пациентами, имеющими клинические расстройства, с ориентацией на характерные для них и закономерно воспроизводящиеся поддерживающие процессы, но и на создание индивидуальных программ оказания психологической помощи клиентам с доклинической симптоматикой.

Список источников / References

1. Бек, А., Раш, А., Шо, Б. (2003) *Когнитивная терапия депрессии*. М.: Питер.
Beck, A., Rush, A., Shaw, B. *Cognitive Therapy of Depression*, Moscow: Piter. (In Russ.).
2. Бек, Дж. (2024). *Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям: 3-е издание*. Санкт-Петербург: Питер.
Beck, J. (2024). *Cognitive-behavioral therapy: Third edition. Basics and Beyond*. Saint Petersburg: Piter. (In Russ.).
3. Брим, В., Чаллакомбе, Ф., Палмер, А., Салковскис, П. (2021). *Когнитивно-поведенческая терапия обсессивно-компульсивного расстройства*. Санкт-Петербург: Диалектика.
Brim, V., Challacombe, F., Palmer, A., Salkovskis, P. (2021). *Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder*. Saint Petersburg: Dialektika. (In Russ.).
4. Ван дер Колк, Б. (2020). *Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть*. М.: БОМБОРА.
Van der Kolk, B. (2020). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Moscow: BOMBORA. (In Russ.).
5. Вестбрук, Д., Кеннерли, Х., Кирк, Дж. (2022). *Введение в когнитивно-поведенческую терапию: навыки и применение*. Минск.
Westbrook, D., Kennerley, H., Kirk, J. (2022). *Introduction to cognitive-behavioral therapy: Skills and applications*. Minsk. (In Russ.).
6. Выготский, Л.С. (2020). *Мышление и речь*. Санкт-Петербург: Питер.
Vygotsky, L.S. (2020). *Thinking and speech*. Saint Petersburg: Piter. (In Russ.).
7. Гаранян, Н.Г., Холмогорова, А.Б. (2013). Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с

- хронифицированными формами тревожных расстройств. *Современная терапия психических расстройств*, 1, 34—41.
- Garanyan, N.G., Kholmogorova, A.B. (2013). Integration of family system and cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of patients with chronic forms of anxiety disorders. *Modern Therapy of Mental Disorders*, 1, 34—41. (In Russ., abstr. in Engl.)
8. Добсон, Д., Добсон, К. (2021). *Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии*. Санкт-Петербург: Питер.
Dobson, D., Dobson, K. (2021). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Saint Petersburg: Piter. (In Russ.)
9. Дьяков, Д.Г. (2025). Методологический схизис современной доказательной психотерапии: проблемы и пути выхода. Часть 1. *Консультативная психология и психо-терапия*, 33(2), 9—30. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330201>
Dyakov, D.G. (2025). Methodological Schism of Modern Evidence-Based Psychotherapy: Problems and Ways Out. Part 1. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(2), 9—30. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330201>
10. Дьяков, Д.Г., Слонова, А.И. (2016). Практики осознанности в развитии самосознания, коррекции и профилактике его нарушений. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, 3, 377—387. <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270103>
Dyakov, D.G., Slonova, A.I. (2016). Mindfulness practices in the development of self-awareness, correction and prevention of its disorders. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*, 3, 377—387. <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270103> (In Russ., abstr. in Engl.)
11. Зарецкий, В.К., Холмогорова, А.Б. (2017). Педагогическая, психологическая и психотерапевтическая помощь в процессе преодоления учебных трудностей как содействие развитию ребенка. *Консультативная психология и психотерапия*, 25(3), 33—59. <https://doi.org/10.17759/cpp.2017250303>
Zaretsky, V.K., Kholmogorova, A.B. (2017). Pedagogical, psychological and psychotherapeutic help in overcoming learning difficulties to facilitate development. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 25(3), 33—59.
12. Кларк, Д.А., Бек, А.Т. (2020). *Тревога и беспокойство: когнитивно-поведенческий подход*. Киев: Диалектика.
Clark, D.A., Beck, A.T. (2020). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution*. Kiev: Dialektika. (In Russ.)
13. Кэмпбелл, Д. (1980). *Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях*. М.: Прогресс.
Campbell, D. (1980). *Models of experiments in social psychology and applied research*. Moscow: Progress. (In Russ.)
14. Лайнен, М. (2007). *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности*. М.: Диалектика-Вильямс.

- Linehan, M. (2007). *Cognitive-behavioral therapy of borderline personality disorder*. Moscow: Dialektika-Vil'yams. (In Russ.)
15. Линехан, М. (2020). *Диалектическая поведенческая терапия: руководство по тренингу навыков*. Санкт-Петербург: Дialektika.
Linehan, M. (2020). *Dialectical behavior therapy: Skills training manual*. Saint Petersburg: Dialektika. (In Russ.)
16. Лихи, Р. (2019). *Терапия эмоциональных схем*. Санкт-Петербург: Питер.
Leahy, R. (2019). *Emotional schema therapy*. Saint Petersburg: Piter. (In Russ.)
17. Пиаже, Ж. (2004). *Психология интеллекта*. Санкт-Петербург: Питер.
Piaget, J. (2004). *The psychology of intelligence*. Saint Petersburg: Piter. (In Russ.)
18. Рёдигер, Э., Стивенс, Б., Брокман, Р. (2021). *Контекстуальная схематерапия. Интегративный подход к расстройствам личности, межличностных отношений и эмоциональной регуляции*. М.: Научный мир.
Roediger, E., Stevens, B., Brockman, R. (2021). *Contextual Schema Therapy: An Integrative Approach to Personality Disorders, Emotional Dysregulation, and Interpersonal Functioning*. Moscow: Nauchnyi Mir. (In Russ.)
19. Ройтер, К. (2021). *Диалектическая поведенческая терапия ПТСР*. Киев: Дialektika.
Reuter, K. (2021). *Dialectical behavior therapy for PTSD*. Kiev: Dialektika. (In Russ.)
20. Слободчиков, В.И., Исаев, Е.И. (1995). *Основы психологической антропологии. Психология человека: Введение в психологию субъективности*. М.: Школа-Пресс.
Slobodchikov, V.I., Isaev, E.I. (1995). *Fundamentals of psychological anthropology. Human psychology: Introduction to the psychology of subjectivity*. Moscow: Shkola-Press. (In Russ.)
21. Степин В.С. (2000). *Теоретическое знание*. М.: Прогресс-Традиция.
Stepin, V.S. (2000). *Theoretical knowledge*. Moscow: Progress-Traditsiya. (In Russ.)
22. Торнеке, Н. (2022). *Теория реляционных фреймов в клинической практике*. М.: Дialektika.
Törneke, N. (2022). *Learning RFT. An Introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Application*. Moscow: Dialektika. (In Russ.)
23. Уильямс, М., Пенман, Д. (2014). *Осознанность. Как обрести гармонию в нашем безумном мире*. М.: Манн, Иванов и Фербер.
Williams, M., Penman, D. (2014). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Moscow: Mann, Ivanov i Ferber. (In Russ.)
24. Фаррел, Дж.М., Шоу, И.А. (2020). *Практика схема-терапии. Взгляд изнутри. Рабочая тетрадь для терапевтов с заданиями для самостоятельной работы и саморефлексии*. Санкт-Петербург: Дialektika.
Farrell, J.M., Shaw, I.A. (2020). *Experiencing Schema Therapy from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists*. Saint Petersburg: Dialektika. (In Russ.)

25. Фоа, Э., Кин, Т., Фридман, М. (2005). *Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства*. М.: Когито-Центр.
Foa, E., Keane, T., Friedman, M. (2005). *Effective therapy for post-traumatic stress disorder: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Moscow: Cogito-Center. (In Russ.)
26. Фресвайк, М., Брурсен, Дж., Шуренк, Г. (2021). *Осознанность и схема-терапия*. М.: Научный мир.
Freswaik, M., Brursen, J., Shurenk, G. (2021). *Mindfulness and schema therapy*. Moscow: Nauchnyi Mir. (In Russ.)
27. Хейс, С.С., Хофманн, С.Г. (2022). *Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на процесс. Теория и основные клинические профессиональные техники и навыки*. Киев: Диалектика.
Hayes, S.C., Hofmann, S.G. (2022). *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Kiev: Dialektika. (In Russ.)
28. Хейс, С., Штросаль, К., Уилсон, К. (2021). *Терапия принятия и ответственности*. Киев: Диалектика.
Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K. (2021). *Acceptance and commitment therapy*. Kiev: Dialektika. (In Russ.)
29. Холмогорова, А.Б. (2016а). Значение культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского для разработки современных моделей социального познания и методов психотерапии. *Культурно-историческая психология*, 12(3), 58—92. <https://doi.org/10.17759/chp.2016120305>
Kholmogorova, A.B. (2016a). Significance of cultural-historical theory of psychological development of L.S. Vygotsky for the development of modern models of social cognition and psychotherapy. *Cultural-Historical Psychology*, 12(3), 58—92. <https://doi.org/10.17759/chp.2016120305> (In Russ.)
30. Холмогорова, А.Б. (2016б). Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? *Современная терапия психических расстройств*, 2, 16—21. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2016.0.1758>
Kholmogorova, A.B. (2016b). Cognitive-behavioral therapy «on the crest of the third wave»: A revolutionary turn or new accents? *Modern Therapy of Mental Disorders*, 2, 16—21. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2016.0.1758> (In Russ., abstr. in Engl.)
31. Холмогорова, А.Б. (2011). *Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра*. М.: Медпрактика-М.
Kholmogorova, A.B. (2011). *Integrative psychotherapy of affective disorders*. Moscow: Medpraktika-M. (In Russ.)
32. Холмогорова, А.Б., Гаранян, Н.Г., Пуговкина, О.Д. (2022). *Исследования эффективности психотерапии психических расстройств: история и современное состояние проблемы*. М.: Неолит.

- Kholmogorova, A.B., Garanyan, N.G., Pugovkina, O.D. (2022). *Research on the effectiveness of psychotherapy for mental disorders: History and current state of the problem*. Moscow: Neolit. (In Russ.)
33. Шапиро, Ф. (1998). *Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз*. М.: Класс.
Shapiro, F. (1998). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Moscow: Klass. (In Russ.)
34. Щедровицкий Г.П. (1995). *Избранные труды*. М.: Школа культурной политики.
Shchedrovitsky, G.P. (1995). *Selected works*. Moscow: Shkola Kul'turnoy Politiki. (In Russ.)
35. Янг, Д., Клоско, Д., Вайсхаар, М. (2020). *Схема-терапия. Практическое руководство*. Санкт-Петербург: Диалектика.
Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2020). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Saint Petersburg: Dialektika. (In Russ.)
36. Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., ... & Amann, B.L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 11(2), 101—114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
37. Feyerabend, P.K. (2020). *Against Method: Outline of an Anarchistic Theory of Knowledge*. London: Verso Books.
38. Garland, E.L., Froeliger, B., & Howard, M.O. (2015). Neurophysiological evidence for remediation of reward processing deficits in chronic pain and opioid misuse following treatment with Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement: exploratory ERP findings from a pilot RCT. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 327—336. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9607-0>
39. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6—41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
40. Gunter, R.W., & Bodner, G.E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 913—931. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.006>
41. Herbert, J.D., & Forman, E.M. (Eds.). (2011). *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
42. McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M., & Williams, J.M.G. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 817—828. <https://doi.org/10.1037/a0028782>
43. Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 61—75. <https://doi.org/10.1002/jclp.1129>

Информация об авторах

Дьяков Дмитрий Григорьевич, доктор психологических наук, профессор кафедры социальной и организационной психологии, Белорусский государственный университет (БГУ), г. Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5131-4689>, e-mail: dg_dkv@mail.ru

Information about the authors

Dmitry G. Dyakov, Doctor of Psychology, Professor, Department of Social and Organizational Psychology, Belarusian State University (BSU), Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5131-4689>, e-mail: dg_dkv@mail.ru

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 10.10.2025

Поступила после рецензирования 05.11.2025

Принята к публикации 15.11.2025

Received 2025.10.10

Revised 2025.11.05

Accepted 2025.11.15

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ THEORETICAL REVIEWS

Научная статья | Original paper

Шахматы в школе для развития и здоровья: опыт Армении и России

О.В. Глухова¹, В.Ж. Саркисян² ✉, М.М. Испирян²,
Ю.В. Зарецкий³, В.К. Зарецкий³

¹ Шахматный клуб «Вертикаль» имени 10-го чемпиона мира
по шахматам Б.В. Спасского (Фонд),

Сатка, Челябинская область, Российская Федерация

² Армянский государственный педагогический университет
имени Х. Абовяна, Ереван, Республика Армения

³ Московский государственный психолого-педагогический
университет, Москва, Российская Федерация

✉ sargsyanvahan@aspu.am

Резюме

Актуальность. В статье проводится анализ опыта введения уроков шахмат в школы Армении и России как средства когнитивного, личностного и социально-эмоционального развития учащихся. **Цель исследования** — представить практику введения обучения шахматам в школы для развития учеников и укрепления их психологического здоровья. **Теоретическую основу** составляют: культурно-историческая психология Л.С. Выготского, представление о роли опосредствованности и саморегуляции при развитии личности в норме Б.В. Зейгарник, а также рефлексивно-деятельностный подход В.К. Зарецкого. **Результаты.** Систематическое обучение шахматам способствует развитию памяти, внимания, планирования и способности действовать в уме, повышает эмоциональную устойчивость и уровень субъектной позиции учащихся. В российских школах наибольший эффект достигается при использовании технологии «Шахматы для общего развития», а армянский опыт демонстрирует успешность системного подхода к введению шахмат в школы. **Выводы.**

Шахматы являются эффективным образовательным ресурсом, объединяющим обучение и развитие, и могут способствовать укреплению психологического здоровья школьников.

Ключевые слова: шахматы в школе, культурно-историческая психология, идея опосредствования, рефлексивно-деятельностный подход, способность действовать в уме, субъектная позиция, саморегуляция, самоэффективность, зона ближайшего развития, связь образования, развития и здоровья

Для цитирования: Глухова, О.В., Саркисян, В.Ж., Испирян, М.М., Зарецкий, Ю.В., Зарецкий, В.К. (2025). Шахматы в школе для развития и здоровья: опыт Армении и России. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(4), 36–56. <https://doi.org/10.17759/cpr.2025330402>

Chess in Schools for Development and Well-Being: The Experience of Armenia and Russia

O.V. Glukhova¹, V.Z. Sarkisyan² ✉, M.M. Ispiryan²,
Yu.V. Zaretskii³, V.K. Zaretskii³

¹ «Vertical» Chess Club named after the 10th World Chess Champion
B.V. Spassky (Fund), Satka, Russian Federation

² Armenian State Pedagogical University after Kh. Abovyan (ASPU),
Yerevan, Republic of Armenia

³ Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

✉ sargsyanvahan@aspu.am

Abstract

Relevance. This article looks at how chess was brought into schools in Armenia and Russia to help students grow in their cognitive, personal, and social-emotional skills. The study **aims** to demonstrate the integration of chess into educational curricula to facilitate student development and enhance their psychological well-being. The **theoretical basis** is made up of: the cultural-historical psychology of L.S. Vygotsky, the concept of the role of mediation and self-regulation in the development of personality in norm and pathology of B.V. Zeigarnik, as well as the reflexive-activity approach of V.K. Zaretsky. The **results** show that systematic chess lessons improve memory, attention, planning, and mental agility. They also make students more emotionally resilient and give them a stronger sense of agency. The «Chess for General Development» methodology has the biggest impact in Russian schools, while

the Armenian experience shows that a systematic approach to adding chess to the curriculum works well. The results show that chess is a great way to acquire knowledge and grow, and it may assist students' mental health.

Keywords: school chess, cultural-historical psychology, mediated activity, reflective-activity approach, ability to act in the mind, agency, self-regulation, self-efficacy, zone of proximal development, connection between education, development, and well-being

For citation: Glukhova, O.V., Sarkisyan, V.Z., Ispiryan, M.M., Zaretskii, Yu.V., Zaretskii, V.K. (2025). Chess in Schools for Development and Well-Being: The Experience of Armenia and Russia. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(4), 36—56. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330402>

Введение

В настоящее время шахматы вводятся в систему образования младших школьников в разных странах мира. На международной научно-практической конференции ФИДЕ «Шахматы, образование и здоровье» (март 2024 года) участниками из более чем 50 стран был представлен опыт шахматного образования в школах. При этом в практике введения шахмат в школы наблюдается существенный недостаток: как правило, не приводятся данные по изучению эффективности уроков и их положительного влияния на развитие детей.

В статье представлен опыт Армении и России в реализации идей школьного шахматного образования. Приводятся данные по теоретическим и практическим основаниям организации занятий, обосновывается влияние шахмат на различные способности детей и ресурс шахматных занятий, проводимых в опоре на рефлексивно-деятельностный подход (РДП) В. К. Зарецкого (Зарецкий, 2013, 2020; Зарецкий и др., 2024), для укрепления психологического здоровья детей.

Теоретические основы исследования

В основе организации обучения детей игре в шахматы Армении и России лежат принципы культурно-исторической психологии (КИП) Л.С. Выготского, а именно теории развития высших психических функций (ВПФ) через усвоение культурного опыта и развитие способностей, ранее недоступных для ребенка (Выготский, 1983), а также представле-

ние Б.В. Зейгарник о роли опосредствованности и саморегуляции при развитии личности в норме и его нарушениях при патологии (Зейгарник, 1981) и принципы РДП (Зарецкий, 2013).

В продолжение идей Л.С. Выготского о создании условий для развития в обучении, понимаемом как сотрудничество ребенка и взрослого, и роли культурных средств в этом процессе, операционализируя тезис о единстве аффекта и интеллекта, Б.В. Зейгарник (1981) делает акцент на мотивационно-смысловой стороне психической деятельности, включая рефлексивную регуляцию мышления. В.К. Зарецкий в качестве базового принципа, реализация которого способствует развитию ребенка в обучении, рассматривает включение ребенка в учебный процесс в качестве носителя собственного замысла, субъекта его реализации и рефлексии, что составляет основу РДП.

Уроки шахмат в школе, построенные на основе описанных теоретических представлений, являются средством для развития, образования и здоровья.

Цель исследования состоит в том, чтобы представить практику введения шахмат в школы как опыт создания условий для когнитивного и личностного развития учащихся, а также укрепления их психологического здоровья.

Далее представляем описание опыта Армении и России по введению шахматных уроков в начальную школу. Приводим анализ организации этого процесса и некоторые результаты психолого-педагогических исследований.

Армянский опыт: введение шахмат как общеобразовательного предмета в Армении

В 2011 году в Республике Армения шахматы были официально включены в общеобразовательную программу начальной школы. Решение о введении этого предмета отражало стратегическую задачу государства — модернизацию образования через развитие интеллектуального и личностного потенциала детей.

Целью нововведения были не спортивные достижения, а использование шахмат как психолого-педагогического средства развития когнитивных, эмоциональных и волевых качеств ребенка, а также укрепления психологического здоровья и социальной адаптации учащихся.

За более чем десятилетие накоплен большой массив эмпирических данных, позволивших не только оценить эффективность программы, но

и выстроить собственную теоретическую рамку, опирающуюся на КИП (Выготский, 1983; Рубцов, Зарецкий и др., 2024) и РДП (Зарецкий, 2013).

Шахматы становятся пространством развития личности, где мышление, саморегуляция и ценностно-смысловые аспекты соединяются в едином образовательном процессе. Армянский опыт показывает, что инвестиции в шахматное образование — это инвестиции в здоровье и будущее ребенка, в его способность быть субъектом собственного развития.

Как показано в исследовании (Mirzakhanyan et al, 2017), введение шахмат как обязательного предмета рассматривалось в контексте системных реформ образования. Авторы выделили несколько ключевых целей введения шахмат как обязательного предмета:

- 1) повышение качества обучения и формирование у учащихся устойчивого познавательного интереса;
- 2) развитие логического и аналитического мышления, воображения и памяти;
- 3) создание среды, способствующей укреплению психологического здоровья детей.

Ключевой вывод исследования — эффективность шахматного образования определяется не только учебным содержанием, но и контекстом взаимодействия, где ведущими факторами выступают поддерживающая среда, педагогическая эмпатия и мотивация учащихся. Эти выводы легли в основу последующей модернизации учебной программы и создания Национального исследовательского института шахмат при АГПУ имени Хачатура Абовяна.

С точки зрения культурно-исторической теории развития Л.С. Выготского (Выготский, 1983), игра является естественной формой интериоризации общественных способов действий, перехода от внешних операций к внутреннему плану мышления. На уроках шахмат ребенок действует в *зоне ближайшего развития* (ЗБР): при поддержке учителя и партнеров по игре он решает задачи, чуть превышающие его текущие возможности.

Развивая эти идеи, армянские исследователи опираются на РДП (Зарецкий, 2013), согласно которому процесс обучения включает:

- постановку учебной задачи как проблемной ситуации;
- коллективное обсуждение способов ее решения;
- рефлекссию собственного действия и осознание ошибок.

В РДП выделяются несколько ключевых принципов, способствующих становлению и укреплению субъектной позиции у ребенка (Зарецкий Ю.В., 2013). Во-первых, это самостоятельность выбора и участие в планировании. Во-вторых, деятельность ребенка должна находиться в

пределах его ЗБР — она должна быть достаточно сложной для поддержания интереса и мотивации, но не чрезмерно трудной, т. е. не выходить в зону актуально недоступного.

Важнейшим является процесс перехода от негативного отношения детей к трудностям до восприятия их как вызова и становления чувства самоэффективности, которое обеспечивается опорой на РДП. Так, в исследованиях В.К. Зарецкого и И.А. Николаевской (Зарецкий, Николаевская, 2020) показано, что развитие **самоэффективности** происходит в процессе преодоления учебных трудностей при поддержке взрослого. Авторы на основе многовекторной модели ЗБР рассматривают учебную трудность как ресурс развития. Такое взаимодействие, организованное по принципам РДП, способствует формированию у ребенка **внутренней субъектной позиции** и росту **самоэффективности** — веры в способность успешно справляться с задачами, что напрямую связано с психологическим благополучием и устойчивостью к трудностям.

Ключевым фактором развития субъектной позиции ребенка является построение между учителем и учеником отношений сотрудничества, роль которого подчеркивал Л.С. Выготский. В рамках РДП это обеспечивается:

- свободным выбором ребенка и участием в планировании деятельности;
- опорой на ЗБР;
- организацией рефлексии при возникновении и преодолении трудностей;
- осознанием собственного вклада после совместного успеха.

Шахматы как образовательный предмет обладают значительным потенциалом для общего развития, как в плане переноса знаний и навыков в отдельные предметные области, так и для применения в инклюзивном образовании детей.

В настоящий момент в Армении ведутся исследования по выявлению влияния шахмат на поведенческие характеристики детей. Первоначальные данные показали, что у детей, систематически занимающихся шахматами, снижается уровень ситуативной тревожности и повышается эмоциональная устойчивость. Включение игровых методов, где учащимся необходимо осмысленно выбирать ход, соотносить его с целью и анализировать последствия, создает условия, при которых спонтанные или импульсивные действия постепенно уступают место более осознанной и произвольной регуляции поведения (Геворкян и др., 2024).

Как показывает изучение опыта развивающего обучения младших школьников, коммуникативные и рефлексивные способности в разви-

тии тесно связаны (Рубцов и др., 2023). Игровая природа шахмат способствует развитию и рефлексивных способностей, и коммуникативных умений: дети учатся взаимодействовать, соблюдать правила, признавать поражение и уважать партнера. Включение элементов игры и соревнований способствует более активному участию школьников в учебной деятельности и повышению их стойкости в преодолении трудностей. Эти элементы социальной компетентности являются ключевыми для профилактики школьной агрессии и социального отчуждения.

Анализ экспертных оценок учебных материалов по шахматам показал, что наиболее высоко оценены такие критерии, как развитие эмоционального интеллекта и рефлексии, использование цифровых, игровых и групповых методов, развитие стратегического мышления (Геворкян и др., 2025).

Долгосрочные наблюдения в рамках инклюзивных проектов (Sargsyan et al., 2025) показали положительное влияние шахмат на детей с особенностями развития.

Анализ армянского опыта показывает, что шахматы превратились из дополнительного занятия в *универсальную развивающую технологию*, в которой создаются условия для когнитивного, личностного, социального, эмоционального развития детей, т. е. по самым различным векторам, а также для здоровьесбережения.

Таким образом, уникальность опыта Армении в области шахматного образования заключается в том, что эта работа проводится в масштабах всех страны, а также в разработке единого учебно-методического комплекса (учебники, рабочие тетради, методические пособия), системы повышения квалификации учителей, налажен постоянный контроль качества преподавания и включения научно-исследовательских результатов непосредственно в процесс обучения.

Научно-практическая уникальность шахматного образования в Армении заключается в следующем.

1. Опора на культурно-историческую теорию развития, основанную Л.С. Выготским и развиваемую его последователями (А.В. Запорожцем, Б.В. Зейгарник, А.Н. Леонтьевым, Д.Б. Элькониным, и др.), концептуальные инструменты которой позволяют не только описывать шахматы как деятельность, способствующую развитию, но и выстраивать ее соответствующим образом, чтобы в ней создавались условия для интериоризации совместного опыта, формирования опосредствованности, развития субъектности и рефлексии, для укрепления психологического здоровья.

2. Научно подтвержденная связь шахмат с развитием навыков, актуальных в XXI веке (Геворкян и др., 2023).

3. Шахматы — учебный предмет, способствующий развитию когнитивных функций младших школьников.

4. Научная разработка игровых и интерактивных моделей обучения шахматам (Геворкян и др., 2024).

5. Интеграция шахмат в психологическую и педагогическую диагностику.

6. Применение шахмат в инклюзии и социально-эмоциональном обучении. В последние годы ведутся исследования в области влияния обучения игре в шахматы на детей с расстройствами аутистического спектра (Sargsyan et al, 2025), а также на развитие социальных и эмоциональных навыков у учащихся. Во всех этих исследованиях (Геворкян и др. 2023; Геворкян и др. 2024; Геворкян и др. 2025; Саркисян и др., 2022; Саркисян и др., 2024) речь идет об образовательном ресурсе шахмат, как уникальном инструменте в связке «обучение—развитие—здоровье».

Важным этапом развития программы «Шахматы в образовании» стала научно-практическая онлайн-конференция «Шахматы в образовании как ресурс для общего развития» (15 апреля 2023), проведенная совместно специалистами АГПУ и МГППУ. Сотрудничество специалистов строится на основе общих теоретических положений — КИП и РДП. Армянские специалисты интегрируют эти подходы в исследование шахматного образования, что способствует созданию междисциплинарных проектов на стыке психологии, педагогики, когнитивных наук и спортивной подготовки.

Армянская модель «Шахматы в школе» представляет собой пример интеграции культурно-исторического, деятельностного и здоровьесберегающего подходов.

Российский опыт

В российских школах реализуются программы всеобщего шахматного образования. Изначально, при первых пробах введения уроков шахмат в школы, вопрос об их пользе не ставился. Считалось, что шахматы полезны, как игра, в которой должно развиваться мышление. Должно — не значит развивается. Можно неплохо играть в шахматы, разучив несколько коварных дебютных ловушек, простых тактических приемов, а добившись за их счет преимущества, научиться его реализовывать. Это похоже на изучение математики, которое сводится к тренировке решения задач определенного типа, в котором ученик может достичь боль-

ших успехов. Но за рамками этой темы он не покажет выдающихся знаний по математике, а уж на развитии мышления такое «обучение» может сказаться совсем не положительно.

Это рассуждение мы привели для того, чтобы обосновать тезис: само по себе введение шахмат в школу не гарантирует успехов в развитии детей, которые будут ими заниматься.

Преподавание шахмат в школе «для всех» — это не то же самое, что проведение тренировок с фанатами шахмат. Тот самый главный ресурс-источник развития, который есть у шахматистов, у школьников отсутствует. Из класса максимум 2—3 ребенка поднимут руки, если спросить, хотя бы ли они научиться играть в шахматы... А будет ли польза от обучения детей, если это им не интересно, и смысл чего для них отсутствует? — Очевидно, нет. То есть будут ли полезны шахматы для образования и развития, зависит от того, *какой смысл* будут иметь занятия шахматами для детей и *как* их преподавать. Поскольку готового ответа нет, при каких условиях преподавание шахмат в школе, как урока, будет полезно для развития и психического здоровья учащихся, то введение шахмат в школу должно сопровождаться диагностикой динамики уровня развития детей, позволяющей выносить суждение о полезности и эффективности занятий шахматами.

Однако российская практика введения шахмат в школу, как правило, обходится без отслеживания эффективности шахмат. Поэтому в этой части статьи мы будем опираться не на весь российский опыт введения шахмат в школу, а только на его часть, а именно «Саткинский опыт» (Шахматы для общего развития, 2016а).

Исследование, направленное на изучение влияния шахмат на общее развитие детей, проводимое в Саткинском муниципальном округе, признано единственным в мире лонгитюдным исследованием по данным изучения около 400 публикаций с использованием методологии обзора данных PRISMA (Якушина, 2025).

Так называемый «Саткинский опыт» шахматного всеобуча стартовал в декабре 2003 года с целью популяризации интеллектуальной деятельности среди детей и молодежи. Особого эффекта для развития от этих занятий специалисты не заметили. Именно тогда инициаторы идеи задумались о создании авторской методики обучения детей игре в шахматы и обратились к одному из самых мощных ресурсов игры — развитию способности действовать в уме (Алексеев, 1990; Разуваев, 2000).

Соединение идеи Н.Г. Алексеева, Ю.С. Разуваева и В.К. Зарецкого о полезности шахмат для развития способности действовать в уме (Алексеев, 2025; Разуваев, Зарецкий, 2004) с готовностью саткинских шахма-

тистов и педагогов проверить их на практике (Шахматы для общего развития..., 2016b) положило начало проекту, реализация которого привела к «Саткинскому опыту». Так началась разработка технологии «Шахматы для общего развития», в которую были вовлечены педагоги-практики в авторской позиции. Одновременно было принято решение отслеживать влияние шахмат на когнитивное развитие младших школьников путем проведения регулярной срезовой диагностики динамики развития ВПФ.

Если обратиться к траектории развития проектных идей шахматного образования, то можно представить ее в виде схемы, изображенной на рисунке.

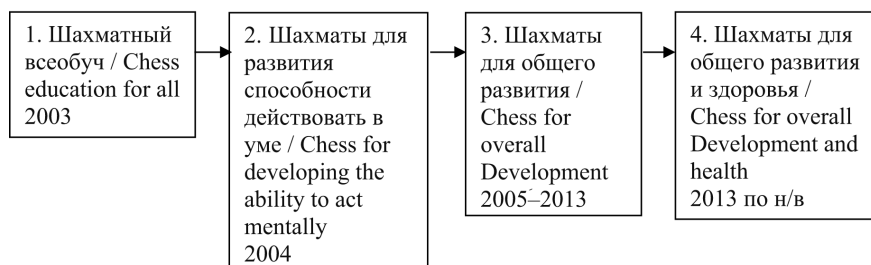


Рис. Схема развития проектных идей шахматного образования
Fig. Development scheme of project ideas in chess education

Проект «Шахматы для общего развития»

В августе 2004 года зародилась идея проекта «Шахматы для общего развития» по инициативе и при поддержке президента Группы Магnezит С.П. Коростелева, и тогда же началась ее реализация при научно-методической поддержке специалистов Московского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ) (Зарецкий, Гилязов, 2018). Научным руководителем проекта стал В.К. Зарецкий, а организатором — исполнительный директор шахматного клуба «Вертикаль» А.М. Гилязов (мастер ФИДЕ). В основу первого варианта проекта, подготовленного В.К. Зарецким и Ю.С. Разуваевым (международным гроссмейстером ФИДЕ, заслуженным тренером РФ), была положена идея Н.Г. Алексеева (д-ра психол. наук, кандидата в мастера спорта по шахматам) о том, что «...шахматы — это как бы самим богом созданный материал или модель для развития способности действовать в уме» (Алексеев, 2025). Поскольку эта способность рассматривается как одно из основных новообразований

младшего школьного возраста, было решено начать эксперимент в начальной школе (Шахматы для общего развития..., 2016a).

Теоретико-методологическую основу проекта составили идеи Л.С. Выготского о связи обучения и развития в традиции КИП (Выготский, 1984); П.Я. Гальперина — о формировании умственных действий (Гальперин, 1966) Я.А. Пономарева — о внутреннем плане действия (Пономарев, 1967); представление Б.В. Зейгарник о роли опосредствованности и саморегуляции при развитии личности в норме (Зейгарник, 2002), понимание рефлексии как процесса, в котором происходит формирование осознанных способов действия (Алексеев, 1990); идеи С.Л. Соловейчика о сотрудничестве как базовом принципе взаимодействия (Соловейчик, 2002), представления о механизмах рефлексивной регуляции мышления, изученные на материале решения творческих задач в норме и патологии (Зарецкий, Семенов, 1979; Зейгарник, Холмогорова и др., 1989).

Важно отметить, что, освоив построение занятий шахматами на основе средств РДП для развития способности действовать в уме, большинство учителей стали переносить эти принципы и методы на преподавание других учебных предметов, что, возможно, предопределило эффект более высокой академической успеваемости в этих классах по сравнению с группами сравнения (Glukhova, 2017). Об этом будет подробно сказано ниже при анализе результатов исследований.

Атмосфера сотрудничества и рефлексивного диалога в совместной учебной деятельности предопределяет отсутствие отношений конкуренции между детьми в классе. Действительно, когда каждый ребенок в рефлексии делится тем, с какой трудностью столкнулся, какие были ошибки и как ему удалось с ними справиться, запускаются совсем иные коллективные процессы — интереса к осваиваемой деятельности и творческого поиска идей для ее реализации. Подобная организация помощи на уроке может способствовать укреплению психологического здоровья и уверенности в том, что с любой задачей можно и нужно работать (Зарецкий, Агеева, 2021).

Развитие идей проекта привело к тому, что сегодня технология «Шахматы для общего развития» является передовой в области обучения детей игре в шахматы и входит в Топ-200 лучших социальных проектов форума «Сильные идеи для нового времени» Агентства стратегических инициатив (2022 год).

Обозначим ключевые моменты реализации проекта «Шахматы для общего развития» за двадцать один год (2004—2025).

1. Формирование замысла проекта, самоопределение педагогов в реализации замысла, воплощение базовых идей в экспериментальном классе.

2. Разработка и публикация учебно-методических материалов для педагогов.
3. Сбор и анализ данных психолого-педагогического исследования о развитии детей.
4. Организация на базе школ, в которых появились носители опыта, центров дальнейшей трансляции технологии и подбор руководителей из числа наших выпускников (проект рассчитан до 2050 года).
5. Реализация идей проекта на региональном уровне с 2016 года.
6. Повышение квалификации педагогов по программе «Шахматы для общего развития: рефлексивно-деятельностный подход», создание сетевого педагогического сообщества.
7. Применение принципов РДП при обучении детей игре в шахматы, что способствует укреплению психологического здоровья и ребенка, и педагога, и родителя.

Результаты исследований в рамках проекта «Шахматы для общего развития» (Саткинский округ Челябинской области)

В ходе проекта проводится исследование, целью которого является отслеживание влияния шахматных уроков с применением РДП на когнитивное и личностное развитие учащихся. Исследование направлено на сравнение полученных данных у трех групп учащихся: 1) занимающихся по технологии «Шахматы для общего развития», 2) не занимающихся шахматами, 3) занимающихся шахматами по другим авторским методикам.

С 2004 года проводятся регулярные (два раза в год) психологические срезы. Первый — до знакомства детей с шахматной игрой (сентябрь—октябрь). Второй — в конце первого года обучения (май).

Обследуемые группы (на момент старта обследования) примерно равны по уровню развития.

Дополнительно собирается статистика образовательных результатов учащихся с 1 по 11 класс, занимающихся по инновационной технологии. Всего за более чем 20-летний период в психологическом исследовании приняли участие около 1840 учащихся 1—4-х и 9-х классов средних общеобразовательных школ Саткинского округа, в том числе 914 учащихся, занимавшихся по технологии «Шахматы для общего развития», и 756 учащихся, занимавшихся по другим методикам. В группе сравнения «без шахмат» с 2012 года число обследуемых не меняется — 170 человек, так как с этого времени шахматы стали преподаваться во всех начальных классах школ округа.

Подбор методик для проведения сравнительной срезовой диагностики произведен специалистами МГППУ А.Б. Холмогоровой, С.В. Воликовой

и Ю.В. Зарецким (Glukhova, 2017). Базовые методики развития внимания, памяти и мышления были взяты из книги С.Я. Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологии» (Рубинштейн, 1999). Исследования проводятся психологами школ Саткинского муниципального округа под руководством психолога ШК «Вертикаль» О.В. Глуховой (Глухова и др., 2022).

По данным исследований, повысился уровень развития тех когнитивных способностей (ВПФ), для развития которых на уроках шахмат были созданы условия: дети выполняли задания на запоминание позиций и расстановку фигур, проводили анализ, подбирали варианты для решения задач на мат в один ход. Ученики классов, на базе которых проводился эксперимент, опередили все группы сравнения по положительной динамике развития семи когнитивных способностей. Уже за первый год обучения у них увеличились показатели по уровню развития слуховой и зрительной памяти, невербального мышления, устойчивости внимания, работоспособности, а также способности к планированию своих действий в уме с различным объемом информации. В группах сравнения таких ярких показателей не выявлено (Глухова и др., 2022).

За годы проведения исследований в программу диагностики были внесены изменения в связи с тем, что не все можно было отследить с помощью программы диагностики, подобранной на начальном этапе. Эффект оказался намного шире, чем казалось в самом начале. Ученики стали демонстрировать долговременные позитивные личностные изменения по таким показателям, как:

- субъектная позиция;
- уверенность в успехе;
- способность к саморегуляции и рефлексии успехов и неудач;
- готовность преодолевать трудности;
- умение ставить цели и следовать им.

Появление позитивных личностных изменений привело к тому, что у детей не возникает хронических трудностей и, соответственно, нет серьезных причин разрушения психологического здоровья, что существенно снижает риски социальной и эмоциональной дезадаптации. Этот эффект достигается благодаря тому, что процесс педагогической помощи на уроке организуется в ЗБР каждого ученика. Когда помощь оказывается индивидуально, остальные дети в это время осознанно и самостоятельно занимаются, реализуя свой замысел, т. е. находятся в субъектной позиции (Зарецкий, Холмогорова, 2020).

На сегодняшний день собрана уникальная база результатов исследований. Причем программа диагностики за эти годы неоднократно ме-

нялась и расширялась, так как эффект влияния шахмат с применением РДП на развитие детей оказался более значительным, чем изначально представляли исследователи. Так, в классах обследуемых детей, начиная с 2014 года, с момента выпуска из школы первого экспериментального класса, где в начальной школе преподавались шахматы и другие учебные предметы на основе технологии РДП («Шахматы для общего развития»), два показателя устойчиво держатся на высоком уровне:

число поступающих в старшую школу после 9-го класса находится на уровне 60—70%, в то время как средний показатель по округу — 30%;

примерно каждый пятый выпускник из поступивших в старшую школу заканчивает 11-й класс с золотой медалью, что также является весьма высоким показателем для Челябинской области в целом.

В ближайшие планы входит изучение связи преподавания уроков по технологии РДП с психологическим благополучием и здоровьем учащихся в начальной школе, а также отслеживание долговременного эффекта полученного учащимися опыта.

Обсуждение результатов

В центре публикации две уникальные практики введения шахмат в школы для развития и здоровья на примере изучения опыта Армении и России. Два опыта объединяют:

- научные и методологические основания;
- направленность и представления о ресурсе шахмат;
- идея отслеживания влияния занятий шахматами на успешность обучения и динамику общего развития;
- ресурс шахмат для укрепления психологического здоровья.

Заключение

Армянская модель «Шахматы в школе» и российская технология «Шахматы для общего развития» имеют общие теоретические основания: представления Л.С. Выготского о соотношении обучения и умственного развития, а также принципы рефлексивно-деятельностного подхода В.К. Зарецкого. Анализ представленного в публикации опыта позволил выделить и обосновать основные критерии, следование которым создает условия для общего развития, а также саморегуляции и самоэффективности учащихся.

Таким образом, можно заключить, что организация шахматного образования в Армении и России имеет положительный эффект и способствует профилактике школьной неуспешности, а также неспособности к преодолению учебных трудностей; это, в свою очередь, способствует сохранению психологического здоровья школьников.

Список источников / References

1. Алексеев, Н.Г. (1990). Шахматы и развитие мышления. В: *Шахматы: наука, опыт, мастерство* (с. 41–53). Москва: Высшая школа.
Alekseev, N.G. (1990). Chess and the development of thinking. In: *Chess: Science, Experience, Mastery* (pp. 41–53). Moskva: Vysshaya shkola. (In Russ.).
2. Алексеев, Н.Г. (2025). *Избранное. Очерки методологии: сборник сочинений. В 2 т.: Том 1.* (с. 430–435). Москва: АНО «Академия попечителей», ИД «Городец».
Alekseev, N.G. (2025). *Selected Works. Essays on Methodology: Collected Works in 2 volumes: Volume 1.* (pp. 430–435). Moskva: ANO «Akademija popечitelej», ID «Gorodec».
3. Выготский, Л.С. (1982) *Мышление и речь. Собрание сочинений: В 6 т.: Том 2. Проблемы общей психологии.* М.: Педагогика. (In Russ.).
Vygotskii, L.S. (1982). *Thinking and Speech. Collected Works: In 6 volumes; Vol. 2. Problems of General Psychology.* Moskva: Pedagogika. (In Russ.).
4. Выготский, Л.С. (1984). Собр. соч.: в 6 т. Т. 4. *Проблемы детской (возрастной) психологии.* М.: Педагогика.
Vygotskij, L.S. (1984). *Sobr. soch.: v 6 t. T. 4. Problemy detskoj (vozrastnoj) psihologii.* M.: Pedagogika. (In Russ.).
5. Выготский, Л.С. (1983). *Развитие высших психических функций.* В: Собрание сочинений в 6 т. Т.3. Проблемы развития психики. М.: Педагогика.
Vygotskii, L.S. (1983). *Development of higher mental functions.* In: Collected Works in 6 volumes. Vol. 3. Problems of mental development. Moskva: Pedagogika. (In Russ.).
6. Гальперин, П.Я. (1966). *Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий.* Исследования мышления в советской психологии. Под ред. Е.В. Шороховой. М.: Наука.
Gal'perin, P.Ja. (1966). *The Psychology of Thinking and the Theory of the Stage-by-Stage Formation of Mental Actions.* Research on Thinking in Soviet Psychology. Edited by E.V. Shorokhova. Moskva: Nauka. (In Russ.).
7. Геворкян, С.Р., Испирян, М.М., Саркисян, В.Ж., Тадевосян, А.В. (2023). Исследования и опыт преподавания предмета «шахматы» в системе образования Республики Армения. *Психологическая наука и образование*, 28(6), 121–135. <https://doi.org/10.17759/pse.2023280612>
Gevorkyan, S.R., Ispiryan, M.M., Sarkisyan, V.Zh., Tadevosyan, H.V. (2023) Research and Experience of Teaching the Subject «Chess» in the Educational System of the Republic of Armenia. *Psychological Science and Education*, 28(6), 121–135. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/pse.2023280612> (In Russ.).

8. Геворкян, С.Р., Испирян, М.М., Саркисян, В.Ж., Тадевосян, А.В. (2025). От традиции к инновации: культурно-исторический вектор образовательных практик и социализация детей в современном обществе. *Культурно-историческая психология*, 21(3), 97—105. <https://doi.org/10.17759/chp.2025210308>
9. Геворкян, С.Р., Хачатрян, Э.В., Манукян, С.А., Саркисян, В.Ж., Мовсисян, Н.Н. (2024). Эффективность преподавания шахмат и отношение к предмету в учебных группах с игровым подходом к обучению. *Консультативная психология и психотерапия*, 32(4), 73—97. <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320404>
10. Глухова, О.В., Воликова, С.В., Зарецкий, Ю.В., Зарецкий, В.К. (2022). Результаты лонгитюдного диагностического исследования по проекту «Шахматы для общего развития». *Консультативная психология и психотерапия*, 30(4), 49—75. <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300404>
11. Зарецкий, В.К. (2013). Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи. *Консультативная психология и психотерапия*, 21(2), 8—37.
12. Зарецкий, В.К., Агеева, А.А. (2021). Проблема эффективности родительской помощи детям в ситуациях учебных трудностей с позиций рефлексивно-деятельностного подхода и когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия*, 29(3), 159—179. <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290310>
13. Зарецкий, В.К., Гилязов, А.М. (2018). *К развитию через шахматы: рефлексивно-деятельностный подход*. Кн. 1. Методические материалы для введения занятий в начальной школе. 94 с. М.: Отто Райхль.

- Zareckii, V.K., Gilyazov, A.M. (2018). *Towards development through chess: a reflective-activity approach*. Book 1. Methodological materials for introducing classes in primary school. p. 94. M.: Otto Rajhl. (In Russ.).
14. Зарецкий, В.К., Николаевская, И.А. (2020). Метод ситуационно-векторного анализа когнитивно-личностного развития учащихся в процессе преодоления учебных трудностей. *Культурно-историческая психология*, 16(1), 35—48. <https://doi.org/10.17759/chp.2020160104>
- Zareckii, V.K., Nikolaevskaya, I.A. (2020). A method of situational vector analysis of students' cognitive and personal development in the process of overcoming academic difficulties. *Cultural-Historical Psychology*, 16(1), 35—48. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/chp.2020160104>
15. Зарецкий, В.К., Семенов, И.Н. (1979). Логико-психологический анализ продуктивного мышления при дискурсивном решении задач. *Новые исследования в психологии*. 1, 3—8.
- Zareckij, V.K., Semenov, I.N. (1979). Logiko-psihologicheskij analiz produktivnogo myshleniya pri diskursivnom reshenii zadach. *Novye issledovaniya v psihologii*, 1, 3—8. (In Russ.).
16. Зарецкий, В.К., Холмогорова, А.Б. (2020). Связь образования, развития и здоровья с позиций культурно-исторической психологии. *Культурно-историческая психология*, 16(2), 89—106. <https://doi.org/10.17759/chp.2020160211>
- Zaretsky, V.K., Kholmogorova, A.B. (2020). Relationship between Education, Development & Health from Cultural-Historical Perspective. *Cultural-Historical Psychology*, 16(2), 89—106. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/chp.2020160211>
17. Зарецкий, Ю.В. (2013.) Субъектная позиция по отношению к учебной деятельности как ресурс развития и предмет исследования. *Консультативная психология и психотерапия*, 21(2), 110—128.
- Zaretskii, Yu.K. (2013). Subjective position in relation to educational activity as a development resource and a subject of research. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 21(2), 110—128. (In Russ.).
18. Зейгарник, Б. В. (2002). *Теория личности и патопсихология*. Москва: Смысл.
- Zeigarnik, B. V. (2002). *Teoriya lichnosti i patopsikhologiya* [Theory of personality and pathopsychology]. Moscow: Smysl. (In Russ.).
19. Зейгарник, Б.В., Холмогорова, А.Б., Мазур, Е.С. (1989). Саморегуляция в норме и патологии. *Психологический журнал*, 10(2), 122—132.
- Zeigarnik, B.V., Holmogorova, A.B., Mazur, E.S. (1989). Samoregulyaciya v norme i patologii. *Psihologicheskij zhurnal*, 10(2), 122—132. (In Russ.).
20. Пономарев, Я.А. (1967). *Знание, мышление и умственное развитие*. Москва: Просвещение.
- Ponomarev, Ya.A. (1967). *Znanie, myshlenie i umstvennoe razvitie* [Knowledge, thinking, and mental development]. Moscow: Prosveshchenie. (In Russ.).
21. Разуваев, Ю.С. (2000). Действие в уме — основа основ. *Шахматное обозрение*-64, 9, 25—35.

- Razuvaev, Yu.S. (2000). Deistvie v ume — osnova osnov [Action in the mind as the foundation of mastery]. *Shakhmatnoe obozrenie*—64, 9, 25—35. (In Russ.).
22. Разуваев, Ю.С., Зарецкий, В.К. (2004). Шахматы для общего развития. *Мир детства*, 3, 31—36.
- Razuvaev, Yu.S., Zaretskii, V.K. (2004). Shakhmaty dlya obshchego razvitiya [Chess for general development]. *Mir detstva*, 3, 31—36. (In Russ.).
23. Рубинштейн, С.Я. (1999). *Экспериментальные методики патопсихологии*. Москва: ЭКСМО-Пресс.
- Rubinshtejn, S.Ya. (1999). *Eksperimental'nye metodiki patopsihologii*. Moskva: EKSMO-Press. (In Russ.).
24. Рубцов, В.В., Зарецкий, В.К., Майданский, А.Д. (2024). Сто лет развития культурно-исторической психологии: вехи и направления. *Культурно-историческая психология*, 20(3), 5—11. <https://doi.org/10.17759/chp.2024200301>
- Rubtsov, V.V., Zaretskii, V.K., Maidanskii, A.D. (2024). Sto let razvitiya kulturno-istoricheskoi psikhologii: vekhi i napravleniya [One hundred years of the development of cultural-historical psychology: Landmarks and directions]. *Cultural-Historical Psychology*, 20(3), 5—11. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/chp.2024200301>
25. Рубцов, В.В., Нечаев, Н.Н., Зарецкий, В.К., Исаев, Е.И., Конокотин, А.В., Улановская, И.М. (2023). *Развитие коммуникативно-рефлексивных способностей у детей 6—10 лет в зависимости от способов организации учебных взаимодействий*: Коллективная монография (под ред. В.В. Рубцова). Москва: ФГБОУ ВО МГППУ.
- Rubtsov, V.V., Nechaev, N.N., Zaretskii, V.K., Isaev, E.I., Konokotin, A.V., Ulanovskaya, I.M. (2023). *Razvitie kommunikativno-refleksivnykh sposobnostei u detei 6—10 let v zavisimosti ot sposobov organizatsii uchebnykh vzaimodeistvii*: Kollektivnaya monografiya [Development of communicative-reflective abilities in children aged 6—10 depending on the organization of learning interactions: Collective monograph] (V.V. Rubtsov, Ed.). Moscow: FGBOU VO MGPPU.
26. Саркисян, В.Ж., Манукян, С.А., Зарецкий, Ю.В. (2024). Влияние отношения к предмету «Шахматы» на успешность решения шахматных задач: результаты многомерного моделирования. *Консультативная психология и психотерапия*, 32(4), 98—119. <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320405>
- Sarkisyan, V.Zh., Manukyan, S.A., Zaretskii, Yu.V. (2024). The Influence of Attitudes toward the Subject «Chess» on the Success in Solving Chess Problems: Results of Multivariate Modeling (In Russ.). *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 32(4), 98—119. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320405>
27. Саркисян, В.Ж., Манукян, С.А., Испирян, М.М., Геворкян, Л.Л., Хачатрян, Э.А. (2022). Методология исследования влияния психологических характеристик учеников при обучении шахматам. *Консультативная психология и психотерапия*, 30(4), 97—123. <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300406>
- Sargsyan, V.Zh., Manukyan, S.A., Ispiryan, M.M., Gevorgyan, L.L., Khachatryan, E.A. (2022). The Influence of Students' Psychological Characteristics

- on the Results of Learning Chess. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 30(4), 97—123. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300406>
28. Соловейчик, С.Л. (2002). *Воспитание школы: Статьи для своей газеты*. М.: Изд-во «Первое сентября».
- Soloveichik, S.L. (2002). *Vospitanie shkoly: Stat'i dlya svoei gazety* [Educating the School: Articles for My Newspaper]. M.: «Pervoe sentyabrya» Publ., pp. 83—86. (In Russ.).
29. Шахматы для общего развития. Методическое пособие по ведению занятий в начальной школе. Под редакцией В.К. Зарецкого, А.М. Гилязова. Издательство «Отто Райхль», 2016а
- Chess for General Development. A Methodological Guide for Conducting Classes in Primary School Edited by V.K. Zaretskii and A.M. Gilyazov. Izdatel'stvo «Otto Rajhl'», 2016a (In Russ.).
30. Шахматы для общего развития. Рабочая тетрадь для занятий шахматами. Под редакцией В.К. Зарецкого, А.М. Гилязова (2016б). М.: Издательство «ОттоРайхль», с. 102.
- Chess for General Development. Workbook for chess lessons. (2016). Edited by V.K. Zaretskii and A.M. Gilyazov. (In Russ.). p. 196. Izdatel'stvo «Otto Rajhl'», p. 102.
31. Якушина, А.А., Васюкова, Е.Е., Долгих, А.Г. (2025). Взаимосвязь когнитивных способностей и занятий шахматами у детей: обзор исследований. *Национальный психологический журнал*, 20(3), 74—86. <https://doi.org/10.11621/npj.2025.0306>
- Yakushina, A.A., Vasukova, E.E., Dolgikh, A.G. (2025). Association between cognitive abilities and chess skills in children: a systematic review. *National Psychological Journal*, 20(3), 74—86. (In Russ.). <https://doi.org/10.11621/npj.2025.0306>
32. Glukhova, O.V. (2017) The Need for Chess in School and Its Role in the Dynamics of Child Development. *Revue Internationale Du CRIRES: Innover Dans La Tradition De Vygotsky*, 4 (1), 161—168.
33. Mirzakhanyan R., Gevorgyan S., Sargsyan V., Daveyan H. (2017). Analysis of the Efficiency of Teaching Chess in Schools. *Sociology Study*, 7(1), 36—42.
34. Sargsyan, V., Sargsyan, T., Nersisyan, S., & Gevorgyan, N. (2025). Evaluating the impact of chess learning on children with autism spectrum disorders. *Armenian Journal of Special Education*, 9(1), 122—138.

Информация об авторах

Глухова Оксана Владимировна, руководитель шахматных образовательных проектов, психолог, Шахматный клуб «Вертикаль» имени 10-го чемпиона мира по шахматам Б.В. Спасского (Фонд) (ШК «Вертикаль» (Фонд)), г. Сатка Челябинской области, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3378-6199>, e-mail: ksuu@inbox.ru

Саркисян Ваган Жораевич, кандидат психологических наук, доцент, научный руководитель Научно-исследовательского института «Шахматы» (НИИШ),

Глухова О.В., Саркисян В.Ж., Испирян М.М.,
Зарецкий Ю.В., Зарецкий В.К. (2025)
Шахматы в школе для развития и здоровья...
Консультативная психология и психотерапия,
33(4), 36–56.

Glukhova O.V., Sarkisyan V.Z., Ispiryan M.M.,
Zaretskii Yu.V., Zaretskii V.K. (2025)
Chess in Schools for Development and Well-Being...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
33(4), 36–56.

Армянский государственный педагогический университет имени Х. Абовяна (АГПУ), г. Ереван, Республика Армения, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5890-4158>, e-mail: sargsyanvahan@aspu.am

Испирян Мариам Мктрычевна, кандидат педагогических наук, проректор по учебно-научной работе, доцент кафедры русского языка, Ученый секретарь, Армянский государственный педагогический университет имени Х. Абовяна (АГПУ), г. Ереван, Республика Армения, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1974-8698>, e-mail: ispiryanmariam@aspu.am

Зарецкий Юрий Викторович, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8036-4431>, e-mail: zaretskiyyuv@mgppu.ru

Зарецкий Виктор Кириллович, кандидат психологических наук, профессор кафедры индивидуальной и групповой психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zaretskiyvk@mgppu.ru

Information about the authors

Oxana V. Glukhova, Head of Chess Educational Projects and psychologist at the “Vertical” Chess Club named after the 10th World Chess Champion B. V. Spassky (Fund), Satka, Russian Federation. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3378-6199>, e-mail: ksuu@inbox.ru

Vahan Zh. Sarkisyan, Candidate of Science (Psychology), Head of the scientific program of the «Chess» Scientific Research Institute (CSRI), Associate Professor, Armenian State Pedagogical University after Kh. Abovyan (ASPU), Yerevan, Republic of Armenia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5890-4158>, e-mail: sargsyanvahan@aspu.am

Mariam M. Ispiryan, Candidate of Science (Pedagogy), Vice-Rector for Educational and Scientific Work, Associate Professor / Department of the Russian Language, Scientific Secretary of the Pedagogical University, Armenian State Pedagogical University after Kh. Abovyan (ASPU), Yerevan, Republic of Armenia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1974-8698>, e-mail: ispiryanmariam@aspu.am

Yuri V. Zaretskii, Candidate of Science (Psychology), Associate Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Clinical and Counseling Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8036-4431>, e-mail: zaretskiyyuv@mgppu.ru

Victor K. Zaretskii, Professor, Chair of Individual and Group Psychotherapy, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zaretskiyvk@mgppu.ru

Вклад авторов

Глухова О.В. — идеи исследования, концепция и дизайн исследования, подготовка рукописи в части российского опыта, редактирование текста.

Саркисян В.Ж. — идеи исследования, концепция и дизайн исследования, подготовка рукописи в части армянского опыта, редактирование текста.

Испирян М.М. — идеи исследования, концепция и дизайн исследования, редактирование текста.

Зарецкий Ю.В. — идеи исследования, концепция и дизайн исследования, подготовка рукописи в части российского опыта.

Зарецкий В.К. — идеи исследования, концепция и дизайн исследования, подготовка рукописи в части сопоставления российского и армянского опыта, редактирование текста.

Все авторы внесли равный вклад в концепцию, проведение исследования, анализ данных и подготовку рукописи. Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

O.V. Glukhova — research ideas, study concept and design, manuscript preparation regarding the Russian experience, text editing.

V.Zh. Sarkisyan — research ideas, study concept and design, manuscript preparation regarding the Armenian experience, text editing.

M.M. Ispiryan — research ideas, study concept and design, text editing.

Yu.V. Zaretsky — research ideas, study concept and design, manuscript preparation regarding the Russian experience.

V.K. Zaretsky — research ideas, study concept and design, manuscript preparation regarding the comparison of the Russian and Armenian experiences, text editing.

All authors contributed equally to the study's conceptualization, data collection, data analysis, and preparation of the manuscript. All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 27.10.2025

Поступила после рецензирования 28.11.2025

Принята к публикации 01.12.2025

Received 2025.10.27

Revised 2025.11.28

Accepted 2025.12.01

Научная статья | Original paper

Применение современных подходов медико-психологической реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи

А.В. Палин^{1, 2, 3} ✉, Н.А. Сирота³

¹ Психиатрическая клиническая больница № 4

имени П.Б. Ганнушкина, Москва, Российская Федерация

² Российский университет дружбы народов имени П. Лумумбы,
Москва, Российская Федерация

³ Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

✉ e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Резюме

Актуальность. Наряду с психофармакотерапией психообразование является важным элементом медико-психологической реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС) на стационарном этапе оказания психиатрической помощи. В статье подчеркивается необходимость модификации программ по психообразованию с учетом параметров целевой группы пациентов и ориентации на персонализированный подход в реабилитации. **Цель статьи:** теоретическое и практическое обоснование инновационной программы психообразования для стационарного этапа лечения пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС). **Результаты:** представлены аргументы в пользу раннего начала психореабилитационной работы с пациентами с РШС, а также результаты сравнения разработанной авторами статьи программы с традиционными психообразовательными интервенциями по различным параметрам (цель, особенности сеттинга, структура занятий и др.); описаны преимущества новой программы (в частности, возможность участия в ней пациентов со стажем заложения более 5 лет). **Выводы.** Исследование эффективности инновационной программы по психообразованию для пациентов с РШС показало значимое изменение установок пациентов в отношении к своему заболеванию и проводимому лечению, снижение показателей самостигматизации и повышение комплаентности.

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация, расстройства шизофренического спектра, психообразование

Для цитирования: Палин, А.В., Сирота, Н.А. (2025). Применение современных подходов психосоциальной терапии на стационарном этапе оказания психиатрической помощи. *Консультативная психология и психотерапия*, 33 (4), 57—75. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330403>

Application of modern approaches to medical and psychological rehabilitation at the inpatient stage of psychiatric care

A.V. Palin^{1, 2, 3} ✉, N.A. Sirota³

¹ Mental-health Clinic No. 4 named after P. B. Gannushkin, Moscow, Russia

² Medical Education of the RUDN Medical Institute, Moscow, Russia

³ Russian University of Medicine, Moscow, Russia

✉ e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Abstract

Relevance. While defining the role of psychoeducation as targeted training for patients with mental disorders to independently navigate disease-related subject areas that are important for treatment and rehabilitation, the authors emphasize the need to modify programs based on the characteristics of the target patient group. **The aim:** provide a theoretical and practical justification for an innovative psychoeducation program for the inpatient treatment of patients with schizophrenia spectrum disorders (SSDs). **Results.** Arguments in favor of the early initiation of psychorehabilitative work with patients with SSD are presented, along with results of a comparison between the authors' developed program and traditional psychoeducational interventions across various parameters (such as goals, setting features, session structure, etc.). The advantages of the new program are described, including, in particular, the capacity for patients with a disease duration of over five years to participate. **Conclusions.** The study of the effectiveness of the innovative psychoeducation program for patients with SSD demonstrated a significant change in patients' attitudes towards their illness and treatment, a reduction in self-stigmatization, and an increase in compliance.

Keywords: medical and psychological rehabilitation, schizophrenia spectrum disorders, psychoeducation

For citation: Palin, A.V., Sirota, N.A. (2025). Application of modern approaches to medical and psychological rehabilitation at the inpatient stage of psychiatric care. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33 (4), 57—75. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330403>

Введение

Программы психообразования: от истоков к современному взгляду.
Среди программ медико—психологической реабилитации для пациентов с расстройствами шизофренического спектра (далее РШС) психообразование занимает ключевую роль. Программы по психообразованию обладают доказанной эффективностью и существуют в различных модификациях (Xia, Merinder, Belgamwar, 2011). Первые программы для лиц с РШС предоставляли пациентам информацию о феноменологии, этиологии и патогенезе заболевания, вариантах психофармакотерапии и возможных исходах расстройства. Проводимые в групповой форме, психообразовательные мероприятия были направлены на «просвещение человека с психическим расстройством в тех предметных областях, которые служат целям лечения и реабилитации» (Bellack, Mueser, 1993).

В дальнейшем психообразование вышло за рамки работы исключительно с пациентами, и были созданы программы для людей, сопровождающих пациента в повседневной жизни, — членов его семьи (Dixon, Lehman, 1993). Содержание, тематика, длительность и интенсивность программ для членов семьи также варьируют в широком диапазоне. Как правило, такие программы включают в качестве обязательного элемента тренинг навыков эффективной коммуникации для членов семьи пациента с РШС (Hogarty et al., 1991). Оценка эффективности программ для родственников пациента является весьма сложной задачей, поскольку опирается на анализ состояния пациента с РШС. Очевидно, что указанное состояние является результатом воздействия многих факторов. Поэтому исследователи скорее склонны говорить о недостаточно эффективных и имеющих факультативное значение показателях (Petretto et al., 2017). В последние годы опубликованы мета—обзоры, позволяющие рассматривать психообразование родственников в качестве фактора профилактики рецидива у пациентов с РШС (Rodolico et al., 2022).

За последние десятилетия направление медико—психологической реабилитации в клинике РШС активно развивается и реализуется в виде не только психообразования, но и в форме других программ, направленных на модификацию поведения, включая тренинги социальных и коммуникативных навыков, когнитивную ремедиацию и прочие. В связи с этим оправдан мишене—ориентированный подход, в рамках которого психообразование включает не только улучшение системы знаний пациентов с РШС о своем заболевании и повышение комплаентности к фармакотерапии, но и развитие навыков использования этих знаний для более

успешного и своевременного поиска помощи и профилактики рецидивов. Таким образом, психообразование может быть определено как целенаправленное обучение пациента с психическим расстройством самостоятельному ориентированию в предметных областях, непосредственно связанных с заболеванием, а также как развитие эффективных копинг-стратегий и навыков своевременного обращения за помощью. Заметим, что формирование только знаний о болезни не является способом изменения поведения в состоянии обострения; целью обучения, скорее, должно стать формирование у пациента навыков поведения, полезного для совладания с заболеванием, выполнения врачебных рекомендаций, рефлексии своего состояния и саморегуляции (Jackson et al., 1998). Кроме того, в процессе приобретения знаний, достижения нового понимания своего состояния и обстоятельств, связанных с лечением, изменяется аффективное состояние пациентов, что, в свою очередь, оказывает влияние на мотивационную сферу, самооценку и самовосприятие. Таким образом, становится возможным изменение поведения пациента и преодоление значимых для него сложностей в межличностных отношениях.

Аргументы в пользу начала психообразования на стационарном этапе. Широко известным стало мнение P.D. McGorry, который, являясь авторитетным специалистом по психосоциальной реабилитации, утверждал, что эффективность программ психообразования напрямую зависит от времени их начала, и предлагал проводить интервенции сразу после дебюта заболевания (McGorry, 1995). С точки зрения McGorry, такой подход является оптимальным, но в последующих публикациях по теме высказывались и иные мнения. Проблема заключается в том, что у пациента с дебютом психического расстройства часто наблюдается слабое осознание серьезности заболевания, наличие множества механизмов психологической защиты (особенно отрицания), а также низкий клинический инсайт или анозогнозическая установка (Greenfeld et al., 1989). В этой связи очевидно, что материал психообразовательных сессий вызовет сопротивление и будет слабо усваиваться, так как мотивация к его изучению недостаточна. Наблюдения в рутинной клинической практике постоянно подтверждают, что пациенты с дебютом заболевания недостаточно восприимчивы к традиционному типу психообразования.

Для преодоления сопротивления предлагаемым психообразовательным программам и успешному усвоению пациентами с РШС и их близкими информации о болезни и лечении были предложены две модели. Первая — поддерживающая — включает идеи суппортивной психотерапии. Она ставит перед собой задачу не столько информировать паци-

ентов и членов их семей о формальных аспектах заболевания, сколько помочь переработать те субъективные переживания, которые сопряжены с необходимостью признания факта наличия тяжелого психического расстройства (Rummel-Kluge, Kissling, 2008). Вторая модель модифицировала первоначальную технологию психообразования путем включения в нее техник мотивационного интервью, которое было разработано в клинике расстройств зависимости (Miller, Rollnick, 1991). Такая модель хорошо себя зарекомендовала для пациентов с шизофренией с низкой комплаентностью к терапии и коморбидными расстройствами зависимости от психоактивных веществ (Chien et al., 2019; Br ms et al., 2020). Соответственно, роль психообразования видится в обеих указанных моделях скорее, как психотерапевтическая, поскольку оно призвано обеспечить основу для долгосрочной реабилитационной работы с пациентом. При этом задачи реабилитации могут варьироваться в зависимости от этапа заболевания и индивидуальных запросов пациента.

Для длительно болеющих пациентов с РШС усвоение информации о заболевании во время психообразовательных программ может быть также затруднено, но по иным причинам. Важную роль здесь играют формирующийся нейрокогнитивный дефицит, личностные изменения, обусловленные длительностью заболевания, а также переживания выученной беспомощности и безнадежности (Feldmann et al., 2002). Целесообразность применения психообразовательных интервенций в период пребывания пациента в стационаре после обострения психического заболевания недостаточно освещена в литературе. В некоторых публикациях можно встретить рекомендации использовать технологии когнитивно—поведенческой терапии для пациентов с обострением психоза, при этом приоритетной целью считается достижение более глубокого осознания и понимания собственного заболевания — улучшения клинического инсайта (Avasthi, Sahoo, Grover, 2020).

Информация о заболевании, его механизмах, факторах, влияющих на обострение, способах совладания с симптомами и путях получения помощи обычно предоставляется пациентам в клиниках первого эпизода (Creek et al., 2015). На сегодняшний день в развитых странах существуют рекомендации по ведению пациентов с РШС, включающие применение психосоциальных вмешательств, начиная с острой фазы психоза (Wölwer et al., 2006; Psychosis and Schizophrenia in Adults, 2014; Keepers et al., 2020). Благодаря накопленным данным, психообразовательные интервенции приобрели статус стандартной программы помощи на этапе острой и подострой фаз психоза у пациентов с шизофренией (Палин, 2024; Рычкова, Шмуклер, 2024).

Вопрос оценки эффективности психосоциальных интервенций в период сразу после острого психотического эпизода — одна из наименее изученных тем в области психотерапевтической помощи и реабилитации пациентов с РШС. Те немногие исследования, которые проводились с учетом требований доказательной медицины, продемонстрировали различные результаты — в диапазоне от значительного улучшения состояния пациентов до отсутствия статистически значимых различий с психофармакотерапией. При этом в рекомендациях ряда руководств по ведению пациентов с РШС предлагается проводить психосоциальные интервенции во время острой фазы психоза (Guidelines for Treatment of Schizophrenia, 2004; Psychosis and Schizophrenia in Adults, 2014). Благодаря указанным рекомендациям, психообразовательные вмешательства приобрели статус стандартной программы на этапе острой и подострой фаз психоза у пациентов с шизофренией. Среди практиков сложилось убеждение, что при опоре на диатез—стресс—копинговую модель генеза психических расстройств, психообразовательные вмешательства следует рассматривать как обязательное условие иных, более сложных и индивидуализированных психотерапевтических интервенций (Falloon et al., 1998; Möller, 2005).

Недавний обширный сетевой мета—анализ, посвященный оценке эффективности различных психосоциальных вмешательств в профилактике рецидивов, подтвердил хорошую эффективность психообразования, однако, положительный эффект интервенций оказался не столь стойким. Так, наблюдения длительностью более 12 месяцев уже не подтверждают значимую роль психообразования в достижении указанной цели (Bighelli et al., 2021). Мы полагаем, что это в первую очередь обусловлено недостаточной дифференцированностью программ и свидетельствует о необходимости их «подстройки» к запросам пациентов с разной длительностью заболевания.

Направления модификации программ психообразования. В отечественной практике программы психообразования предлагаются пациентам с РШС, как правило, на начальных этапах заболевания, в «клинике первого эпизода». Типовыми в России стали два варианта программ: психообразование в лекционной форме и психообразование с более активной позицией слушателей—пациентов, т. е. с их вовлечением более активное взаимодействие и обсуждение заданных ведущими тем (Семенова, Кузьменко, Костюк, 2016; Гусева, Еричев, Коцюбинский, 2018). Еще одной признанной программой является комплаенс—терапия, сочетающая психообразование, техники мотивационного интервью и когнитивно—поведенческой терапии (Солохина с соавт., 2017; Бабин, Шлафер, 2020). Разработанные в России програм-

мы психообразования, аналогично многим зарубежным аналогам, включают сессии по приобретению знаний о заболевании, обучению навыкам распознавания признаков психического расстройства и его обострения, а также формированию навыков обращения за медицинской помощью. Это повышает комплаентность больных к психофармакотерапии, способствует уменьшению числа регоспитализаций. Некоторые разработчики программ формулируют и более амбициозные цели, такие как обучение пациентов навыкам эмоциональной саморегуляции, планирования и формирования проблемно-решающего поведения для улучшения их социального функционирования (Свиридов, 2014; Карпенко, 2021).

Интересным направлением работы является фокусировка на личности пациента и его идентичности. Создатели психообразовательных программ для пациентов клиники первого психотического эпизода в России (Психосоциальная реабилитационная программа «Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара» Карпенко и др., 2019) указывают, что улучшение понимания пациентом не только имеющегося заболевания, но и собственной роли в происходящем, повышение личной ответственности пациента за совладание с обострением и за восстановление после психоза адресованы к сохранным звеньям личности. Авторы полагают, что такое обращение к личности больного ведет к снижению самостигматизации, уменьшению переживаний беспомощности и бессилия перед заболеванием и в дальнейшем содействует росту активности пациента.

За последние десятилетия в области разработки психообразовательных интервенций для пациентов с РШС появлялись порой весьма смелые идеи, зачастую остававшиеся недооцененными и не получившие широкого распространения. Например, выдвигались инициативы привлечения к проведению таких программ модераторов, обладающих собственным опытом психотического расстройства (в соответствии с известной концепцией «равный равному»). В одной из первых программ было применено специальное обучение модераторов, включающее прохождение психообразовательной программы, участие в специальных семинарах и работу под супервизией. Это впоследствии способствовало тому, что модераторы могли самостоятельно проводить занятия (Rummel-Kluge, Kissling, 2008).

Разработки последних лет также отражают стремление создателей программ учитывать и использовать опыт пациентов в отношении их заболевания — особые знания и переживания, приобретенные во время болезни (Rennick-Egglestone et al., 2019). Интервенции, основанные на использовании такого опыта и нарративов пациентов, особенно исто-

рий о позитивных изменениях и восстановлении после психотических эпизодов, признаются специалистами важным источником борьбы со стигмой и инструментом повышения мотивации пациентов к внесению позитивных изменений в собственную жизнь.

В этой связи необходимо подчеркнуть, что привычное для многих практиков представление о том, что воздействие на пациентов с РШС со стажем заболевания более 5 лет весьма ограничено по своему эффекту, должно быть пересмотрено. Общепринятые поддерживающие и неспецифические воздействия, такие как терапия занятости (часто ошибочно называемая арт-терапией), а также ранее неоднократно проходимые пациентами психообразовательные программы, основанные на лекционном формате и директивных коммуникациях, уже не могут считаться достаточными. Возможно, именно представление о том, что пациенты стационара из-за своего состоянию не готовы к эффективной групповой работе, привело к поиску новых методов медико—психологической реабилитации, которые включают использование в качестве соведущего пациента в рамках реализации партнерской модели. Практика не получила широкого распространения, хотя исследователи полагают, что программа «равный—равному» может дать пациентам с шизофренией «новый луч надежды», и мотивировать их на лечение как фармакологическими, так и психосоциальными методами. Данные недавнего мета—обзора по этой теме являются противоречивыми и свидетельствуют о небольшом объеме практической реализации и ограниченном числе надежных исследований в данной области (Chien et al., 2019).

Отметим, что актуальное требование персонализированного лечения пациентов с РШС поддерживается большинством врачей, однако его реализация затруднена не только в России, но и в других странах, и фактически почти отсутствует в мировой практике, что подтверждают исследователи (Maj et al., 2021). Очевидно, что для внедрения персонализированного подхода необходимо увеличивать число психосоциальных интервенций, которые должны быть адаптированы к состоянию и запросам конкретного пациента, а также варьировать в зависимости от этапа лечения, возможностей учреждения и других факторов. Разработка новых программ психосоциальной реабилитации остается актуальной практической задачей системы охраны психического здоровья. Современные специалисты признают, что психосоциальные интервенции возможны на любом этапе оказания психиатрической помощи (Психиатрия: Национальное руководство, 2018). При этом рекомендуется определить характер, степень социальной дезадаптации и потребность пациента в той или иной форме помощи, сформулировать ее цель и условия.

Характеристики инновационной программы психообразования для стационарного этапа лечения пациентов с РШС (ИПСЭ «Психообразование»)

ИПСЭ «Психообразование» была разработана специалистами ГБУЗ ПКБ № 4 ДЗ г. Москвы для пациентов с РШС на стационарном этапе лечения в соответствии с современными требованиями к реабилитационным программам (Рычкова, Шмуклер, 2024). Эффективность программы была подтверждена в натуралистическом открытом сравнительно—проспективном исследовании, проведенном на группе пациентов с РШС (в группу сравнения вошли пациенты, посещавшие занятия по терапии занятостью). На этапе разработки, апробации и оценки эффективности инновационной программы психообразования для стационарного этапа лечения пациентов с РШС она была сопоставлена с рядом программ, широко освещенных в отечественной литературе и ставших уже традиционными. Данные этого сравнения были обобщены и представлены в табл. 1.

Таблица 1 / Table 1
Результаты сравнения параметров программ психообразования
Results of comparison of parameters of psychoeducational programs

Параметры	Характеристики существующих программ психообразования	Характеристики ИПСЭ «Психообразование»	Комментарий
Целевая группа пациентов	Как правило, пациенты со стажем заболевания до 5 лет.	Пациенты с РШС со стажем заболевания более 5 лет.	Диапазон пригодности ИПСЭ «Психообразование» более широкий.
Клинические характеристики пациентов	Становление медикаментозной ремиссии.	Подострое состояние, частичное осознание пациентом болезненной природы симптомов, послуживших причиной настоящей госпитализации.	Возможность участия пациентов на ранних сроках госпитализации является мотивирующим фактором участия к групповой работе.
Сеттинг	Может варьироваться, чаще 1—3 раза в неделю в закрытой малой группе, продолжительностью от 10 до 20 сессий по	В период пребывания в стационаре ежедневно, всего 10 сессий длительностью до 60 минут каждая.	С учетом психического состояния пациентов уменьшены число сессий и их длительность, но выше их частота.

Параметры	Характеристики существующих программ психообразования	Характеристики ИПСЭ «Психообразование»	Комментарий
	1,5—2 часа каждая; как правило, проводятся в условиях полустационаров или на базе амбулаторной сети.		
Структура занятия	Заявлена основная тема. Используются ритуалы для начала занятий и их завершения; применяются вспомогательные материалы (буклеты, слайды, видеоматериалы, домашние задания, иные).	Процедура начала и завершения занятия, небольшая разминка для активации в середине занятия. Информация по теме предоставляется в течение 15—20 минут, без информационной перегрузки наглядными материалами. Обязательный повтор ведущим ключевых тезисов сессии.	Ритуал начала занятия в виде опроса о психическом состоянии, ритуал завершения в виде двигательного экспрессивного группового задания, позитивно эмоционально окрашенного. Наглядные материалы максимально исключены во избежание перегрузки.
Информация о симптомах психического расстройства	Является ключевой, становится содержанием нескольких сессий.	Темы обсуждаются. Но данная стандартная тематика используется для входа в программу как известная и безопасная.	Пациенты с РШС с большой длительностью заболевания (более 5 лет) формально осведомлены о своем заболевании, знают симптомы и основные лекарственные препараты. Однако их комплаентность мало зависит от данного знания, и его актуализация также незначительно изменяет их по-
Информация о медикаментозном лечении как стратегии сохранения психического здоровья	Является ключевой, становится содержанием нескольких сессий.		

Параметры	Характеристики существующих программ психообразования	Характеристики ИПСЭ «Психообразование»	Комментарий
			ведение по отношению к заболеванию.
Обсуждение темы совладания с симптомами психического неблагополучия	Симптомы трактуются как показания к психофармакотерапии.	Обсуждение стратегий совладания может быть использовано для улучшения психического состояния.	С учетом наличия у длительно болеющих пациентов с РШС значительного числа симптомов, которые не могут быть полностью купированы медикаментозно (остаточные, негативные) необходимо расширение диапазона стратегий совладания, включение в число мишеней программы различных проявлений пассивности, отстраненности, иных.
Обсуждение сложностей социальной жизни вследствие заболевания	Редко используется как тема психообразовательных сессий, иногда присутствует в виде элементов тренинга социальных (коммуникативных) навыков.	Проводится в виде мотивационных интервенций двух типов: с подчеркиванием протективного значения социальной поддержки как защиты от стресса, и в виде пояснений о необходимости повышения уровня активности для преодоления ангедонии и симптомов депрессии.	Крайне важно участие модератора (из числа специально подготовленных и ранее прошедших программу пациентов); при отсутствии такой возможности ведущему важно использовать приемы из опыта иных пациентов в группе.

Параметры	Характеристики существующих программ психообразования	Характеристики ИПСЭ «Психообразование»	Комментарий
Обсуждение и оценка внешних ресурсов поддержки	Обсуждение в первую очередь направлено на содействие комплаентности пациентов к психофармакотерапии, и касается тех контактов, которые имеют отношение к учреждениям, оказывающим психиатрическую помощь.	Обсуждения касаются системы организации психиатрической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи; предполагается анализ ресурсов разных организаций и релевантных лиц.	Поскольку у длительно болеющих пациентов накоплены значительные социальные дефициты и адаптационные затруднения, необходимо более широкое включение поддерживающих социальных систем.
Обсуждение темы будущего и перспектив пациента	Чаще проводится в варианте превентивно-сберегающей реабилитации (с целью сохранения имеющихся социальных достижений и ресурсов).	Обсуждаются разные способы заботы о себе (о физическом состоянии, соматическом здоровье), намечаются цели и планы, не связанные с заболеванием (из числа полезных), с акцентом на тех, которые позволят пациенту взаимодействовать с другими людьми, пользоваться ресурсами сообщества.	Также важно участие модератора, способного описать собственный опыт жизни с психическим заболеванием, но в позитивном ключе (с акцентом на цели, формы поддержки).
Завершение программы	Программа предполагает сохранение контакта с лечащим врачом-психиатром в качестве основной цели.	Программа заявлена как вход в широкий класс мероприятий, доступных пациенту после выписки из стационара.	В ряде случаев пациенты выражают готовность не только далее взаимодействовать со специалистами, но и в дальнейшем выступить модератором программы.

Результаты указанного исследования отражены в ряде публикаций; они свидетельствуют о существенно выраженных позитивных изменениях у пациентов, прошедших ИПСЭ «Психообразование» (Палин, 2025).

Заключение

Исследование эффективности инновационной программы по психообразованию для пациентов с расстройствами шизофренического спектра показало значимое изменение установок пациентов в отношении к своему заболеванию и проводимому лечению, а также снижение показателей самостигматизации. Ценным результатом стало значительное повышение комплаентности ко всем видам лечебных интервенций. Это касается не только комплаентности к психофармакотерапии, но и к медико-психологической реабилитации как форме помощи. Повысилась готовность пациентов к контактам со специалистами и к участию в различных видах групповой работы, что способствует более эффективному проведению широкого спектра психосоциальных реабилитационных мероприятий на последующих этапах амбулаторного ведения пациентов (Палин, 2024; Палин, Сирота, 2025).

Список источников / References

1. Бабин, С.М., Шлафер, А.М. (2020). *Комплаенс-терапия больных шизофренией*. ИД «Городец».
Babin S.M., Schlafer A.M. (2020). *Compliance therapy for patients with schizophrenia*. Publishing House «Gorodets». (In Russ).
2. Гусева, О.В., Еричев, А.Н., Коцюбинский А.П. (2018). *Особенности психотерапии при расстройствах шизофренического спектра: методические рекомендации*. СПб: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.
Guseva, O.V., Erichev, A.N., Kotsyubinsky, A.P. (2018). *Features of psychotherapy for schizophrenia spectrum disorders: methodological recommendations*. St. Petersburg: NMIC PN named after V.M. Bekhterev. (In Russ).
3. Карпенко, О.А. (2021). *Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом, госпитализированных по неотложным показаниям*: Авт. дисс. ... канд. мед. наук. М.
Karpenko O.A. (2021) *Psychoeducation of patients with the first psychotic episode, hospitalized for emergency indications*: Author's diss. ... Cand. of Medical Sciences. Moscow. (In Russ).

4. Палин, А.В. (2025). Динамика личностных установок пациентов с шизофренией вследствие лечения с использованием психосоциальных вмешательств на стационарном этапе. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*, 59 (2), 78—89. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1015>
Palin, A.V. (2025). Dynamics of personal attitudes of patients with schizophrenia as a result of treatment using psychosocial interventions at the inpatient stage. *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev*, 59 (2), 78—89. (In Russ). <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1015>
5. Палин, А.В. (2024). Повышение комплаентности к реабилитации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших инновационную программу психообразования на стационарном этапе лечения. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*, 4, 23—29.
Palin, A.V. (2024). Increasing compliance with rehabilitation in patients with schizophrenia spectrum disorders who underwent an innovative psychoeducation program at the inpatient stage of treatment. *Modern therapy in psychiatry and neurology*, 4, 23—29. (In Russ).
6. Палин, А.В. (2024). Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра. *Консультативная психология и психотерапия*, 32 (3), 96—115. <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320306>
Palin, A.V. (2024). Psychotherapeutic potential of psychoeducation in the rehabilitation of patients with schizophrenia spectrum disorders. *Counseling psychology and psychotherapy*, 32 (3), 96—115. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320306>
7. Палин, А.В., Рычкова, О.В. (2020). Ранние психосоциальные вмешательства у больных с шизофренией — условие эффективности лечебно-реабилитационного процесса. *Социальная и клиническая психиатрия*, 30 (2), 96—103.
Palin, A.V., Rychkova, O.V. (2020). Early psychosocial interventions in patients with schizophrenia — a condition for the effectiveness of the treatment and rehabilitation process. *Social and Clinical Psychiatry*, 30 (2), 96—103 (In Russ).
8. Палин, А.В., Сирота, Н.А. (2025). Инновационная психообразовательная программа для пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи. *Психическое здоровье*, 20 (4), 3—13.
Palin, A.V., Sirota, N.A. (2025). Innovative psychoeducational program for patients with schizophrenia spectrum disorders at the inpatient stage of psychiatric care. *Mental Health*, 20 (4), 3—13 (In Russ).
9. *Психиатрия. Национальное руководство* (2018). Коллективная монография, под ред. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г. / 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва.

- Psychiatry. National Guide* (2018). Collective monograph. Edited by Aleksandrovsky Yu.A., Neznanov N.G. / 2nd edition, revised and supplemented. Moscow. (In Russ.).
10. *Психосоциальная реабилитационная программа «Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара»* (2019): методические рекомендации № 94 / под ред. Г.П. Костюка. М.: Книжный дом Университет.
Psychosocial rehabilitation program «Psychoeducation of patients with the first psychotic episode in a hospital setting» (2019): methodological recommendations No. 94 / edited by G.P. Kostyuk. Moscow: Book House University. (In Russ.).
 11. Рычкова, О.В., Шмуклер, А.Б. (2014). *Психологическая реабилитация пациентов с расстройствами психотического спектра*. Практическое пособие. Москва: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского.
Rychkova, O.V., Shmukler, A.B. (2014). *Psychological rehabilitation of patients with psychotic spectrum disorders*. Practical manual. Moscow: V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychological and Nursing. (In Russ.).
 12. Свиридов И.Г. (2014). *Критерии эффективности психообразования при оказании психиатрической помощи*: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.
Sviridov I.G. (2014) *Criteria for the effectiveness of psychoeducation in providing psychiatric care*: author is abstract. diss. ... candidate of medical sciences. Moscow. (In Russ.).
 13. Семенова, Н.Д., Кузьменко, А.Ю., Костюк, Г.П. (2016). Психообразование: проблемы и направления исследований. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*, 4, 3—11.
Semenova, N.D., Kuz'menko, A.Y., Kostyuk, G.P. (2016). Psychoeducation: Problems and Directions of Research. *Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 4, 3—11. (In Russ.).
 14. Солохина, Т.А., Ястребова, В.В., Алиева, Л.М., Митихина, И.А., Машошин, А.И. (2017). *Метод комплаенс-терапии при психосоциальном лечении больных шизофренией. Методические рекомендации*. Москва: ООО «МАКС Пресс».
Solokhina, T.A., Yastrebova, V.V., Alieva, L.M., Mitihina, I.A., Mashoshin, A.I. (2017) *Compliance therapy method in psychosocial treatment of patients with schizophrenia. Methodical recommendations*. Moscow: ООО «MAX Press». (In Russ.).
 15. Avasthi, A., Sahoo, S., Grover, S. (2020). Clinical Practice Guidelines for Cognitive Behavioral Therapy for Psychotic Disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 62 (2), 251—262, https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_774_19
 16. Bellack, A.S., Mueser, K.T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 19(2), 317—336. <https://doi.org/10.1093/schbul/19.2.317>
 17. Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H. et al. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8 (11), 969—980.

18. Bröms, G., Cahling, L., Berntsson, A., Öhrmalm, L. (2020). Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic treatment: interventional study. *BJPsych Bull*, 44 (6), 265—268. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.28>
19. Chien, W.T., Clifton, A., Zhao, S., Peer, S.L. (2019). Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010880.pub2>
20. Creek, R., Fraser, S., O'Donoghue, B., Hughes, F., Crlenjak, C. (2015). *A shared understanding: psychoeducation in early psychosis*. Orygen: The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
21. Dixon, L.B., Lehman, A.F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 21, 631—643.
22. Falloon, I.R., Held, T., Roncone, R., Coverdale, J.H., Laidlaw, T.M. (1998). Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 32 (1), 3243—3249. <https://doi.org/10.3109/00048679809062704>
23. Feldmann, R., Hornung, W.P., Prein, B. et al. (2002). Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*, 252 (3), 115—119. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0369-2>
24. Greenfeld, D., Strauss, J.S., Bowers, M.B., Mandelkern, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Sch Bull*, 15 (2), 245—252. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.245>
25. *Guidelines for Treatment of Schizophrenia* (2004). Washington, DC: American Psychiatric Association.
26. Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J. et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 340—347. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810280056008>
27. Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., et al. (1998). Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *Br. J. Psychiatry*, 33 (172), 93—100. <https://doi.org/10.1192/S0007125000297730>
28. Keepers, G.A., Fochtmann, L.J., Anzia, J.M., et al. (2020). The American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Focus. *Am Psychiatr Publ*, 18 (4), 493—497. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.18402>
29. Maj, M., van Os, J., De Hert, M., Gaebel, W., Galderisi, S., Green, M.F., Guloksuz, S., Harvey, P.D., Jones, P.B., Malaspina, D., McGorry, P., Miettunen, J., Murray, R.M., Nuechterlein, K.H., Peralta, V., Thornicroft, G., van Winkel, R., Ventura, J. (2021). The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry*, 20 (1), 4—33. <https://doi.org/10.1002/wps.20809>
30. McGorry, P.D. (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process. *Psychiatry*, 58, 313—328.

31. Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
32. Möller, H.J. (2005). Course and long-term treatment of schizophrenic psychoses. *Pharmacopsychiatry*, 37 (2), 126—135. <https://doi.org/10.1055/s-2004-832666>
33. National Collaborating Centre for Mental Health (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults. Treatment and Management: Updated Edition*. NICE Clinical Guidelines, 178. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555203/>
34. Petretto, D.R., Lussu, C., Zuddas, C., Pistis, I., Piras, P., Preti, A., et al. (2017). Meta-Review of Systematic and Meta-Analytic: Reviews on Family Psychoeducation for Schizophrenia. *Austin J Clin Neurol*, 4 (2), e1107. <https://doi.org/10.26420/austinjclinneurol.2017.1107>
35. Rennick-Egglestone, S., Ramsay, A., McGranahan, R., Llewellyn-Beardsley, J., Hui, A., Pollock, K., Repper, J., Yeo, C., Ng, F., Roe, J., et al. (2019). The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: Qualitative analysis and change model. *PLoS ONE*, 14, e0226201. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226201>
36. Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., Schneider-Thoma, J., Leucht, S. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 9 (3), 211—221. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)
37. Rummel-Kluge, C., Kissling, W. (2008). Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field. *Current Opinion in Psychiatry*, 21 (2), 168—172. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f4e574>
38. Wölwer, W., Baumann, A., Bechdolf, A., et al. (2006). The German Research Network on Schizophrenia--impact on the management of schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*, 8 (1), 115—121. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.1/woelwer>
39. Xia, J., Merinder, L.B., Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, article № CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>

Информация об авторах

Палин Александр Васильевич, заведующий отделением медико-психологической помощи, Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П.Б. Ганнушкина (ГБУЗ ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы); ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы (ФГАОУ ВО «РУДН»); соискатель кафедры клинической психологии Научно-образовательного института социальных, гуманитарных и экономических наук

Палин А.В., Сирота Н.А. (2025)
Применение современных подходов
психосоциальной терапии на стационарном...
Консультативная психология и психотерапия,
33(4), 57—75.

Palin A.V., Sirota N.A. (2025)
Application of modern approaches to medical and
psychological rehabilitation at the inpatient stage...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
33(4), 57—75.

имени А.П. Чехова, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9480-731X>, e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Сирота Наталья Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии Научно-образовательного института социальных, гуманитарных и экономических наук имени А.П. Чехова, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

Information about the authors

Palin Aleksandr Vasilievich, Head of the Department of Medical and Psychological Care, Mental-health Clinic No. 4 named after P.B. Gannushkin, assistant of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology Faculty of Continuing Medical Education, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; Applicant, Department of Clinical Psychology, A.P. Chekhov Scientific and Educational Institute of Social, Humanitarian and Economic Sciences, Russian University of Medicine (FSBEI HE "ROSUNIMED"), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9480-731X>, e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Natalia A. Sirota, doctor of Medical Sciences, professor, head of the Department of Clinical Psychology, A.P. Chekhov Scientific and Educational Institute of Social, Humanitarian and Economic Sciences, Russian University of Medicine (FSBEI HE "ROSUNIMED"), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

Вклад авторов

Палин А.В. — идеи исследования; планирование исследования; разработка групповой инновационной программы по психообразованию; написание и оформление рукописи; контроль за проведением исследования.

Сирота Н.А. — аннотирование; обзор литературы и оформление списка источников; участие в интерпретации результатов.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Aleksandr V.Palin — research concept; research planning; development of a group innovative program for psychoeducation, manuscript writing and formatting; research supervision.

Natalia A.Sirota — annotation; literature review and compilation of the reference list; participation in the interpretation of results.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Палин А.В., Сирота Н.А. (2025)
Применение современных подходов
психосоциальной терапии на стационарном...
Консультативная психология и психотерапия,
33(4), 57—75.

Palin A.V., Sirota N.A. (2025)
Application of modern approaches to medical and
psychological rehabilitation at the inpatient stage...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
33(4), 57—75.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было рассмотрено и одобрено межвузовским комитетом по этике Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины» (протокол № 06-25 от 19.06.2025 г.).

Ethics statement

The study was reviewed and approved by the Interuniversity Ethics Committee of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Russian University of Medicine» (Protocol № 06-25 dated 19.06.2025).

Поступила в редакцию 11.10.2025

Received 2025.10.11

Поступила после рецензирования 01.12.2025

Revised 2025.12.01

Принята к публикации 02.12.2025

Accepted 2025.12.02

АПРОБАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ МЕТОДИК TESTING AND VALIDATING INSTRUMENTS

Научная статья | Original paper

Валидация русскоязычной версии Шкалы вторичного травматического стресса на выборке специалистов, оказывающих помощь детям с ОВЗ и инвалидностью и их семьям

Е.В. Казенная¹ ✉, А.А. Золотарева¹, А.С. Ульянова²,
Н.А. Лебедева³, Д.А. Карпова⁴

¹ Национальный исследовательский университет

«Высшая школа экономики», Москва, Российская Федерация

² Московский педагогический государственный университет,

Москва, Российская Федерация

³ Независимый исследователь, Москва, Российская Федерация

⁴ Институт коррекционной педагогики, Москва, Российская Федерация

✉ kazennayahelen@gmail.com

Резюме

Контекст и актуальность. Одним из наиболее широко используемых инструментов оценки вторичного травматического стресса является одноименная шкала STSS (Secondary Traumatic Stress Scale). Опросник, включающий 17 пунктов, зарекомендовал себя в международных исследованиях как надежный и валидный инструмент, демонстрирующий высокие показатели внутренней согласованности и конструктивной валидности. Настоящее исследование направлено на анализ психометрических свойств русскоязычной версии Шкалы вторичного травматического стресса (STSS). Основная гипотеза заключается в том, что методика обладает высокой надежностью и валидностью в условиях российской выборки. **Методы и материалы.** В исследовании приняли участие 2382 респондента, из них 2284 (95,9%) женщин и 98 (4,1%) мужчин в возрасте от 19 до 79 лет ($M = 46,1$; $SD = 11,8$; $Me = 47$).

Участники заполнили русскоязычную версию шкалы STSS, а также набор шкал: PCL-5 (Контрольный чек-лист симптомов ПТСР), MBI (Опросник для диагностики эмоционального выгорания), PHQ-9 (Опросник здоровья пациентов, оценивающий симптомы депрессии), GAD-7 (Шкала генерализованного тревожного расстройства) и PSS-10 (Шкала воспринимаемого стресса). **Результаты.** Анализ психометрических характеристик показал высокую внутреннюю согласованность русскоязычной версии STSS. Результаты конфирматорного факторного анализа подтвердили бифакторную структуру шкалы, что свидетельствует о ее факторной валидности. Установлены высокие корреляции между STSS и показателями ПТСР, депрессии, тревожности, эмоционального истощения и воспринимаемого стресса, что подтверждает конвергентную валидность шкалы. **Выводы.** Выборка характеризуется высокой профессиональной однородностью и релевантна для изучения вторичного травматического стресса у специалистов помогающих профессий. Русскоязычная версия шкалы STSS имеет устойчивую бифакторную структуру, подтвержденную конфирматорным факторным анализом, и характеризуется высокими уровнями надежности и валидности. Полученные данные подтверждают, что адаптированная шкала является психометрически надежным и валидным инструментом для диагностики вторичного травматического стресса в русскоязычной популяции.

Ключевые слова: STSS, вторичный травматический стресс, помогающие профессии, образование, факторная структура, статистика, психометрические свойства, демографические особенности

Для цитирования: Казенная, Е.В., Золотарева, А.А., Ульянова, А.С., Лебедева, Н.А., Карпова, Д.А. (2025). Валидация русскоязычной версии шкалы вторичного травматического стресса на выборке специалистов, оказывающих помощь детям с ОВЗ и инвалидностью и их семьям. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(4), 76—95. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330404>

Validation of the Russian version of the Secondary Traumatic Stress Scale on a sample of professionals providing support to children with special educational needs and disabilities and their families

E.V. Kazennaya¹ ✉, A.A. Zolotareva¹, A.C. Ulyanova²,
N.A. Lebedeva³, D.A. Karpova⁴

¹ HSE University, Moscow, Russian Federation

² Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russian Federation

³ Independent researcher, Moscow, Russian Federation

⁴ The Federal State Budget Scientific Institution «Institute of Special Education», Moscow, Russian Federation

✉ kazennayahelen@gmail.com

Abstract

Context and Relevance. One of the most widely used instruments for assessing secondary traumatic stress (STS) is the Secondary Traumatic Stress Scale (STSS). This 17-item questionnaire has demonstrated strong reliability and construct validity across international studies, with consistently high internal consistency and robust psychometric performance. The present study evaluates the psychometric properties of the Russian-language adaptation of the STSS. The primary **hypothesis** is that the factor structure of the Russian version aligns with the original model, and that the instrument exhibits strong reliability and validity within a Russian-speaking sample. **Methods and Materials.** The sample included 2,382 participants: 2,284 women (95,9%) and 98 men (4,1%), aged 19 to 79 years ($M = 46,1$, $SD = 11,8$, $Me = 47$). Respondents completed the Russian version of the STSS alongside a battery of validated measures: the PCL-5 (PTSD symptoms), MBI (emotional burnout), PHQ-9 (depressive symptoms), GAD-7 (anxiety symptoms), and PSS-10 (perceived stress). **Results.** Psychometric analysis revealed excellent internal consistency for the Russian STSS. Confirmatory factor analysis supported a bifactor structure, confirming its factorial validity. Strong positive correlations were observed between STSS scores and measures of PTSD, depression, anxiety, emotional exhaustion, and perceived stress, providing robust evidence for convergent validity. **Conclusions.** The sample is highly representative of helping professionals, making it well-suited for research on secondary traumatic stress. The Russian STSS demonstrates a stable bifactor model, confirmed through rigorous factor analysis, and exhibits high reliability and validity. Findings support the adapted scale as a psychometrically sound tool for assessing secondary traumatic stress in Russian-speaking populations.

Keywords: STSS, secondary traumatic stress, helping professions, education, factor structure, statistics, psychometric properties, demographic characteristics

For citation: Kazennaya, E.V., Zolotareva, A.A., Ulyanova, A.C., Lebedeva, N.A., Karpova, D.A. (2025). Validation of the Russian version of the Secondary Traumatic Stress Scale on a sample of professionals providing support to children with special educational needs and disabilities and their families. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(4), 76—95. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330404>

Введение

Специалисты помогающих профессий (психология, сфера образования, дефектология, социальная работа, медицина, сестринское дело, правоохранительные органы, исправительные учреждения и гуманитарная помощь) подвержены риску развития симптомов, сходных с посттравматическим стрессовым расстройством, вследствие вовлечения в переживания клиентов или пациентов (Bride, 2007; Kintzle et al., 2013; Lawson et al., 2019). Вторичный травматический стресс является формой посттравматического стресса, возникающего у специалистов в результате косвенного контакта с травматическим опытом других людей, и в научной литературе описывается совокупностью симптомов, включающих симптомы вторжения, избегание, негативные изменения в настроении и когнитивных функциях, а также повышенную реактивность и гипервозбуждение (Bride et al., 2025). Вторичный травматический стресс представляет собой феномен, характерный для специалистов, регулярно взаимодействующих с людьми, пережившими неблагоприятный опыт. На данный момент в диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-5; Американская психиатрическая ассоциация, APA, 2013) отмечено, что вторичный травматический стресс может возникать у лиц, косвенно подвергшихся травме (Hensel et al., 2015), а симптомы варьируются от очень легких до достаточно тяжелых (Bride, 2007). Результаты исследований демонстрируют наличие симптомов вторичного травматического стресса среди 70% социальных работников, 75% консультантов по расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ, 85% медсестер отделений неотложной помощи и 92% работников служб защиты детей (Bride, 2007; Bride, Jones, & MacMaster, 2007; Bride & Kintzle, 2011; Domínguez-Gómez & Rutledge, 2009). Адекватная оценка уровня вторичного травматического стресса является важным элементом мониторинга благополучия в этих профессиях.

Одним из наиболее востребованных инструментов измерения вторичного травматического стресса является Шкала вторичного травматического стресса, STSS (Secondary Traumatic Stress Scale, STSS) (Bride

et al., 2004). Опросник STSS состоит из 17 пунктов и продемонстрировал отличную внутреннюю согласованность и конструктивную валидность (Bride et al., 2004; Kintzle et al., 2013). Данная шкала была переведена и адаптирована в ряде стран, таких как Франция (Jacobs et al., 2019), Япония (Kitano et al., 2021), Италия (Grandi et al., 2025), Турция (Çelik & Altınışik, 2021), Китай (He et al., 2022) и др. Для достоверного и валидного применения данного опросника в русскоязычной популяции требуется его адаптированная версия. Настоящее исследование направлено на валидацию русскоязычной версии STSS на выборке специалистов помогающих профессий.

Материалы и методы

Процедура. Данные были собраны в 2024 году с использованием онлайн-анкетирования посредством электронной рассылки. Приглашения к участию в исследовании рассылались через Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт коррекционной педагогики» (ФГБНУ «ИКП»). Это позволило охватить широкую географически распределенную выборку и обеспечить доступ к целевой аудитории. *Критерии включения* в выборку: специалисты помогающих профессий, работающие с семьями и детьми с ОВЗ; постоянное проживание на территории Российской Федерации в период проведения исследования; добровольное согласие на участие в исследовании.

Участники исследования. В исследовании приняли участие 2382 респондента, из которых 2284 (95,9%) женщин и 98 (4,1%) мужчин в возрасте от 19 до 79 лет ($M = 46,1$; $SD = 11,8$; $Me = 47$). В данной выборке представлены преимущественно женщины (что характерно для данной профессии) среднего возраста с высоким образовательным уровнем — 86,4% имеют высшее образование. В исследовании представлены преимущественно педагоги — 1472 человек (61,8%), а также дефектологи — 460 человек (19,3%), психологи — 405 человек (17%), социальные работники — 30 человек (1,3%) и другие профессии в рамках образования и оказания помощи семьям и их детям с ограниченными возможностями здоровья — 15 человек (0,6%).

Инструменты. Применялись анкета, содержащая блок социально-демографических характеристик, а также батарея методик, в которую вошли:

1. *Шкала вторичного травматического стресса (Secondary Traumatic Stress Scale, STSS)*. Разработана Б.А. Брайдом (B.A. Bride) и направлена

на оценку симптоматики вторичного травматического стресса у специалистов, работающих с учениками, клиентами и пациентами, имеющими тяжелый жизненный опыт. STSS основана на диагностических критериях посттравматического стрессового расстройства из DSM-IV и адаптирована к профессиональному контексту, в котором специалисты подвергаются косвенному воздействию травматических историй клиентов и пациентов. STSS отличается от оценки ПТСР тем, что формулировки инструкций и пунктов, специфичных для стрессора (пункты 2, 3, 6, 10, 12, 13, 14, 17), были разработаны таким образом, чтобы травматический стрессор идентифицировался как воздействие на клиентов. В настоящем исследовании использовалась 17-пунктовая версия шкалы, пункты которой оцениваются по 5-балльной шкале Ликерта (от 1 — «никогда» до 5 — «очень часто»). STSS включает три субшкалы, соответствующие трем кластерам симптомов ПТСР: интрузии (например, навязчивые мысли о переживаниях клиента), избегание (например, стремление избегать напоминаний о травматических историях) и повышенная возбудимость (например, гипербдительность, раздражительность, нарушения сна) (Bride et al., 2004). Суммарный балл по шкале варьируется от 0 до 68, при этом показатель 40 рассматривается как пороговый, указывающий на клинически значимый уровень вторичного травматического стресса. Текст русскоязычной версии STSS представлен в Приложении.

2. *Контрольный чек-лист посттравматического стрессового расстройства (PCL-5)*, разработанный У.Б. Уэзерсом и коллегами. PCL-5 соответствует критериям DSM-5 и предназначен для оценки выраженности симптомов ПТСР. На русскоязычной выборке адаптирован командой лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях ИП РАН (Тарабрина и др., 2017). Опросник содержит 20 пунктов, сгруппированных в четыре кластера: симптомы навязчивого повторения, симптомы избегания, негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере, симптомы возбуждения. Каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале Ликерта (от 0 — «совсем нет» до 4 — «очень сильно») в зависимости от частоты проявления симптомов за последний месяц. Суммарный балл варьируется от 0 до 80; 33 балла — пороговое значение для скрининга, хотя может варьироваться в зависимости от популяции.

3. *Шкала генерализованного тревожного расстройства (GAD-7)*, разработанная Р. Спитцером и соавторами и адаптированная на русский язык А.А. Золотаревой (Золотарева, 2023а). Оценивает выраженность тревож-

ной симптоматики за последние две недели. GAD-7 состоит из 7 пунктов, оцениваемых по 4-балльной шкале Ликерта (от 0 — «никогда» до 3 — «почти каждый день»). Показатель 10 и выше рассматривается как клинически значимый признак, указывающий на высокую вероятность наличия генерализованного тревожного расстройства.

4. *Опросник здоровья пациента (PHQ-9)*, авторами которого являются К. Кроенке с коллегами (адаптация Золотарева, 2023b). Содержит 9 пунктов, соответствующих диагностическим критериям большого депрессивного расстройства по DSM-5. Оценивается частота симптомов за последнюю неделю по 4-балльной шкале (от 0 — «никогда» до 3 — «почти каждый день»). Значение 10 и выше считается пороговым для предположительного диагноза большого депрессивного расстройства.

5. *Шкала воспринимаемого стресса (PSS-10)*, разработанная Ш. Коэном и адаптированная А.А. Золотаревой (Золотарева, 2023с), оценивает степень, в которой человек воспринимает жизненные события как превосходящие его ресурсы. Десятипунктовая версия включает два аспекта: дистресс и совладание. Ответы даются по 5-балльной шкале Ликерта (от 0 — «никогда» до 4 — «очень часто»); обратные пункты реверсируются перед суммированием. Более высокий суммарный балл указывает на более высокий уровень воспринимаемого стресса.

6. *Опросник профессионального выгорания* (Водопьянова, Старченкова, Наследов, 2013) представляет собой модифицированную версию шкалы выгорания Маслач и является наиболее часто используемым инструментом для оценки профессионального выгорания. Включает 22 пункта, сгруппированных по трем измерениям: эмоциональное истощение (9 пунктов), деперсонализация (5 пунктов) и редукция профессиональных достижений (8 пунктов). Пункты оцениваются по 7-балльной шкале Лайкерта (от 0 — «никогда» до 6 — «ежедневно»). Высокие баллы по первым двум субшкалам и низкие по третьей шкале свидетельствуют о выраженном выгорании.

Анализ данных. Обработка и статистический анализ данных проводились с использованием программного пакета Jamovi (версия 2.6; The jamovi project, 2024). Первоначально был проведен анализ качества данных, включавший оценку доли пропущенных значений. Обработка данных включала расчет описательных статистик (средние значения, стандартные отклонения, медианы). Для изучения психометрических характеристик применялись методы корреляционного анализа (включая коэффициент r Пирсона), коэффициент Кронбаха и конфирматорный факторный анализ.

Результаты

Процедура перевода. Перевод опросника STSS с английского на русский язык осуществлялся с использованием многоэтапной процедуры обратного перевода. Первоначальный перевод выполняли авторы исследования, после чего два билингвальных специалиста по психометрике и клинической психологии провели обратный перевод на английский язык и сопоставили его с оригинальной версией.

Описательная статистика. В табл. 1 представлена описательная статистика для пунктов STSS.

Таблица 1 / Table 1

Описательная статистика и надежность

пунктов STSS (N = 2382 чел.)

Descriptive statistics and reliability of the STSS items (N = 2382)

Пункт/ Item	M	SD	Экспессе / Kurtosis	Асимметрия / Skewness
Пункт 1/ Item 1	1,90	0,96	0,36	0,92
Пункт 2/ Item 2	1,61	0,86	1,91	1,46
Пункт 3/ Item 3	1,44	0,73	3,11	1,78
Пункт 4/ Item 4	1,96	1,01	0,34	0,95
Пункт 5/ Item 5	1,85	0,99	0,52	1,05
Пункт 6/ Item 6	1,68	0,92	0,66	1,41
Пункт 7/ Item 7	1,73	0,95	0,44	1,34
Пункт 8/ Item 8	2,06	1,00	0,30	0,85
Пункт 9/ Item 9	1,96	0,94	0,01	0,76
Пункт 10/ Item 10	2,05	1,06	0,30	0,75
Пункт 11/ Item 11	1,88	0,91	0,10	0,81
Пункт 12/ Item 12	1,47	0,83	3,69	1,97
Пункт 13/ Item 13	1,38	0,73	4,31	2,08
Пункт 14/ Item 14	1,85	1,00	0,52	1,07
Пункт 15/ Item 15	1,93	0,94	0,48	0,92
Пункт 16/ Item 16	1,67	0,87	1,29	1,28
Пункт 17/ Item 17	1,45	0,74	2,45	1,65
Субшкала AVT «Симптомы вторжения» / Intrusion	5,21	4,99	1,09	1,11

Пункт/ Item	M	SD	Экспесс / Kurtosis	Асимметрия / Skewness
Субшкала INT «Симптомы избега- ния» / Avoidance	3,16	3,33	1,85	1,30
Субшкала ART «Симптомы гипервоз- буждения» / Arousal	4,48	3,90	0,52	0,87
Общая шкала / Total score	12,9	11,6	1,21	1,08

Примечание: M = среднее; SD = стандартное отклонение; стандартная ошибка эксцесса = 0,050, стандартная ошибка асимметрии = 0,100.

Note: M = mean; SD = standard deviation; standard error of kurtosis = 0,050, standard error of skewness = 0,100.

Факторная структура. Для оценки структуры шкалы были протести-рованы три модели: однофакторная (все пункты объединены в общий фактор), трехфакторная (по отдельным симптомным кластерам: «втор-жение», «избегание», «гипервозбуждение») и бифакторная (все пункты шкалы входят в общий фактор вторичного травматического стресса, а также в один из трех специфических факторов: «вторжение», «избегание», «гипервозбуждение»). Результаты оценки моделей показали, что бифак-торная модель демонстрирует наилучшее соответствие данным (табл. 2).

Таблица 2 / Table 2

Индексы соответствия конфирматорных факторных моделей STSS
Conformity indices of confirmatory factor models STSS

Модели / Models	χ^2	df	RMSEA (90% CI)	SRMR	CFI	TLI
Модель 1: однофактор- ная / Model 1: single- factor	975*	119	0,055	0,039	0,997	0,996
Модель 2: трехфактор- ная / Model 2: three- factor	855*	116	0,052	0,037	0,997	0,997
Модель 3: бифактор- ная / Model 3: bifactor	441*	96	0,039	0,027	0,999	0,998

Примечание: «*» — χ^2 статистически значим на уровне $p < 0,001$.

Note: «*» — χ^2 is statistically significant at the level of $p < 0,001$.

В табл. 3 по результатам КФА представлены факторные нагрузки пунктов бифакторной модели STSS.

Таблица 3 / Table 3
Факторные нагрузки пунктов STSS (по результатам КФА) /
Factor loadings of STSS items (based on CFA results)

Пункт / Item	Факторные нагрузки КФА на общий фактор / CFA factor loadings on the general factor	Факторные нагрузки КФА на специфический фактор / CFA factor loadings on the specific factor
Пункт 1 / Item 1	0,599	0,373
Пункт 2 / Item 2	0,555	0,578
Пункт 3 / Item 3	0,517	0,373
Пункт 4 / Item 4	0,411	0,435
Пункт 5 / Item 5	0,618	0,419
Пункт 6 / Item 6	0,757	0,207
Пункт 7 / Item 7	0,717	0,257
Пункт 8 / Item 8	0,511	0,492
Пункт 9 / Item 9	0,645	0,412
Пункт 10 / Item 10	0,698	0,154
Пункт 11 / Item 11	0,602	0,348
Пункт 12 / Item 12	0,851	0,011
Пункт 13 / Item 13	0,757	0,016
Пункт 14 / Item 14	0,877	–0,048
Пункт 15 / Item 15	0,711	0,177
Пункт 16 / Item 16	0,692	0,196
Пункт 17 / Item 17	0,777	0,030

Примечание: КФА = конфирматорный факторный анализ.

Note: CFA = confirmatory factor analysis.

Внутренняя надежность. Шкала STSS показала высокий уровень внутренней надежности и согласованности измерительных позиций. Коэффициент α Кронбаха достиг 0,95 для общего балла по шкале, что указывает на превосходную надежность. Показатели надежности субшкал «Симптомы избегания» ($\alpha = 0,88$), «Симптомы вторжения» ($\alpha = 0,83$) и «Симптомы гипервозбуждения» ($\alpha = 0,88$) были высокими. Конвергентную валидность русскоязычной версии STSS доказывают позитивные взаимосвязи между показателями вторичного травматического стресса, посттравматического стрессового расстройства, профессионального выгорания, депрессии, тревоги и стресса (табл. 4).

Таблица 4 / Table 4

Корреляционная матрица
Correlation matrix

Шкалы / Scales	Субшкала «Симптомы вторжения» / STSSINT Intrusion	Субшкала «Симптомы избегания» / STSSAVT Avoidance	Субшкала «Симптомы гипервозбуждения» / STSSART Arousal	Общая шкала / STSST Total score
<i>Контрольный чек-лист посттравматического стрессового расстройства, PCL-5 / The Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PCL-5</i>				
PCL-5П. Симптомы навязчивого повторения / Re-experiencing (Intrusion)	0,455***	0,434***	0,473***	0,482***
PCL-5И. Симптомы избегания / Avoidance	0,415***	0,391***	0,420***	0,435***
PCL-5НИ. Негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере / Negative Alterations in Cognitions and Mood	0,585***	0,530***	0,582***	0,605***
PCL-5В. Симптомы возбуждения / Alterations in Arousal and Reactivity	0,654***	0,597***	0,697***	0,694***
PCL-5Т. Общий балл / Total score	0,644***	0,595***	0,677***	0,678***
<i>Шкала профессионального выгорания / Maslach Burnout Inventory, MBI</i>				
МВІВ. Эмоциональное истощение / Emotional Exhaustion (EE)	0,712***	0,597***	0,679***	0,711***
МВІД. Деперсонализация / Depersonalization (DP)	0,604***	0,509***	0,556***	0,596***
МВІРА. Профессиональная успешность (Редукция персональных достижений) / Professional Efficacy (reduced personal accomplishment)	0,227***	0,154***	0,201***	0,208***

Шкалы / Scales	Субшкала «Симптомы вторжения» / STSSINT Intrusion	Субшкала «Симптомы избегания» / STSSAVT Avoidance	Субшкала «Симптомы гипервозбуждения» / STSSART Arousal	Общая шкала / STSST Total score
МВІТ. Общий балл / Total score	0,573***	0,467***	0,526***	0,558***
<i>Опросник здоровья пациента / Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9</i>				
PHQ-9Т. Общий балл / Total score	0,678***	0,557***	0,679***	0,688***
<i>Шкала генерализованного тревожного расстройства GAD-7 / Generalized Anxiety Disorder-7</i>				
GAD-7. Общий балл / Total score	0,654***	0,549***	0,663***	0,668***
<i>Шкала воспринимаемого стресса / Perceived Stress Scale-10, PSS-10</i>				
PSS-10Di	0,642***	0,536***	0,640***	0,652***
PSS-10Cоп	0,204***	0,125***	0,186***	0,184***
PSS-10Т. Общий балл / Total score	0,551***	0,435***	0,538***	0,545***

Примечание: «***» — $p < 0,001$.

Note: «***» — $p < 0,001$.

Обсуждение результатов

В настоящем исследовании представлена адаптация русскоязычной версии Шкалы вторичного травматического стресса (Secondary Traumatic Stress Scale, STSS) на выборке специалистов помогающих профессий (Bride et al., 2004). Участниками выступили профессионалы, работающие с детьми и семьями, имеющими ограниченные возможности здоровья (ОВЗ) и инвалидность. Основную долю выборки составили педагоги (61,8%), дефектологи (19,3%) и психологи (17%) отдельных и инклюзивных образовательных учреждений Российской Федерации.

Адаптация шкалы вторичного травматического стресса (STSS) в разных странах показала неоднозначные результаты при факторизации данных. Японская версия подтвердила двухфакторную модель (дистресс, связанный

с клиентом и с травмой), превосходящую оригинальную трехфакторную по соответствию данным (Kitano et al., 2021). Китайская адаптация подтвердила двухфакторную модель с хорошими показателями соответствия и высокой надежностью (He et al., 2022). Итальянская адаптация показала трехфакторную структуру с небольшими корректировками и продемонстрировала хорошую валидность, подтвержденную связями с профессиональными переменными (Grandi et al., 2025). В отличие от них, турецкая версия имела однофакторную структуру, что указывает на культурные различия в восприятии симптомов травматического стресса (Çelik & Altınışık, 2021).

В сравнении с этими вариантами адаптации, анализ базовых психометрических характеристик русскоязычной адаптации STSS выявил несколько значимых закономерностей. Во-первых, опросник продемонстрировал высокую надежность (о чем свидетельствуют соответствующие коэффициенты внутренней согласованности по коэффициенту Кронбаха), что соответствует результатам зарубежных исследований, продемонстрировавших внутреннюю согласованность и конструктивную валидность STSS (Bride et al., 2004). Во-вторых, результаты конфирматорного факторного анализа подтвердили бифакторную структуру шкалы. Бифакторная модель показала наилучшие индексы соответствия модели данным, что позволяет обоснованно выделять субшкалы, отражающие симптомы вторжения, избегания и гипервозбуждения. При этом однофакторная и трехфакторная модели также продемонстрировали высокие показатели соответствия, что указывает на потенциал русскоязычной версии STSS как инструмента с высокой диагностической ценностью и согласуется с данными факторного анализа оригинальной версии шкалы, подтверждая факторную валидность STSS в русскоязычной выборке (Bride et al., 2004).

Высокие корреляции между шкалой вторичного травматического стресса (STSS) и показателями ПТСР (PCL-5), воспринимаемого стресса (PSS-10Di), депрессии (PHQ-9), тревожности (GAD-7) и эмоционального выгорания (MBIB) подтверждают ее хорошую конвергентную валидность. Сильная корреляция между STSS и PCL-5 демонстрирует значительное симптоматическое перекрытие, что обусловлено тем, что STSS основана на критериях ПТСР, но ориентирована на вторичный травматический стресс. Наибольшие связи выявлены между вторичным травматическим стрессом (STSS) и эмоциональным истощением (MBIB), что свидетельствует о том, что хронический стресс у работающих специалистов с семьями и детьми с ОВЗ и инвалидностью проявляется как в форме выгорания, так и травматических симптомов. Высокие связи с GAD-7 объясняются общностью симптомов, таких как гипербдительность, раздражитель-

ность и нарушения сна, характерных как для вторичного травматического стресса, так и для генерализованного тревожного расстройства.

Выборка характеризуется высокой профессиональной однородностью, так как 92% респондентов работают в образовательных организациях, что делает ее релевантной для изучения феномена вторичного травматического стресса в контексте системы образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Выводы

1. Русскоязычная версия STSS имеет устойчивую бифакторную структуру, подтвержденную конфирматорным факторным анализом, что свидетельствует о ее факторной валидности.

2. Высокие корреляции с показателями ПТСР, депрессии, тревожности, эмоционального выгорания и общего стресса подтверждают хорошую конвергентную валидность шкалы STSS, что указывает на ее клиническую и исследовательскую значимость.

3. Слабые корреляции STSS с профессиональной успешностью и совладанием со стрессом свидетельствуют о том, что STSS не измеряет позитивные аспекты адаптации.

4. В целом, высокие баллы по нескольким шкалам могут отражать единый процесс дезадаптации у специалистов помогающих профессий.

Ограничения. Исследование имеет ряд ограничений, определяющих направления дальнейших психометрических исследований. Основным ограничением является гендерный дисбаланс выборки: 95,9% участников являются женщинами. Тем не менее, данное соотношение отражает реальную гендерную структуру помогающих профессий в российской системе образования. Второе ограничение связано с появлением новой 6-пунктовой шкалы (Secondary Trauma Impact Scale (STIS), публикация которой состоялась в 2025 году (Bride et al., 2025).

Limitations. However, the study has several limitations that point to important directions for future psychometric research. The primary limitation is the gender imbalance in the sample: 95,9% of participants were women. Nevertheless, this proportion reflects the actual gender distribution within helping professions in the Russian educational system. A second limitation concerns the recent development of a new 6-item scale — the Secondary Trauma Impact Scale (STIS), published in 2025 (Bride et al., 2025).

Список источников / References

1. Водопьянова, Н.Е., Старченкова, Е.С., & Наследов, А.Д. (2013). Стандартизированный опросник «Профессиональное выгорание» для специалистов социально-экономических профессий. Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология, 4, 17–27.
Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S., Nasledov A.D. Standardized questionnaire “Professional burnout” for specialists of socioeconomic professions. Bulletin of St. Petersburg University. Sociology, 4, 17–27 (In Russ.).
2. Золотарева, А.А. (2023a). Адаптация русскоязычной версии шкалы генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7). *Консультативная психология и психотерапия*, 31(4), 31–46. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310402>
Zolotareva, A.A. (2023a). Adaptation of Russian Version of Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 31(4), 31–46. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310402>
3. Золотарева, А.А. (2023b). Диагностика депрессии: Психометрическая оценка русскоязычной версии опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9). *Клиническая и специальная психология*, 12(4), 107–121. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120406>
Zolotareva, A.A. (2023b). Depression Diagnostics: Psychometric Evaluation of Russian Version of Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Clinical Psychology and Special Education*, 12(4), 107–121. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120406>
4. Золотарева, А.А. (2023c). Психометрические свойства русскоязычной версии Шкалы воспринимаемого стресса (версии PSS-4, 10, 14). *Клиническая и специальная психология*, 12(1), 18–42. <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120102>
Zolotareva A.A. (2023c). Psychometric Properties of the Russian Version of the Perceived Stress Scale (PSS-4, 10, 14). *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*=Clinical Psychology and Special Education, 12(1), 18–42. (In Russ., abstr. in Engl.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120102>
5. Тарабрина, Н.В., Харламенкова, Н.Е., Падун, М.А., Хажуев, И.С., Казымова, Н.Н., Быховец, Ю.В., Дан, М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН, 2017.
Tarabrina, N.V., Kharlamenkova, N.E., Padun, M.A., Khazhuyev, I.S., Kazymova, N.N., Bykhovets, Yu.V., Dan, M.V. Intense stress in the context of psychological safety. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, 2017.
6. Bride, B.E. (2025). Secondary Trauma Impact Scale: Development and Initial Validation. *Social Work Research*, 49(1), 35–43. <https://doi.org/10.1093/swr/svae027>
7. Bride, B.E., Jones, J.L., & MacMaster, S.A. (2007a). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3-4), 69–80. https://doi.org/10.1300/J394v04n03_05
8. Bride, B.E., & Kintzle, S. (2011). Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors. *Traumatology*, 17(1), 22–28. <https://doi.org/10.1177/1534765610395617>

9. Bride, B.E., Robinson, M.M., Yegidis, B., & Figley, C.R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice*, 14(1), 27—35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
10. Bride, B.E., Radey, M., & Figley, C.R. (2007b). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*, 35(3), 155—163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
11. Çelik, S.B., & Altınışık, M. S. (2021). Adaptation of Secondary Traumatic Stress Scale to Turkish for social media users: Reliability and validity study. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 11(60), 1—12.
12. Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D.N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35, 199—204. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>
13. Epskamp, S., Stuber, S., Nak, J., Veenman, M., Jorgensen, T.D. (2019). semPlot: Path Diagrams and Visual Analysis of Various SEM Packages' Output. [R Package]. URL: <https://CRAN.R-project.org/package=semPlot>
14. Gallucci, M., Jentschke, S. (2021). SEMlj: jamovi SEM Analysis. [jamovi module]. URL: <https://semlj.github.io/>
15. Grandi, A., Zito, M., Bride, B., Maran, D. A., & Colombo, L. (2025). Working with trauma: The validation of the Italian Secondary Traumatic Stress Scale. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000606>
16. Hatcher, S.S., Bride, B.E., Oh, H., & Pantino, L. (2011). Secondary traumatic stress in juvenile justice workers: An assessment of DJJ education staff exposure to trauma imagery. *Journal of Correctional Healthcare*, 17, 208—217. <https://doi.org/10.1177/1049731513517142>
17. Hensel, J.M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C.S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of traumatic stress*, 28(2), 83—91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
18. He, Y., Liu, Z., Zhang, J., Yao, J., Xiao, H., & Wan, H. (2022). Validity and reliability of the secondary traumatic stress scale—Chinese Version. *Frontiers in Surgery*, 9, e882712. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.882712>
19. Jacobs, I., Charmillot, M., Martin Soelch, C., & Horsch, A. (2019). Validity, reliability, and factor structure of the secondary traumatic stress scale-French version. *Frontiers in psychiatry*, 10, e191. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00191>
20. Kahil, A., & Palabıyıkoglu, R. (2018). Secondary traumatic stress in Turkish aid workers: Adaptation of a measure and investigation of secondary traumatic stress. *Journal of Clinical Psychology Research*, 2(3), 107—116.
21. Kintzle, S., Yarvis, J.S., & Bride, B.E. (2013). Secondary traumatic stress in military primary and mental health care providers. *Military medicine*, 178(12), 1310—1315. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00087>
22. Kitano, M., Shoji, K., Nakaita, I., Sano, S., Tachibana, S., Bride, B.E., & Nagamine, M. (2021). Validity and reliability of the secondary traumatic stress scale-Japanese version. *Neuropsychopharmacology reports*, 41(4), 476—484. <https://doi.org/10.1002/npr2.12207>

23. Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J.B.W. (2001) The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606—613. [https://doi.org/ 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x)

24. Lawson, H., Caringi, J., Gottfried, R., Bride, B. E., & Hydon, S. (2019). Secondary traumatic stress, student trauma, and the need for trauma literacy. *Harvard Educational Review*, 89, 421—447.

25. R Core Team (2024). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.4) [Computer software]. URL: <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from CRAN snapshot 2024-08-07).

26. Revelle, W. (2023). psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. [R package]. URL: <https://cran.r-project.org/package=psych>.

27. Rosseel, Y. (2019). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1—36.

28. The jamovi project (2024). jamovi. (Version 2.6) [Computer Software]. URL: <https://www.jamovi.org>.

Приложение

Русскоязычная версия опросника вторичного травматического стресса
Russian version of the Secondary Traumatic Stress Questionnaire

Инструкция. Ниже приведен список утверждений, относящихся к профессионалам, столкнувшимся в своей практике с клиентами*, переживающими психологическую травму. Отметьте, как часто в течение последних семи дней вы испытывали описанные ощущения и переживания.

Вопросы	Варианты ответа				
	Никогда	Редко	Временами	Часто	Очень часто
1. Я чувствовал себя эмоционально онемевшим — неспособным полноценно испытывать чувства и эмоции	1	2	3	4	5
2. У меня учащалось сердцебиение, когда я думал о работе с клиентами	1	2	3	4	5
3. Мне казалось, что я проживаю травматическую ситуацию, пережитую моим клиентом	1	2	3	4	5
4. У меня были проблемы со сном	1	2	3	4	5
5. Мысли о будущем вызывали у меня растерянность	1	2	3	4	5

Вопросы	Варианты ответа				
	Никогда	Редко	Временами	Часто	Очень часто
6. Меня расстраивали напоминания о работе с клиентами	1	2	3	4	5
7. Я почти не испытывал желания общаться с другими людьми	1	2	3	4	5
8. Я чувствовал беспокойство	1	2	3	4	5
9. Я был менее активен, чем обычно	1	2	3	4	5
10. Я, не желая того, думал о своей работе с клиентами	1	2	3	4	5
11. Мне было сложно концентрироваться	1	2	3	4	5
12. Я избегал людей, мест или вещей, напоминавших мне о работе с клиентами	1	2	3	4	5
13. Мне снились тревожные сны о работе с клиентами	1	2	3	4	5
14. Мне хотелось избежать работы с некоторыми клиентами	1	2	3	4	5
15. Я легко раздражался	1	2	3	4	5
16. Мне казалось, что случится что-то плохое	1	2	3	4	5
17. Я замечал пробелы в воспоминаниях о клиентских сессиях	1	2	3	4	5

Примечание: «*» — слово «клиент» используется в опроснике для обозначения людей, которым респондент, как профессионал, оказывает помощь. Оно может быть заменено на другое слово, более соответствующее конкретной профессии.

Обработка результатов. Для подсчета показателей по субшкалам «симптомы вторжения», «симптомы избегания» и «симптомы гипервозбуждения», а также общего показателя вторичного травматического стресса необходимо сложить баллы по соответствующим пунктам STSS.

Субшкала	Пункты
Симптомы вторжения	2, 3, 6, 10, 13
Симптомы избегания	1, 5, 7, 9, 12, 14, 17
Симптомы гипервозбуждения	4, 8, 11, 15, 16
Общий показатель вторичного травматического стресса	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17

Информация об авторах

Казенная Елена Викторовна, доцент департамента психологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО «НИУ ВШЭ»), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>, e-mail: kazennayahelen@gmail.com

Золотарева Алена Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент департамента психологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО «НИУ ВШЭ»), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>, e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Ульянова Анна Сергеевна, студентка кафедры психологической антропологии Института детства, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4417-446X>, e-mail: uly4nova4nn@gmail.com

Лебедева Наталья Александровна, независимый исследователь, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8727-8774>, e-mail: nattalea@mail.ru

Карпова Дарья Андреевна, заместитель директора по экспериментальной работе и дополнительному образованию Институт коррекционной педагогики (ФГБНУ «ИКП»), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3247-6188>, e-mail: karpova@ikp.email

Information about the authors

Elena V. Kazennaya, Associate Professor, School of Psychology, HSE University; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>, e-mail: kazennayahelen@gmail.com

Alena A. Zolotareva, Candidate of Science (Psychology), Associate Professor, School of Psychology, HSE University, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>, e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Anna S. Ulianova, Bachelor, Department of Psychological Anthropology, Institute of Childhood, Moscow Pedagogical State University, Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4417-446X>, e-mail: uly4nova4nn@gmail.com

Natalia A. Lebedeva, independent researcher, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8727-8774>, e-mail: nattalea@mail.ru

Darya A. Karpova, Deputy Director for Experimental Activities and Continuing Education The Federal State Budget Scientific Institution «Institute of Special Education», ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3247-6188>, e-mail: karpova@ikp.email

Вклад авторов

Казенная Е.В. — идеи исследования; аннотирование, написание и оформление рукописи; планирование исследования; контроль за проведением исследования,

применение статистических, математических или других методов для анализа данных; сбор и анализ данных; визуализация результатов исследования.

Золотарева А.А. — планирование исследования, редактирование рукописи.

Ульянова А.С. — идеи исследования, планирование исследования.

Лебедева Н.А. — планирование исследования, сбор данных.

Карпова Д.А. — сбор данных.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Elena V. Kazennaya — ideas; annotation, writing and design of the manuscript; planning of the research; control over the research, application of statistical, mathematical or other methods for data analysis; conducting the experiment; data collection and analysis; visualization of research results.

Alena A. Zolotareva — planning of the research; editing the manuscript.

Anna C. Ulyanova — ideas; planning of the research.

Natalia A. Lebedeva — planning of the research; data collection.

Darya A. Karpova — data collection.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование проведено с соблюдением этических принципов, изложенных в Хельсинкской декларации. Все респонденты дали информированное согласие на участие в исследовании.

Ethics statement

The study was conducted in accordance with the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki. All participants provided informed consent prior to their involvement in the research.

Поступила в редакцию 08.09.2025

Поступила после рецензирования 01.12.2025

Принята к публикации 10.12.2025

Received 2025.09.08

Revised 2025.12.01

Accepted 2025.12.10

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ EMPIRICAL STUDIES

Научная статья | Original paper

Установочная регуляция вакцинального поведения медицинских работников и студентов медицинских специальностей в контексте пандемии COVID-19.

Часть I: теоретико-методологические основы исследования

К.В. Карпинский^{1,2} ✉, С.Л. Бойко³

¹ Гродненский государственный университет имени Янки Купалы,
Гродно, Республика Беларусь

² Мамун университет, Ургенч, Республика Узбекистан

³ Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Республика Беларусь

✉ karpkostia@gmail.com

Резюме

Контекст и актуальность. Социальные установки (аттитюды) являются значимыми регуляторами вакцинального поведения людей. Их содержательные, структурные и функциональные свойства могут существенно варьироваться в зависимости от уровня медицинской грамотности субъекта, ввиду чего научный и практический интерес представляет сравнительный анализ установочной регуляции вакцинального поведения неспециалистов и специалистов в области медицины (студентов медицинских специальностей и медицинских работников). **Цель.** Теоретико-методологическое обоснование оценки установочной регуляции вакцинального поведения медицинских работников и студентов в контексте пандемии COVID-19. **Гипотеза.** 7С-модель является современным и валидным базисом для создания методов оценки установок в отношении вакцинального поведения студентов медицинских образовательных учреждений и работников здра-

воохранения. **Методы и материалы.** География баз данных для теоретического обоснования работы включала следующие агрегаторы: PubMed, ScienceDirect, Wiley online library, Cochrane Library, НЭБ «elibrary.ru», НЭБ «Киберленинка». В аналитику отбирались только публикации за период с 2020 по 2025 гг. Стратегии поиска были адаптированы для разных баз данных. Поиск проводился по ключевым словам (заглавие статьи, ключевые слова, реферат): установочная регуляция — «attitude regulation», «behavioral regulation», вакцинальное поведение — «vaccination behavior», «vaccine uptake», «vaccination intention»; медицинские работники — «healthcare workers», «medical professionals»; студенты — «students», «medical students»; COVID-19 — «COVID-19», «SARS-CoV-2»; 7C model. В результаты для постатейного анализа были отобраны 19964 источника из PubMed, 164 — из базы ScienceDirect, 70 публикаций Wiley online Library, 7 — из Cochrane Library, 62 источника, опубликованных в eLibrary. Среди указанных источников встречались дублированные, которые подлежали исключению. На следующем этапе работы каждая публикация оценивалась с точки зрения наличия всех ключевых слов в описании исследования и выводах. Только четыре источника полностью удовлетворили запросу + 7C model, из них 2 — в англоязычном сегменте поиска. **Результаты.** Установлено, что современной концепцией установочной регуляции вакцинального поведения является 7C-модель, включающая следующие аттитюды: уверенность (confidence), успокоенность (complacency), удобство (convenience), калькуляция (calculation), коллективная ответственность (collective responsibility), соблюдение (compliance), конспирация (conspiracy). **Выводы.** 7C-модель является релевантной для оценки установок в отношении вакцинального поведения студентов медицинских образовательных учреждений и работников здравоохранения. Результаты эмпирического исследования будут представлены во второй части статьи.

Ключевые слова: социальная установка (аттитюд), вакцинальное поведение, 7C-модель установочной регуляции вакцинального поведения, антивакцинальные аттитюды, студенты, медицинские работники

Благодарности. Авторы благодарят И.А. Копач за помощь в сборе данных.

Дополнительные данные. Наборы данных можно запросить у автора (К.В. Карпинский).

Для цитирования: Карпинский, К.В., Бойко, С.Л. (2025). Установочная регуляция вакцинального поведения медицинских работников и студентов медицинских специальностей в контексте пандемии COVID-19. Часть I: теоретико-методологические основы исследования. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(4), 96—111. <https://doi.org/10.17759/spp.2025330405>

Theoretical and methodological foundations of attitude regulation of vaccination behavior of health workers and medical students in the context of the COVID-19 pandemic. Part I: Theoretical and methodological foundations of the research

K.V. Karpinski^{1,2} ✉, S.L. Boyko³

¹ Yanka Kupala Grodno State University, Grodno, Belarus

² Mamun University, Urgench, Uzbekistan

³ Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

✉ ivanov@yandex.ru

Abstract

Context and relevance. Social attitudes are significant regulators of people's vaccination behavior. Their substantive, structural and functional properties can vary significantly depending on the level of medical literacy of the subject, which is why a comparative analysis of the attitudinal regulation of vaccination behavior of non-specialists and medical specialists (medical students and health workers) is of scientific and practical interest. **Objective.** Theoretical and methodological substantiation of the assessment of the attitudinal regulation of vaccination behavior of health workers and students in the context of the COVID-19 pandemic. **Hypothesis.** The 7C-model is a modern and valid basis for creating methods for assessing attitudes towards vaccination behavior of students of medical educational institutions and health workers. **Methods and materials.** The geography of databases for the theoretical substantiation of the work included the following aggregators: PubMed, ScienceDirect, Wiley online library, Cochrane Library, NEL «elibrary.ru», NEL «Cyberleninka». Only publications for the period from 2020 to 2025 were selected for analysis. Search strategies were adapted for different databases. The search was conducted by keywords (article title, keywords, abstract): attitude regulation — «behavioral regulation», «vaccination behavior», «vaccine uptake», «vaccination intention»; healthcare workers — «healthcare workers», «medical professionals»; students — «students», «medical students»; COVID-19 — «COVID-19», «SARS-CoV-2»; 7C model. The results included 19,964 sources from PubMed, 164 from the ScienceDirect database, 70 publications from Wiley online Library, 7 from the Cochrane Library, and 62 sources published in eLibrary for article-by-article analysis. Among the sources listed, there were duplicates that were subject to exclusion. At the next stage of the work, each publication was assessed in terms of the presence of all keywords in the study description and conclusions. Only four sources fully satisfied the query + 7C model, of which 2 were in the English-language search segment. **Results.** It was established that the modern concept of the attitudinal regulation of vaccination be-

havior is the 7C model, which includes the following attitudes: confidence, complacent, convenient, calculating, collective responsibility, compliance, and conspiracy.

Conclusions. The 7C model is relevant for assessing attitudes towards vaccination behavior of medical students and health workers. The results of the empirical study will be presented in the second part of the article.

Keywords: social attitude, vaccine behavior, 7C-model of the installation regulation of vaccine behavior, anti-vaccine attitudes, students, medical professionals

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance in data collection I.A. Kopach.

Supplemental data. Data sets can be requested from the author (K.V. Karpinski)

For citation: Karpinski, K.V., Boyko, S.L. (2025). Attitude regulation of the vaccination behavior of health workers and medical students in the context of the COVID-19 pandemic. Part I: Theoretical and methodological foundations of the research. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(4), 96—111. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330405>

Введение

Вакцинальное поведение представляет собой превентивное здоровьесберегающее поведение, связанное с плановым или экстренным приемом иммунобиологических препаратов (вакцин) в целях выработки специфической невосприимчивости организма к патогенам, паразитам и токсинам. Оно характеризуется высокой социальной значимостью, поскольку оказывает значительное влияние не только на индивидуальное, но и на общественное здоровье. По своей направленности данная разновидность поведения может принимать *пропрививочный (провакцинальный)* характер, что выражается в полном и своевременном приеме прививок согласно медицинским показаниям, либо *противопрививочный (антивакцинальный)* характер, что проявляется в действиях или бездействии, не оправданных медицинскими противопоказаниями. Противопрививочное поведение выступает в разнообразных формах — в виде полного отказа от прививок (*вакцинальный эскапизм*), непоследовательного приема прививок (*вакцинальная нерешительность*), несвоевременного приема прививок (*вакцинальная прокрастинация*), имитации противопоказаний для прививок (*вакцинальная симуляция* анамнеза и симптоматики), изготовления или приобретения поддельных документов о пройденных прививках (*вакцинальная фальсификация*). Массовая приверженность вакцинации является необходимой предпосылкой для формирования коллективного иммунитета, препятствующего транс-

миссии и циркуляции болезнетворных агентов среди населения и тем самым способствующего предотвращению и прекращению эпидемий. Высокая распространенность в обществе противопрививочного поведения, напротив, увеличивает риски экспансии новых патогенов, а также возврата давно забытых и искорененных инфекций.

В психологических, социологических и биомедицинских науках четко прослеживается дифференциация исследований вакцинального поведения по такому признаку, как его субъект. Особый интерес представляет, в частности, вакцинальное поведение двух категорий субъектов — *неспециалистов* (людей без специальных медицинских познаний, профессионального медицинского образования и опыта работы в системе здравоохранения) и *специалистов в области медицины* (студентов медицинских специальностей и медицинских работников — сестер, фельдшеров, врачей). Пристальное внимание к вакцинальному поведению медицинских специалистов продиктовано повышенной значимостью его общественных последствий. Студенты-медики и работники сферы здравоохранения на профессиональной основе осуществляют решение специальных задач, связанных с построением коллективного иммунитета, в том числе агитацию и просвещение населения в вопросах иммунопрофилактики; социальный мониторинг и контроль вакцинального поведения пациентов; борьбу с дезинформацией, предрассудками и мифами по поводу вакцинации и т. д. В силу указанных причин вакцинальные установки студентов-медиков и медицинских работников, которые регулируют как профессиональную деятельность, так и личное поведение, выступают залогом эпидемиологической безопасности общества. Недавняя пандемия COVID-19 наглядно продемонстрировала, что студенты медицинских учреждений и специалисты в области медицины в разных странах, несмотря на профессиональную подготовку и клинический опыт, способны проявлять недопустимо высокий уровень вакцинального скепсиса и нерешительности (Barello et al., 2022; Karafillakis et al., 2021; Kaur et al., 2023; Paterson et al., 2021). Это придает актуальность исследованиям феноменологии, механизмов и закономерностей психической регуляции их вакцинального поведения, в том числе в сравнении с психологией «наивных» пациентов иммунопрофилактики.

Психическая регуляция вакцинального поведения является сложно-составной и многоуровневой системой, которая интегрирует процессы, структуры и механизмы когнитивной, аффективной и мотивационно-смысловой природы, обеспечивающие субъективное понимание и переживание профилактических прививок, а также мотивацию их при-

ема или избегания. Предметом современных исследований служат разнородные регуляторы вакцинального поведения (диспозиции, потребности, ценности, мотивы, личностные смыслы и т. д.), но основное внимание сфокусировано на установочной (аттитюдинальной) регуляции (Ерицын, 2016; Карпинский, 2023; Марголис и др., 2022; Bleidorn et al., 2025; Kislitsyn et al., 2024; Ngo et al., 2023).

Элементарной структурно-функциональной «единицей» установочной регуляции вакцинального поведения выступает социальная установка, или аттитюд — сформированное в прошлом опыте, опосредованное индивидуальными и социальными представлениями устойчивое эмоционально-оценочное отношение человека к определенным объектам и явлениям действительности (Brown, Smith, 2022; Johnson, Lee, 2021; Zhang, Chen, 2023). Результаты исследований показывают, что установочная регуляция вакцинального поведения носит полисистемный характер, имеет иерархически-уровневую организацию и осуществляется множеством гетерогенных аттитюдов различной предметной направленности и степени обобщенности. В ней интегрированы *экзистенциальные аттитюды* (отношения человека к собственной жизни и смерти), *политические и гражданские аттитюды* (отношения к органам государственной власти и политическим деятелям, к обществу в целом и отдельным социальным институтам), *аттитюды в области здравоохранения* (отношения к конвенциональной и альтернативной медицине, организациям здравоохранения и медицинским работникам, фармацевтическим производителям и препаратам), *аттитюды к науке* (научным знаниям и наукоемким разработкам, технологиям и инновациям, в том числе к вакцинации как научно обоснованной теории и практике профилактики заболеваний) и, наконец, *собственно вакцинальные аттитюды*. Под ними подразумеваются социальные установки, выражающие фиксированное эмоционально-оценочное отношение человека непосредственно к инфекционному возбудителю, вызываемому им заболеванию, а также к всевозможным аспектам профилактических прививок против данного болезнетворного агента (происхождению вакцины, форме ее введения, ее доступности, безопасности и эффективности, возможным побочным эффектам и осложнениям и т. д.) (Карпинский, 2023; Hornsey, Fielding, 2017; Hornsey et al., 2018; Larson et al., 2014).

Существующие подходы к изучению установочной регуляции вакцинального поведения условно подразделяются на две группы: *универсальные*, которые претендуют на охват разных видов превентивного и протективного поведения, связанного со здоровьем, в том числе и вак-

цинального (например, НВМ, ТРВ/ТРА, ТМТ, ВИС и т. д.), и *специализированные*, которые сосредоточены на психологическом объяснении и прогнозировании исключительно вакцинального поведения (например, 3С-, 5С-, 7С-, 5А-модели и т. п.) (Карпинский, Сапоровская, 2021).

Глубокой обоснованностью и высокой востребованностью отличаются 3С-, 5С- и 7С-модели психологических предпосылок вакцинального поведения, которые составляют этапы преемственной эволюции одного и того же подхода. Самая поздняя и наиболее полная семифакторная модель (далее — 7С-модель) охватывает следующие аттитуды: 1) *уверенность (confidence)* — склонность верить в эффективность и безопасность вакцин, доверять осуществляющим вакцинацию службам и работникам здравоохранения; 2) *успокоенность (complacency)* — оценка риска заболевания как низкого, а вакцинации — как излишней; 3) *удобство (convenience)* — восприятие вакцинации как доступной и рационально организованной медицинской услуги; 4) *калькуляция (calculation)* — воспринимаемое соотношение ассоциированных с вакцинацией вреда и пользы, затрат и выгод; 5) *коллективная ответственность (collective responsibility)* — отношение к личной вакцинации как способу защиты других людей от заражения; 6) *соблюдение (compliance)* — готовность следовать административным повелениям и правовым предписаниям, регламентирующим общественные отношения по поводу вакцинации; 7) *конспирация (conspiracy)* — склонность верить в вакцинальную мифологию и разделять антивакцинаторские теории конспиративного толка. Согласно данной модели, к пропрививочному поведению предрасполагает высокий уровень уверенности, удобства, калькуляции, соблюдения и ответственности при низком уровне успокоенности и конспирации, в то время как противопопрививочное поведение провоцирует и поддерживает прямо противоположный профиль аттитудов. В совокупности, перечисленные установки обуславливают до 85% индивидуальных различий в вакцинальном поведении (MacDonald, 2015; Betsch et al., 2018; Geiger et al., 2022).

Результаты исследований в разных странах подтверждают культурную универсальность, объяснительную и прогностическую ценность 7С-модели в отношении установок, намерений и поведения в области вакцинопрофилактики гриппа, пневмококковой инфекции, папилломавируса, кори, COVID-19 как у неспециалистов (Aggarwal et al., 2024; Araujo-Chaveron et al., 2024; Betsch et al., 2021; Choi et al., 2022; Li vre et al., 2024; Lièvre et al., 2025; Nicholls et al., 2021; Tokiya et al., 2022), так и у медицинских специалистов (Doglioni et al., 2023; Moirangthem et al.,

2024). Экологическая валидность данной модели также доказана применительно к противопрививочным установкам и поведению жителей Республики Беларусь в условиях пандемии COVID-19 (Карпинский, 2022). Вместе с тем данные белорусских популяционных выборок выявили иррелевантность (несамостоятельность) аттитюда «Калькуляция»: он не имеет собственного психологического содержания и представляет, скорее, не отдельное измерение эмоционально-оценочного отношения, а «сквозной» способ оценивания (через сравнение и взвешивание альтернатив) тех сторон вакцинации, которые репрезентируются другими специфическими аттитюдами из 7С-модели (например, в рамках аттитюда «Неудобство» калькуляция конкретизируется в соотношении альтернатив — «с большей вероятностью заразиться COVID-19 при посещении поликлиники ради получения прививки» либо «отказаться от похода в поликлинику ради вакцинации и с большей вероятностью заболеть из-за отсутствия прививки»). С опорой на 7С-модель и учетом данного обстоятельства психометрически сконструирована и валидизирована оригинальная методика «Многомерная шкала антивакцинальных аттитюдов» (далее — МШАА), которая диагностирует шесть аттитюдов с противопрививочной направленностью: неуверенность, успокоенность, неудобство, конспирация, несоблюдение и коллективная безответственность (Карпинский, 2023). В национальном контексте Республики Беларусь и применительно к вакцинации от COVID-19 обозначенные модель и методика ранее применялись только для изучения общей популяции, тогда как их релевантность в отношении вакцинальных аттитюдов и поведения студентов медицинских образовательных учреждений и работников медицины до сих пор остается неизученной.

Отдельные исследования, систематические и метааналитические обзоры показывают, что медицинская грамотность (health literacy), базирующаяся на специальном образовании и клиническом опыте, детерминирует выраженные различия в вакцинальных аттитюдах, интенциях и поведении людей. Наличие образовательной подготовки и профессионального опыта в медицине, как правило, снижает вакцинальный скепсис и нерешительность, повышает психологическую готовность и поведенческую приверженность к вакцинации (Herzog et al., 2013; Lorini et al., 2018). В контексте эмпирических исследований медицинская грамотность обычно операционализируется в виде статусной (категориальной) переменной, что предполагает формирование контрастных групп из специалистов и неспециалистов в области медицины с последующими межгрупповыми сравнениями либо в виде психологической (контин-

нуальной) переменной, что подразумевает диагностику испытуемых с помощью объективных тестов осведомленности о вакцинации.

Несомненный научный и практический интерес представляет вопрос о взаимосвязи медицинской грамотности с содержательными, структурными и функциональными особенностями установочной регуляции вакцинального поведения.

В порядке *гипотезы* исследования можно предположить, что установочная регуляция вакцинального поведения студентов-медиков и медицинских работников (в сопоставлении с неспециалистами в области медицины) характеризуется инвариантным содержательным составом и структурой антивакцинальных аттитудов, но при этом более низким уровнем их выраженности и регуляторной силы, что обусловлено корригирующим воздействием специальных медицинских познаний и опыта профессиональной деятельности в системе здравоохранения.

Цель теоретической части исследования состояла в теоретико-методологическом обосновании оценки установочной регуляции вакцинального поведения медицинских работников и студентов-медиков в контексте пандемии COVID-19. *Цель эмпирического исследования* заключалась в выявлении психологических особенностей установочной регуляции прививочного поведения медицинских работников и студентов в контексте пандемии COVID-19 и кампании по антиковидной вакцинации населения Республики Беларусь. Достижение указанной цели потребовало решения следующих *задач* исследования: 1) кросс-валидизация на выборках студентов медицинских университетов и медицинских работников 7С-модели установочной регуляции вакцинального поведения, а также опросника «Многомерная шкала антивакцинальных аттитудов» (МШАА), первоначально разработанного и валидизированного на популяционной выборке населения Республики Беларусь; 2) оценка структурной вариативности-инвариантности 7С-модели установочной регуляции вакцинального поведения и измерительной вариативности-инвариантности МШАА в популяционной, студенческой и профессиональной выборках; 3) сравнительный анализ уровня выраженности и предиктивной силы антивакцинальных аттитудов в отношении реального поведения в сфере личной вакцинации от COVID-19 у неспециалистов, студентов и работников медицины.

Научная новизна исследования обусловлена тем, что релевантность 7С-модели установочной регуляции вакцинального поведения никогда ранее не изучалась применительно к аттитудам с негативной эмоционально-оценочной направленностью, которые ориентированы на вакцинацию против COVID-19, присущи студентам медицинских учреждений

и медицинским работникам и выступают регуляторами вакцинального поведения в социокультурном контексте Республики Беларусь.

Материалы и методы

Теоретическая часть работы включала литературный анализ публикаций PubMed, ScienceDirect, Wiley online library, Cochrane Library, НЭБ «elibrary.ru», НЭБ «Киберленинка», за 2020—2025 гг. Стратегии поиска были адаптированы для каждой базы данных. Использовались ключевые слова «установочная регуляция» — «attitude regulation», «behavioral regulation»; «вакцинальное поведение» — «vaccination behavior», «vaccine uptake», «vaccination intention»; «медицинские работники» — «healthcare workers», «medical professionals»; «студенты» — «students», «medical students»; «COVID-19» — «COVID-19», «SARS-CoV-2»; 7C model. Поиск осуществлялся по заглавию статьи, ключевым словам, реферату. Для анализа были отобраны 19964 источника из PubMed, 164 — из базы ScienceDirect, 70 публикаций Wiley online Library, 7 — из Cochrane Library, 62 источника, опубликованных в eLibrary, дублирующие источники были исключены.

Эмпирическое исследование осуществлялось в формате бланкового опроса с декабря 2021 по февраль 2022 г., в период государственной кампании по вакцинации населения Республики Беларусь против COVID-19 (на условиях добровольности и бесплатности прививок для граждан). Сбор данных был организован по кросс-секционному дизайну, в рамках которого обследовались три выборки: студенческая, профессиональная и популяционная. Студенческая выборка комплектовалась из учащихся 2—6-х курсов медицинских университетов г. Гродно и г. Витебска, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Медико-психологическое дело», «Педиатрия». Профессиональная выборка включала медицинских работников учреждений здравоохранения (амбулаторий, поликлиник, больниц) Гродненской и Витебской областей — врачей терапевтического, хирургического и педиатрического профилей. Популяционная выборка формировалась из жителей Гродненской, Минской и Витебской областей, не имеющих профессионального медицинского образования и опыта профессиональной деятельности в системе здравоохранения. В дизайне настоящего исследования студенческая и профессиональная выборки фигурировали в роли основных групп, а популяционная выборка — в качестве группы сравнения.

Сбор эмпирических данных производился методами анкетирования и тестирования. Анкетный опрос служил определению половозрастной принадлежности, образовательного и профессионального статуса испытуемого, а также его прививочного статуса в области вакцинации от COVID-19 (наличие медицинских противопоказаний к вакцинации, прививок на момент обследования, планов вакцинироваться в будущем). Психологическое тестирование выполнялось с помощью «Многомерной шкалы антивакцинальных аттитюдов» (МШАА) — стандартизированного личностного опросника, измеряющего индивидуальную выраженность негативных установок в отношении профилактических прививок против COVID-19 (Карпинский, 2023). По сравнению с зарубежными аналогами, данную методику отличают следующие особенности: во-первых, операционализация шести из семи вакцинальных аттитюдов, предусмотренных 7С-моделью (за исключением аттитюда «калькуляция», который не имеет собственного содержания и носит комплементарный характер в отношении остальных содержательно определенных аттитюдов); во-вторых, контекстуализация стимульного материала на антиковидную вакцинацию; в-третьих, ориентация диагностических показателей на негативный полюс вакцинальных аттитюдов, сообразно чему у испытуемого диагностируются следующие аттитюды — «неуверенность», «успокоенность», «неудобство», «конспирация», «безответственность» и «несоблюдение».

Статистическая обработка данных проводилась в программе Jamovi 2.3.28.0. После удаления наблюдений, содержащих пропущенные значения и/или статистические выбросы (значения переменных в z-оценках за пределами интервала $(-3; 3)$ (Aron et al., 2014)), сложились следующие остаточные объемы и составы выборок: популяционная — 734 человек, в том числе 424 женщины и 310 мужчин в возрасте от 18 до 74 лет (средний возраст: $30,4 \pm 12,7$ лет); студенческая — 325 человек, в том числе 275 женщин и 50 мужчин в возрасте от 19 до 30 лет (средний возраст: $20,6 \pm 1,2$ лет); профессиональная — 391 человек, в том числе 303 женщины и 88 мужчин в возрасте от 25 до 66 лет (средний возраст: $41,3 \pm 12,5$ лет). Раздельная и суммарная численность выборок адекватна требованиям статистической мощности для использованных методов обработки данных, в том числе условиям применимости методов моделирования структурными уравнениями (с расчетом на обнаружение среднего размера эффекта и $= 0,05$ мощность исследования 0,80 достигается при $N = 105 \sim 276$ человек) (Kline, 2015; Westland, 2010). Предварительная инспекция массива данных позволила установить относительно-

ную нормальность выборочных распределений баллов по всем пунктам МШАА (асимметрия в пределах от $-1,32$ до $0,76$, эксцесс — от $-0,86$ до $1,44$) (Tabachnick, Fidell, 2013); соблюдение допущений факторизуемости целостного набора пунктов опросника в популяционной (критерий Кайзера—Мейера—Олкина = $0,96$; тест сферичности Бартлетта $\chi^2(561) = 13\,194$, $p < 0,001$), студенческой (КМО = $0,89$; $\chi^2(561) = 5\,937$, $p < 0,001$), профессиональной (КМО = $0,92$; $\chi^2(561) = 8\,385$, $p < 0,001$) и объединенной (КМО = $0,96$; $\chi^2(561) = 24\,768$, $p < 0,001$) выборках.

Обсуждение результатов

Проведенное исследование свидетельствует, что 7С-модель является современной концепцией установочной регуляции вакцинального поведения. Модель включает следующие аттитуды: уверенность (confidence), успокоенность (complacency), удобство (convenience), калькуляция (calculation), коллективная ответственность (collective responsibility), соблюдение (compliance), конспирация (conspiracy) — и является релевантной для оценки установок в отношении вакцинального поведения, как студентов медицинских учреждений образования, так и работников здравоохранения.

Результаты эмпирического исследования будут представлены во второй части статьи.

Список источников / References

1. Ерицян, К.Ю. (2016). Когнитивные факторы различий в паттернах вакцинации: воспринимаемый риск действия и бездействия. Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. Педагогика, 2, 98—106. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu16.2016.211>
Eritsyan, K.Yu. (2016). Cognitive factors of differences in vaccination patterns: the perceived risks of action and inaction. Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology. Pedagogy, 2, 98—106. (In Russ.). <https://doi.org/10.21638/11701/spbu16.2016.211>
2. Карпинский, К.В. (2023). Психология вакцинации: установки и поведение. Гродно.
Karpinski, K.V. The psychology of vaccination: attitudes and behavior. Grodno (In Russ.).
3. Карпинский, К.В., Сапоровская, М.В. (2021). Психическая регуляция вакцинального поведения: теории, концепции, модели. Вестник Омского университета. Психология, 4, 43—56. <https://doi.org/10.24147/2410-6364.2021.4.43-56>

- Karpinski, K.V., Saporovskaya, M.V. (2021). Mental regulation of vaccination behavior: theories, concepts, models. *Herald of Omsk university. Psychology*, 4, 43—56. (In Russ.). <https://doi.org/10.24147/2410-6364.2021.4.43-56>
4. Карпинский, К.В. (2022). Психологические факторы противопрививочного поведения белорусов в условиях пандемии COVID-19. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*, 12(3), 265—284. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2022.303>
 - Karpinski, K. (2022). Psychological factors of anti-vaccination behavior of Belarusians in the context of the COVID-19. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 12(3), 265—284. (In Russ.). <https://doi.org/10.21638/spbu16.2022.303>
 5. Марголис, А.А., Сорокова, М.Г., Шведовская А.А., Радчикова, Н.П. (2022). Разработка и стандартизация опросника «Шкала отношения к вакцинации от COVID-19». *Психология. Журнал Высшей школы экономики*, 19(3), 454—474. <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2022-3-454-474>
 - Margolis, A.A., Sorokova, M.G., Shvedovskaya A.A., Radchikova N.P. (2022). The questionnaire “COVID-19 vaccine attitude scale” (COVID-19 vas): development and standardization. *Psychology. Journal of Higher School of Economics*, 19(3), 454—474. (In Russ.). <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2022-3-454-474>
 6. Aggarwal, S., Singh, L., Alam, U., Sharma, S., Saroj, S.K., Zaman, K, et al. (2024). COVID-19 vaccine hesitancy among adults in India: A primary study based on health behavior theories and 5C psychological antecedents model. *PLoS ONE*, 19(5), e0294480. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294480>
 7. Araujo-Chaveron, L., Olivier, C., Pellissier, G., Bouvet, E., Mueller, J.E. (2024). Analyzing the 7C psychological antecedents of vaccine acceptance throughout the COVID-19 pandemic among healthcare sector workers in France: A repeated cross-sectional study. *Vaccine*, 42(24), article № 126103. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.07.004>
 8. Aron, A., Aron, E., Copus, E. (2014). *Statistics for psychology*. Pearson.
 9. Barello, S., Nania, T., Dellafiore, F., Graffigna, G., Caruso, R. (2022). Vaccine hesitancy among healthcare workers in the COVID-19 era: A systematic review. *Vaccines*, 10(3), article № 359. <https://doi.org/10.3390/vaccines10030359>
 10. Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS One*, 13(12), e0208601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>
 11. Bleidorn, W., Stahlmann, A.G., Hopwood, C.J. (2025). Big Five personality traits and vaccination: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*, 44(1), 44—56. <https://doi.org/10.1037/hea0001398>
 12. Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., Böhm, R. (2021). Beyond confidence: The 5C model of vaccine hesitancy in the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, 16(8), e0254392. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254392>
 13. Choi, J., Lief, S.A., Meltzer, G.Y., Grivel, M.M., Chang, V.W., Yang, L.H., Des Jarlais, D.C. (2022). Anti-Vaccine Attitudes among Adults in the U.S. during the COVID-19 Pandemic after Vaccine Rollout. *Vaccines*, 10(6), article № 933. <https://doi.org/10.3390/vaccines10060933>

14. Geiger, M., Rees, F., Lilleholt, L., Santana, A.P., Zettler, I., Wilhelm, O., Betsch, C., Bohm, R. (2022). Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*, 38(4), 261—269. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000663>
15. Fluss, R., Faraggi, D., Reiser, B. (2005). Estimation of the Youden Index and its associated cutoff point. *Biom J*, 47(4), 458—472. <https://doi.org/10.1002/bimj.200410135>
16. Herzog, R., Ivarez-Pasquin, M.J., D az, Del Barrio, J.L., Estrada, J.M., Gil Á. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? a systematic review. *BMC Public Health*, 13, article № 154. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-154>
17. Karafillakis, E., Van Damme, P., Hendrickx, G., Larson, H. J. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy among healthcare workers: A global survey. *Eurosurveillance*, 26(17), e2100423. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.17.2100423>
18. Kaur, M., Coppeta, L., Olesen, O. F. (2023). Vaccine Hesitancy among Healthcare Workers in Europe: A Systematic Review. *Vaccines*, 11(11), article № 1657. <https://doi.org/10.3390/vaccines11111657>
19. Kislitsyn, D., Meylaks, P., Schapov, D., Kurakin, D., Aleksandrova, E. (2024). Moral values and vaccination behavior in Russia during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine*, 189, e108143. doi: 10.1016/j.ypmed.2024.108143.
20. Li vre, G., Sicsic, J., Galmiche, S., Charmet, T., Fontanet, A., Mueller J. (2025). Are psychological attitudes towards vaccination an expression of personality? A cross-sectional study on COVID-19 vaccination in France. *BMC Public Health*, 25(1), article № 209. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21364-9>
21. Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capeocchi, L., Bechini, A., Boccalini, S., Bonanni, P., Bonaccorsi, G. (2018). Health literacy and vaccination: a systematic review. *Hum. Vaccin. Immunother*, 14(2), 478—488. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1392423>
22. MacDonald, N.E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161—4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
23. Milfont, T.L., Fischer, R. (2010). Testing measurement invariance across groups: Applications in cross-cultural research. *International Journal of Psychological Research*, 3(1), 111—121. <https://doi.org/10.21500/20112084.857>
24. Moirangthem, S., Olivier, C., Gagneux-Brunon, A., Plissier, G., Abiteboul, D., Bonmarin, I., Rouveix, E., Botelho-Nevers, E., Mueller, J. E. (2022). Social conformism and confidence in systems as additional psychological antecedents of vaccination: a survey to explain intention for COVID-19 vaccination among healthcare and welfare sector workers, France, December 2020 to February 2021. *European communicable disease bulletin*, 27(17), e2100617. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.17.2100617>
25. Ngo, A., Petrides, K. V., Vernon, P. A. (2023). To vaccinate or not to vaccinate? The role of personality. *Personality and Individual Differences*, 213, 1—3. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112300>

26. Nicholls, L.A.B., Gallant, A.J., Cogan, N., Rasmussen, S., Young, D., Williams, L. (2021). Older adults' vaccine hesitancy: psychosocial factors associated with influenza, pneumococcal, and shingles vaccine uptake. *Vaccine*, 39, 3520—3527. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.04.062>
27. Oudin Doglioni, D., Gagneux-Brunon, A., Gauchet, A., Bruel, S., Olivier, C., Pellissier, G., Thilly, N., Sicsic, J., Raude, J., Mueller, J.E. (2023). Psychometric validation of a 7C-model of antecedents of vaccine acceptance among healthcare workers, parents and adolescents in France. *Sci Rep*, 13(1), e19895. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46864-9>.
28. Paterson, P., Meurice, F., Stanberry, L.R., Glismann, S., Rosenthal, S.L., Larson, H.J. (2021). Vaccine hesitancy and COVID-19: A comparative study of healthcare students and professionals. *Vaccine*, 39(40), 5951—5957. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.08.058>
29. Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). Using multivariate statistics. Pearson Education. Tokiya, M., Hara, M., Matsumoto, A., Ashenagar, M.S., Nakano, T., Hirota, Y.M. (2022). Acceptance of booster COVID-19 vaccine and its association with components of vaccination readiness in the general population: a cross-sectional survey for starting booster dose in Japan. *Vaccines*, 10(7), article № 1102. <https://doi.org/10.3390/vaccines10071102>.
30. Westland, C.J. (2010). Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Applications*, 9(6), 476—487. <https://doi.org/10.1016/j.eierap.2010.07.003>
31. Wilks, M., Phillips, C.J.C., Fielding, K., Hornsey, M.J. (2019). Testing potential psychological predictors of attitudes towards cultured meat. *Appetite*, 136, 137—145. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.01.027>

Информация об авторах

Карпинский Константин Викторович, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой экспериментальной и прикладной психологии, Гродненский государственный университет имени Янки Купалы (УО ГрГУ им. Янки Купалы), г. Гродно, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1820-4007>, e-mail: karpkostia@gmail.com

Бойко Светлана Леонидовна, кандидат медицинских наук, доцент, декан медико-психологического факультета, Гродненский государственный медицинский университет (УО ГрГМУ), г. Гродно, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8767-6892>, e-mail: sduduk@yandex.ru

Information about the authors

Konstantin V. Karpinski, Dr.Sci (Psychology), Professor, Head of the Department of Experimental and Applied Psychology Yanka Kupala State University of Grodno, Grodno, Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1820-4007>, e-mail: karpkostia@gmail.com

Карпинский К.В., Бойко С.Л. (2025)
Установочная регуляция вакцинального
поведения медицинских работников...
Консультативная психология и психотерапия,
33(4), 96—111.

Karpinski K.V., Boyko S.L. (2025)
Attitude regulation of the vaccination behavior of
health workers and medical students in the context ...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
33(4), 96—111.

Svetlana L. Boiko, PhD in Medicine, Dean of the Mental Health Faculty, Grodno State Medical University, Grodno, Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8767-6892>, e-mail: sduduk@yandex.ru

Вклад авторов

Карпинский К.В. — идея, планирование и организация исследования; статистическая обработка данных; анализ результатов; визуализация результатов исследования; написание рукописи.

Бойко С.Л. — анализ данных; обсуждение результатов; оформление рукописи.

Авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the Authors

Konstantin V. Karpinski — the idea, planning and organization of research; statistical data processing; analysis of results; visualization of research results; writing a manuscript.

Svetlana L. Boiko — data analysis; discussion of results; preparation of the manuscript.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Публикация была рассмотрена и одобрена экспертной комиссией учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» (решение от 26.02.2025).

Ethics Statement

The publication was reviewed and approved by the expert commission of the educational institution Grodno State Medical University (decision of 02/26/2025).

Поступила в редакцию 26.02.2025

Received 2025.02.26

Поступила после рецензирования 16.07.2025

Revised 2025.07.16

Принята к публикации 27.06.2025

Accepted 2025.06.27

Научная статья | Original paper

Психологические корреляты риска и протективные факторы суицидального поведения студентов вузов: изучение опыта проживания кризисных ситуаций

Ю.В. Батлук¹ ✉, Е.Л. Красько¹, Д.А. Лаская¹,
В.А. Розанов^{1, 2}, А.В. Шаболтас^{1, 2}

¹ Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

✉ julbut@mail.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Актуальность проблематики студенческого суицида во всем мире и в России остается высокой. **Цель.** Изучить индивидуальный опыт проживания кризисных ситуаций и идентифицировать наиболее значимые защитные факторы и факторы риска суицидального поведения студентов вузов. **Методы и материалы.** Анализ данных интервью и опросов 50 студентов вузов Санкт-Петербурга, обратившихся за психологической помощью в связи с пережитым суицидальным опытом. Использовались: полуструктурированное интервью; адаптированная в России версия опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ); полная версия Колумбийского протокола оценки выраженности суицидального риска (C-SSRS). Обработка данных включала контент-анализ с использованием программного обеспечения (ATLAS), сравнительный и корреляционный анализ (SPSS, v.26). **Результаты.** Наиболее значимыми факторами риска развития антивиальных тенденций ($p \leq 0,1-0,5$) оказались: воспитание в неполной семье и сложности отношений с родителями, опыт физического насилия, наличие диагноза психического расстройства, преобладание стратегий совладания с академическими стрессами, связанными с социальной изоляцией и погружением в Интернет. Студенты, совершившие суицидальные попытки, отличаются сниженной самооценкой, размытой личностной идентичностью, сниженной перспективой видения будущего. Среди протективных факторов

наиболее сильными оказались мотивы страха смерти и нанесения ущерба близким, а также мотивы сохранения надежды на изменения к лучшему. Наличие только суицидальных идеаций без активных антивитаальных действий ассоциировано с более конструктивными стратегиями совладания со стрессом. **Выводы.** Анализ индивидуальной специфики проживания кризисных ситуаций выявил психологические корреляты риска и факторы-протекторы суицидального поведения, влияющие на переход «от мыслей к действиям».

Ключевые слова: студенты, суицидальное поведение, суицидальная попытка, стратегии совладания, детско-родительские отношения

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках научного проекта № 24-28-00713, <https://rscf.ru/project/24-28-00713/>

Благодарности. Авторы выражают признательность психологам вузов за содействие в привлечении участников, а также всем студентам, кто согласился принять участие в исследовании.

Для цитирования: Батлук, Ю.В., Красько, Е.Л., Лаская, Д.А., Розанов, В.А., Шаболтас, А.В. (2025). Психологические корреляты риска и протективные факторы суицидального поведения студентов вузов: изучение опыта проживания кризисных ситуаций. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(4), 112—134. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330406>

Psychological correlates of risk and protective factors of suicidal behavior of university students: studying the experience of surviving in crisis situations

J.V. Batluk¹ ✉, E.L.Kras'ko¹, D.A. Laskaja¹,
V.A. Rozanov^{1, 2}, A.V. Shaboltas^{1, 2}

¹ Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation

² V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neuroscience, St.Petersburg, Russian Federation

✉ julbat@mail.ru

Abstract

Context and relevance. The relevance of the problem of student suicide around the world and in Russia remains high. **Objective.** To study the individual experience of surviving in crisis situations and identify the most significant protective and risk factors of suicidal behavior of university students. **Methods and materials.** The analysis of data from interviews and surveys of 50 students of St. Petersburg universities seeking psychological help in connection with suicidal experiences. We used:

a semi-structured interview; a Russian-adapted version of the Adverse Childhood Experience Questionnaire (ACE-IQ), and the full version of the Columbia Protocol for assessing the severity of suicide risk (C-SSRS). Data processing included software-based content analysis (ATLAS), comparative and correlation analysis (SPSS, v.26). **Results.** The most significant risk factors for the development of antivital tendencies ($p < 0,1—0,5$) were: upbringing in a single-parent family and difficult relationship with parents, experience of physical violence, a diagnosis of a mental disorder, prevalence of coping strategies with academic stresses associated with surfing the internet. Students who have attempted suicide are characterized by reduced self-esteem, blurred personal identity, and a reduced perspective on the future. Among the protective factors, the motives of fear of death and harm to loved ones, as well as motives for maintaining hope for changes for the better, turned out to be the strongest. Suicidal ideation only without active antivital actions was associated with more constructive stress coping strategies. **Conclusions.** The analysis of individual situational specifics of the crisis experiences revealed common correlates of the risk and protective factors of suicidal behavior related to «ideation to action» transition.

Keywords: students, suicidal behavior, suicide attempt, coping strategies, child-parent relations

Funding. The study was supported by the Russian Science Foundation, project number 24-28-00713, <https://rscf.ru/en/project/24-28-00713/>.

Acknowledgements. The authors would like to thank their colleagues (university psychologists) for their assistance in attracting participants, as well as all students who agreed to participate in the study and shared their unique experiences.

For citation: Batluk, Y.V., Kras'ko, E.L., Laskaja, D.A., Rozanov, V.A., Shaboltas, A.V. (2025). Psychological correlates of risk and protective factors of suicidal behavior of university students: studying the experience of surviving in crisis situations. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(4), 112—134. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330406>

Введение

Среди студентов российских вузов наблюдается высокий уровень распространенности суицидальных переживаний и суицидальных попыток (Меринов, Байкова, Полкова и др., 2022; Смирнова, Алешкина, Кузьмина, 2018). По данным отечественных исследований, суицидальный риск в студенческой среде тесно ассоциирован с психологическими кризисами, нарушениями психического здоровья, в числе которых невротические состояния, проявления депрессии, либо обострения более

серьезной психической патологии, а также потребление психоактивных веществ (Сахаров и др., 2014; Чайка, Баранов, 2025; Евдошенко, 2025). Суицидальный риск среди студентов, приезжающих учиться в крупные федеральные вузы из регионов, в значительной мере определяется сочетанным влиянием большего количества факторов, в частности трудностями адаптации к новым условиям жизни, академическими требованиями и условиями учебы, возникающими межличностными и финансовыми проблемами (Хритинин, Паршин, Самохин, 2015). Такая ситуация характерна не только для России, похожие данные приводят исследователи из Китая и США, где, по данным мониторинга рисков в сфере здоровья студентов, серьезно обдумывали суицид 18,8% опрошенных студентов колледжей, а 8,9% сообщили об истории суицидальной попытки; при этом за последние 10 лет все показатели заметно ухудшились (Lew et al., 2020; Ivey-Stephenson et al., 2020). В наших исследованиях случаев завершенных суицидов студентов были выявлены следующие факты и закономерности: преобладание высоколетальных прыжков с высоты как основного способа суицида; высокая значимость актуальной академической ситуации как основного фактора риска («триггера») суицидального поведения; высокая концентрация студенческих суицидов в крупных федеральных университетах (Розанов, Лаская, Шаболтас, 2021). Все вышеуказанное свидетельствует о том, что актуальность данной проблематики не снижается.

Среди современных теорий формирования суицидального поведения нам представляется наиболее обоснованным и практически ориентированным подход «от идеи к действию». Основным положением этого подхода является дифференциация причин и факторов риска возникновения суицидальных мыслей (идеи) и факторов, способствующих переходу от идеи к действиям, т. е. к непосредственному самоповреждению с суицидальными намерениями (Klonsky, May, 2015). Наличие психических расстройств (в основном, аффективного и тревожного характера) связываются с возникновением суицидальной идеи (Nock et al., 2009), а такие личностные особенности как импульсивность и агрессивность, а также расстройства, связанные с ослаблением контроля импульсов, — с реализацией суицидальной попытки (Klonsky, May, Saffer, 2016). В то же время такой подход не учитывает большой пласт психологических переживаний, межличностных и внутриличностных детерминант, участвующих в процессе перехода от мыслей к действиям. Сопоставляя показатели и характеристики студентов с внутренними и внешними формами суицидального поведения, а именно тех, кто предъ-

являет жалобы на наличие суицидальных мыслей, и тех, кто сообщает о суицидальных действиях, можно более точно установить факторы риска и специфические мотивы. Представляется также важным выявить специфику протективных факторов, останавливающих непосредственные самоповреждения или позволяющих преодолеть кризисную ситуацию и избавиться от суицидальных переживаний.

В настоящей работе мы, используя комбинацию количественного и качественного подходов, приводим данные, позволяющие уточнить специфические корреляты риска и протективные факторы возникновения суицидальных мыслей и действий у студентов с тяжелым кризисным опытом.

Материалы и методы

Выборка

В выборку вошли 50 студентов вузов Санкт-Петербурга, последовательно рекрутированных в исследование в 2024 году и имевших тяжелый опыт кризисных переживаний и суицидальных попыток. Из всей выборки 46 человек составили девушки (87%), средний возраст участников — 21 год, 67,9% приехали из других городов и регионов России, 13,2% — иностранные студенты, 18,9% — студенты из Санкт-Петербурга.

Описание процедуры исследования

Для привлечения участников информация распространялась через студенческие группы и чаты в социальных сетях, а также через психологические службы вузов. Интервью и опрос осуществлялся индивидуально, исключительно в очной форме. При необходимости участникам оказывалась дополнительная психологическая помощь. Протокол, тексты информированных согласий, процедуры и методы получили одобрение Этического комитета Санкт-Петербургского психологического общества (протокол № 1 от 08.02.2024 г.).

С участниками проводилось очное полуструктурированное интервью, включающее применение опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ), адаптированного для России (Катан и др., 2019), и Колумбийского протокола оценки тяжести суицидального риска (C-SSRS) (Posner et al., 2011). Интервью включало также социально-демографические вопросы, вопросы об опыте преодоления тяжелых кризисных ситуаций, а также вопросы о способах совладания с академическим и другими видами стресса.

Обработка данных

Записи интервью подвергались контент-анализу с использованием программы ATLAS. Для сравнительного анализа данных групп студентов с опытом суицидальных действий ($n = 16$ чел.) и с наличием только суицидальной идеации ($n = 34$ чел.) использовались Т-критерий Стюдента и U-критерий Манна—Уитни. Согласно Колумбийскому протоколу, учитывались актуальные, прерванные и остановленные суицидальные попытки. Взаимосвязи между показателями оценивались с помощью критерия ранговой корреляции Пирсона.

Результаты

Среди студентов с опытом суицидальных действий значительно меньше оказалось тех, кто вырос в полной семье, и больше тех, кто вырос в семье с отчимом или мачехой ($p \leq 0,05$). Данные о составе родительской семьи представлены на рисунке.

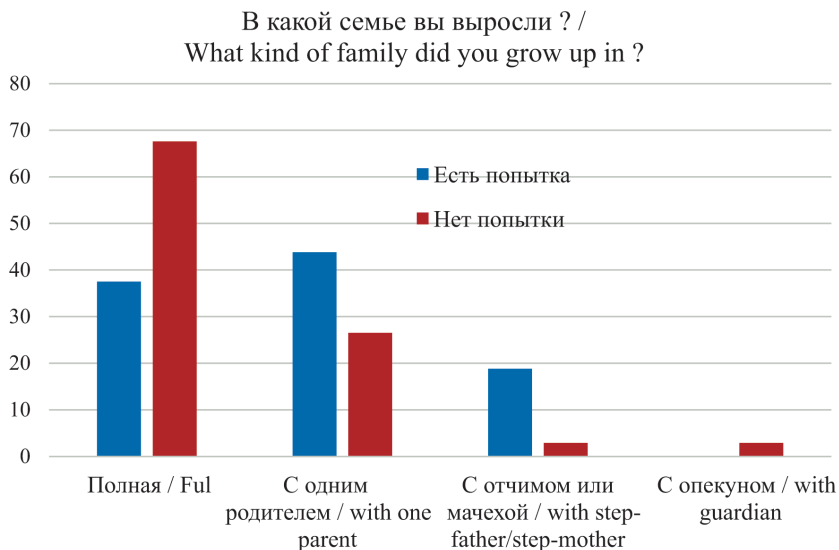


Рис. Тип родительской семьи у студентов с суицидальными попытками в анамнезе и без таковых

Fig. The family type of the students with and without suicidal attempts in the past

Результаты анализа ответов на вопросы анкеты представлены в табл. 1. В группе с суицидальными попытками участники чаще сообщали о наличии диагностированных психических расстройств ($p \leq 0,01$) и об опыте обращения к психологам (62,5% против 26,5%), тогда как молодые люди из группы с суицидальными мыслями и без суицидальных действий чаще справляются с тяжелыми кризисами и переживаниями самостоятельно ($p \leq 0,05$). В этой группе существенные различия касаются детского опыта: респонденты, имевшие в анамнезе суицидальную попытку, значимо чаще заявляли о том, что были свидетелями физического насилия в своей семье ($p \leq 0,05$), о том, что сами подвергались физическому насилию ($p \leq 0,05$), а также о том, что в детстве их близкие угрожали выгнать или на самом деле выгоняли из дома ($p \leq 0,01$).

Таблица 1 / Table 1

**Социально-демографические детерминанты
суицидального риска участников
Socio-demographic determinants of suicidal risk of the participants**

Характеристики / Characteristics	Участники с попыткой / Participants with suicidal attempt (n = 16)		Участники без попытки / Participants without suicidal attempt (n = 34)		Вся выборка / Whole sample (n = 50)	
	N	%	N	%	N	%
В какой семье вы выросли ? / What kind of family did you grow up in?						
Полная / Full	6	37,5	23	67,6	29	58,0
С одним родителем / With one parent	7	43,8	9	26,5	16	32,0
С отчимом или мачехой / With step-father or step-mother	3	18,8	1	2,9	4	8,0
С опекуном / With guardian	0	0,0	1	2,9	1	2,0
Есть братья/сестры / Have brothers/sisters	15	93,8	25	73,5	40	80,0
Отношения с матерью / Relationships with mother						
Доверие и поддержка / Trust and support	7	43,8	13	38,2	20	40,0

Характеристики / Characteristics	Участники с попыткой / Participants with suicidal attempt (n = 16)		Участники без попытки / Participants without suicidal attempt (n = 34)		Вся выборка / Whole sample (n = 50)	
	N	%	N	%	N	%
Отношения близкие, но конфликтные / Relationships are close but conflictual	5	31,3	6	17,6	11	22,0
Нет доверия / No trust	4	25,0	13	38,2	17	34,0
Не жила со мной / Didn't live with me	0	0,0	2	5,9	2	4,0
Отношения с отцом / Relationships with father						
Доверие и поддержка / Trust and support	2	12,5	12	35,3	14	28,0
Отношения близкие, но конфликтные / Relationships are close but conflictual	1	6,3	2	5,9	3	6,0
Нет доверия / No trust	9	56,3	15	44,1	24	48,0
Не жил со мной / Didn't live with me	4	25,0	5	14,7	9	18,0
Есть диагностированные хронические соматические заболевания / Diagnosed chronic somatic diseases	9	56,3	14	41,2	23	46,0
Есть диагностированные психические расстройства / Diagnosed mental diseases	7	43,8	2	5,9	9	18,0
В трудной ситуации обращаются за помощью / In a difficult situations I ask for help from						
к друзьям / friends	11	68,8	20	58,8	31	62,0
к родителям / parents	7	43,8	16	47,1	23	46,0
к другим родственникам / other relatives	5	31,3	11	32,4	16	32,0
к психологу / psychologists	10	62,5	9	26,5	19	38,0
к сексуальному партнеру / sexual partner	2	12,5	5	14,7	7	14,0
не обращаются, справляются сами / not asking for help, managing on my own	3	18,8	11	32,4	14	28,0
Были эпизоды самоповреждений за последние 12 мес. / Episodes of self-harm in the last 12 months	8	50,0	13	38,2	21	42,0

В ходе интервью респонденты отвечали на вопросы: «Кто я такой?» и «Каким я вижу себя в будущем?». В ответах молодых людей с опытом суицидальных действий прослеживается много самокритики и негативного самоотношения: «Выгоревшая, отстраненная, инфантильная», «Любопытная тварь», «Апатичный человек с низкой продуктивностью» и т. п. Часто встречается недостаток самопонимания и самоопределения: «Человек, пытающийся понять хоть что-то», «Я не знаю, кем я являюсь», «Не знающая, что хочет», «Познающий субъект без определенных целей».

Для сравнения студенты без суицидальных действий чаще определяли свое текущее Я через свою социальную роль, настоящую или будущую: «Любимая дочь и девушка, целеустремленная студентка», «Девушка, желающая стать матерью и врачом», «Начинающий психолог», «Человек, работающий с детьми, волонтер, дочь, сестра». Упоминаются также такие социальные роли как: музыкант, спортсмен/ка, фотограф, исследователь и т. д. Участники, не имевшие опыта суицидальных действий, характеризуют себя как с очень позитивной стороны: «Энергичная деятельная увлеченная девушка», — так и с негативной: «Разрушительная, озлобленная, недостаточная». Отметим, что критический взгляд на свое Я часто сопровождается сочувствием к себе: «Заплутавший мечтатель, столкнувшийся с реалиями взрослой жизни», «Заблудшая душа, выживающая в этом мире», «Уставший от неопределенности старый ребенок», «Человек, который идет к лучшему, но ему очень трудно».

Отвечая на вопрос о себе в будущем, респонденты с опытом суицидальных действий часто не могли сказать что-либо определенное; такие высказывания, как: «Я не вижу себя в будущем», «Не определено. Надеюсь, будет хотя бы интересно», «В последнее время мне слишком тяжело думать о будущем», — встречаются чаще других. В группе участников без суицидальных действий подобных вариантов нет, в ответах чаще отражались собственные приоритеты, в частности профессиональная самореализация и финансовая успешность, наличие семьи и семейных отношений, а также путешествия. Высказывались также представления о себе в будущем как о человеке, достигшем желаемого: «счастливым», «стабильным», — и подобные им: «разобравшейся в себе», «удовлетворенной», «самодостаточной». Также нередко встречалась категория, связанная с отношением других, респонденты хотели чувствовать себя любимыми или полезными.

Анализируя ответы на вопросы о причинах своих суицидальных намерений, а также о том, что удерживало от суицидальных мыслей и действий, можно выделить 3 категории: 1) когнитивные факторы (установки,

убеждения, представления); 2) эмоциональные состояния; 3) ситуации и обстоятельства. Среди когнитивных коррелятов риска суицида у всех респондентов наиболее часто встречается убеждение в собственной «недостаточности», несостоятельности, что, в сочетании с субъективно воспринимаемой невозможностью изменить это в будущем, приводит к ощущению бессмысленности существования: «сама ничего не значишь, дальше лучше не будет», «не справляюсь с тем, что нужно реализовать». Близко по смыслу к данной категории находится страх, что «я хуже других», недостаток ресурсов, эмоциональная усталость, вызванная неудовлетворенностью результатами собственных действий и усилий. Данная смысловая категория практически всегда сопровождалась упоминанием категории «одиночество». Можно предположить, что субъективно воспринимаемая «неполноценность» при сравнении себя с другими или с некоторым социальным «стандартом» приводит к избеганию социальных контактов и одновременно к страданиям от этой изоляции.

Среди эмоциональных состояний, способствующих развитию анти-витальных тенденций, чаще других упоминаются, с одной стороны, апатия, усталость, «измотанность»; с другой стороны, обида, злость и ненависть. Негативные эмоции чаще всего направлены на близких, родителей или сиблингов; при этом респонденты отмечали резкие перепады от гнева и злости к ощущению бессилия, стыда и вины. Также часто участниками упоминались одиночество, отверженность, ощущение себя как обузы и душевная боль.

Что касается третьей категории факторов риска, то при всем многообразии ситуаций и обстоятельств почти все они были связаны с семьей, в частности с изменением структуры семьи (развод родителей, смерть одного из родителей, рождение сиблинга) или тяжелыми внутрисемейными отношениями (конфликты, эмоциональное и физическое насилие, высокие родительские требования или эмоциональное отвержение). Помимо семейных обстоятельств, участники упоминали буллинг и потерю друзей. Значительно реже упоминались причины, связанные с романтическими отношениями: не взаимная любовь, расставание с партнером или измена партнера, а также причины, связанные с состоянием здоровья и наличием психиатрического диагноза.

При анализе факторов-протекторов и стратегий приспособления к условиям стрессов, фокус, в первую очередь, был направлен на ситуации, связанные с обучением в вузе. Защитные факторы в мотивационной сфере, выявленные в ходе интервью с участниками, можно разделить на 2 большие группы: 1) мотивы избегания и страха (не стану

совершать суицид из страха перед чем-то и во избежание чего-либо); 2) мотивы надежды на что-то, что удерживает от суицида (не стану совершать суицид ради чего-либо в будущем). Среди мотивов «избегания» на первом месте оказался страх причинить боль близким, родителям, родным и друзьям: «мысль, что бабушка не переживет», «видела реакцию родителей друга, который покончил с собой, не хотела такого для своих» и т. п. В той или иной форме упоминались страх смерти и страх боли, а также страх негативных последствий в том случае, если попытка не закончится смертью. Сюда же можно отнести чувство ответственности за кого-то (младшие братья, сестры или домашние животные). Мотивы «надежды» в основном сводились к ожиданию положительных изменений в будущем. Также упоминались «книги, которые еще не прочитал», «желание узнать, что будет дальше», «понимание, что это состояние — временное», «знала, что смогу это преодолеть». Многие молодые люди отмечали в качестве факторов, которые помогали справляться с кризисами — наличие хобби и увлечений, а также других людей, «которым не все равно».

Наиболее частыми стратегиями совладания со стрессом в вузе среди студентов с суицидальными попытками являются такие практики, как например: «провожу время в Интернете» (в среднем 9 баллов из 10), «больше сплю» (в среднем 6,1 балл из 10), «употребляю больше еды» (5,1 балл из 10) (табл. 2). В группе студентов без суицидальных действий наряду с Интернетом и сном часто упоминались более конструктивные способы: «совершаю прогулки на свежем воздухе» (5,9 баллов), читаю художественную литературу (4,8 баллов), «занимаюсь физкультурой» (4,4 балла). Участники с суицидальными попытками значимо чаще использовали стратегии: «смотрю телевизор» ($p \leq 0,05$), «провожу время в Интернете» и «играю в компьютерные игры» ($p \leq 0,01$). Стратегии «совершаю прогулки на свежем воздухе» и «занимаюсь физкультурой» ($p \leq 0,05$), напротив, значимо чаще использовались в группе тех, кто не совершал суицидальных попыток.

Факт совершения суицидальной попытки значимо коррелирует со способами преодоления стресса, связанными с погружением в интернет-пространство и гейминг (табл. 2). В то же время с теми способами, которые можно было характеризовать как присущие здоровому образу жизни (единение с природой и физическая активность), корреляции были обратными. Соответственно, позитивные способы преодоления стресса оказались тесно и напрямую связаны между собой и обратно связаны с непродуктивными копинг-стратегиями.

Таблица 2 / Table 2
Взаимосвязи суицидальных попыток и идей с стратегиями совладания с академическим стрессом
Correlations between suicidal attempts and ideations with coping strategies in response to academic stress

Переменные / Variables	N	M (SD)	1. Употребляю больше еды / Eating more food	2. Смотрю телевизор / Watching TV	3. Пропускаю занятия / Skipping classes	4. Больше сплю / Sleeping more	5. Совершаю прогулки на свежем воздухе / Walking outdoors	6. Занимаюсь физкультурой / Physical exercising	7. Играю в компьютерные игры / Playing computer games	8. Провожу время в Интернете / Spending time on the Internet	9. Читаю художественную литературу (книги) / Reading books	10. Нападение суицидальной попытки / Fact of suicidal attempt
1. Употребляю больше еды / Eating more food	50	5,30 (3,21)	-									
2. Смотрю телевизор / Watching TV	50	1,68 (2,85)	0,34*	-								
3. Пропускаю занятия / Skipping classes	50	3,44 (3,23)	0,32*	0,29*	-							
4. Больше сплю / Sleeping more	50	5,44 (3,37)	-0,04	0,03	0,09	-						
5. Совершаю прогулки на свежем воздухе / Walking outdoors	50	5,20 (3,36)	-0,27	-0,39**	-0,43**	-0,10	-					
6. Занимаюсь физкульту- рой / Physical exercising	50	3,68 (3,68)	-0,23	-0,30*	-0,20	-0,10	0,71**	-				

Переменные / Variables	N	M (SD)	1. Употребляю больше еды / Eating more food	2. Смотрю телевизор / Watching TV	3. Пропускаю занятия / Skipping classes	4. Больше сплю / Sleeping more	5. Совершаю прогулки на свежем воздухе / Walking outdoors	6. Занимаюсь физкультурой / Physical exercising	7. Играю в компьютерные игры / Playing computer games	8. Провожу время в Интернете / Spending time on the Internet	9. Читаю художественную литературу (книги) / Reading books	10. Наличие суицидальной попытки / Fact of suicidal attempt
7. Играю в компьютерные игры / Playing computer games	50	2,60 (3,52)	0,038	0,16	0,44**	0,13	-0,39**	-0,25	-	-	-	-
8. Провожу время в Интернете / Spending time on the Internet	50	7,60 (2,62)	0,27	0,23	0,29*	0,10	-0,20	-0,09	0,17	-	-	-
9. Читаю художественную литературу (книги) / Reading books	50	4,52 (3,53)	-0,15	-0,22	0,01	-0,10	0,43**	0,23	0,02	0,14	-	-
10. Наличие суицидальной попытки / Fact of suicidal attempt	16	-	-0,04	0,29*	0,19	0,14	-0,31*	-0,28*	0,41**	0,37**	-0,11	-

Примечание: «*» — корреляция значима на уровне ($p \leq 0,05$); «**» — корреляция значима на уровне ($p \leq 0,01$); M(SD) — средний балл (стандартное отклонение) частоты используемой стратегии, исходя из максимума в 10 баллов.

Note. «*» — significance of correlation ($p \leq 0,05$); «**» — significance of correlation ($p \leq 0,01$); M(SD) — the average score of the frequency of the strategy used, based on a maximum of 10 points.

Обсуждение результатов

Обсуждая полученные результаты, необходимо, прежде всего, обратить внимание на характеристики семейных ситуаций студентов, совершивших суицидальные попытки, особенности их взаимоотношений с родителями и наличие психических расстройств. Студенты, имевшие суицидальные попытки в анамнезе, в 1,8 раз чаще воспитывались в неполных семьях, в 6 раз чаще росли с отчимом или мачехой, а также в 1,78 раза чаще сообщали о близких, но конфликтных отношениях с матерью. В 25% случаев отец не жил с ними в одной семье, что в 1,7 раза чаще, чем среди студентов, у которых были только суицидальные переживания. Роль семейных проблем как значимого фактора риска развития суицидального поведения студентов обнаруживалась и в других исследованиях, причем в самых разных культурах и странах. Так, в исследовании факторов риска суицидальности у белорусских студентов семейные проблемы оказались первыми по значимости (Мулярчик, 2022). Аналогично, мексиканские студенты из неполных семей имели более высокий риск суицида (Benjet et al., 2019), среди студентов из Непала отсутствие внимания со стороны семьи является первым по значимости предиктором суицидальной идеации (Atreya et al., 2023). Сюда же можно отнести влияние жестокого обращения в детстве, о чем чаще сообщали студенты, совершившие суицидальную попытку.

В связи с этим уместно отметить, что, согласно межличностной концепции суицидального поведения Томаса Джойнера (Thomas Joiner), жестокое обращение в детстве является фактором, предрасполагающим к реальному суицидальному действию (в отличие от суицидальной идеации), наряду с опытом участия в военных действиях и опытом самоповреждения. Эти факторы ослабляют страх перед смертью и повышают толерантность к боли, что приводит к совершению суицидальной попытки (Joiner et al., 2009).

Вероятно, семейные дисфункции, конфликтность и напряженные отношения с родителями являются важнейшими факторами риска суицидальности студентов как особой социальной группы. Результаты наших исследований говорят о том, что наибольший риск для молодых людей представляют две крайности в отношениях с родителями — полное дистанцирование, разрыв отношений и обратная ситуация, так называемое «слияние», когда отношения характеризуются чрезмерной взаимозависимостью и одновременно конфликтностью. В обоих случаях молодой человек может чувствовать дефицит понимания и принятия

со стороны семьи в сочетании с критичной оценкой себя и своих жизненных успехов. Однако во втором случае собственная неудовлетворенность уровнем достижений дополняется стыдом, связанным с неспособностью оправдать ожидания семьи, страхом вызвать разочарование близких и общей эмоциональной нагруженностью.

Вторым существенным различием между участниками с суицидальной попыткой и без нее было состояние здоровья. В первом случае участники значительно чаще (более чем в 7 раз) сообщали о нарушениях психического здоровья и в 1,36 раза чаще — о соматических заболеваниях. Связь суицидального поведения с психическим здоровьем у студентов отмечают многие исследователи, в частности, в качестве основного фактора риска упоминаются депрессивные и тревожные расстройства (Святогор, Лацплес, 2019). Д.Ф. Хритинин с коллегами подчеркивают роль тревоги и депрессивно-астенических состояний в этиологии суицидального поведения у студентов (Хритинин и др., 2017). Следует отметить, что аналогичные результаты были получены нами ранее в анонимном онлайн-опросе большого контингента студентов: высокий риск суицида был ассоциирован с 5-кратной разницей в частоте психических расстройств (Розанов, Лаская, 2024).

Таким образом, суицидальные тенденции детерминировались комплексом причин, что соответствует современному теоретическим представлениям о суицидальном поведении как о сложном феномене, в основе которого лежит кумулятивный эффект факторов различной природы (Diefenbach GJ, Rudd MD, et.al., 2024; Joiner et al., 2009; Klonsky, May, 2015).

Различие в стратегиях совладания с академическим стрессом между студентами с суицидальными попытками в анамнезе и без таковых явилось вполне ожидаемым. У современной студенческой молодежи погружение в социальные сети, гейминг и Интернет часто ассоциировано со стремлением ослабить напряжение и компенсировать фрустрационные переживания. В группе тех, кто имел суицидальные попытки, эти стратегии используются чаще и, что более важно, у них практически нет здоровьесберегающей альтернативы. Очевидно, здесь просматривается ассоциация с поведенческими зависимостями и узким репертуаром адаптационных стратегий. Обращает на себя внимание, что те студенты, у кого были суицидальные мысли, но не было суицидальных попыток, все-таки чаще прибегали к простым, но более здоровым видам преодоления стрессов — физической активности и прогулкам на свежем воздухе.

Роль физической активности как фактора укрепления психического здоровья, очевидно, игнорируется значительной частью студентов, в то

время как объективные данные прямо указывают на значительный проективный потенциал этого фактора (Grasdalsmoen et al., 2020).

То, что студенты, совершившие суицидальные попытки, более чем в 2 раза чаще обращаются за помощью к психологам, можно объяснить следующим. С одной стороны, это может быть связано с высокой частотой диагностированных психических расстройств, что заставляет предположить более длинную и насыщенную историю взаимодействия человека с системой медицинской и психологической помощи. С другой стороны, привлечение участников в нашем проекте через службы психологической помощи вузов могло также оказать некоторое влияние. По данным исследований, только 24,6% студентов готовы обратиться за профессиональной помощью в случае возникновения эмоциональных проблем, в то время как большинство предпочитают справляться самостоятельно или обращаться за помощью к близким (Ebert et al., 2019). Вероятно, предубеждения и негативные установки молодых людей являются серьезным барьером для своевременного обращения за психологической помощью, заставляя их откладывать контакты со специалистами в тех случаях, когда симптомы не носят критического характера.

Студенческий период является одним из самых сложных переходных этапов жизни, который требует от молодого человека серьезных усилий для адаптации и решения новых жизненных задач, что нередко оборачивается состоянием эмоционального кризиса. Наиболее трудным, очевидно, является первый год обучения, когда смена социального статуса приводит к «кризису идентичности», выражающемуся в изменении образа Я и снижении уверенности в себе. Негативные переживания в этот момент связаны, с одной стороны, с неопределенностью будущего, расплывчатостью собственных целей, сомнениями в сделанном профессиональном выборе; с другой стороны — со снижением ценности прошлого: собственные прошлые успехи обесцениваются в связи с их неактуальностью в настоящем периоде жизни (Курусь, 2016). Возникающий на этом фоне академический стресс, проблемы в отношениях с другими и с самим собой могут привести к блокировке позитивной динамики жизненных процессов и росту суицидального риска.

Выявленные нами данные подтверждают существование несколько различающихся факторов риска для суицидальной идеации и для суицидальных попыток, включая остановленные и прерванные, что подчеркивает релевантность модели «от мыслей к действиям» среди данного контингента (Klonsky, May, 2015). Глубинные мотивы и смысловые

факторы, которые помогали студентам, переживающим суицидальный кризис, остановиться и не сделать последнего необратимого шага, могут подсказать, как выстраивать превентивную работу с современной молодежью и как оказывать им помощь при обращении в психологические службы вузов. Выявленные мотивы страха, с одной стороны, и надежды — с другой, могут быть использованы при выстраивании программ превенции. Такие программы могут быть реализованы в различных формах, включая онлайн-ресурсы или нарративные техники с опорой на когнитивные и смысловые конструкторы, специфичные для современной студенческой аудитории.

Заключение

Данные, полученные в исследовании, позволяют уточнить группы факторов, влияющих на развитие антивитаальных тенденций и совершение молодыми людьми суицидальных действий. В первую очередь, это факторы, связанные с семьей и детско-родительскими отношениями. Студенты, совершающие попытки, отличаются размытой идентичностью, низкой самооценкой и нечеткими представлениями о своем будущем. Их отличает неудовлетворенность своей жизнью и достижениями, отношениями со значимыми другими. Наличие психических расстройств и нарушений соматического здоровья у студентов вузов связано с суицидальной идеацией, но более всего — с высокой вероятностью совершить попытку суицида. В свою очередь, наличие суицидальной попытки прямо ассоциировано с непродуктивными аддиктивными копинг-стратегиями и отрицательно связано с позитивными стратегиями здорового образа жизни. Среди факторов-протекторов выделяются мотивы, связанные со страхами, и мотивы, связанные с надеждой на позитивные изменения в будущем. Понимая необходимость совершенствования психологической помощи и программ суицидальной превенции для молодежи, мы планируем продолжить исследование протективных факторов и стратегий профилактики суицидов, актуальных для студенчества.

Ограничения. Большинство участников выборки — девушки, и это отражает существующую тенденцию среди студентов, обращающихся за психологической помощью. Возможно, увеличение доли юношей привело бы к несколько другим результатам. На данном этапе объем выборки и кросс-секционный дизайн исследования не позволяют однозначно

определить причинно-следственные связи, но дают возможность сформулировать основные гипотезы о детерминантах риска суицидальных тенденций и протективных факторах, препятствующих развитию или останавливающих суицидальный процесс.

Limitations. The majority of the sample are female, reflecting the current trend of those who seek psychological help. A higher proportion of males may outcome to slightly different results. Currently the sample size and the cross-sectional design of the study do not allow us to formulate more rigorous conclusions about the cause-and-effect relationships, but they allow us to formulate basic hypotheses about the risk determinants of suicidal tendencies and protective factors that hinder or stop the development of the suicidal process.

Список источников / References

1. Евдошенко, О.В. (2025). Исследование девиантного поведения студентов подросткового возраста (на материале социологического исследования). *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*, 8, 35—41. <https://doi.org/10.24412/2220-2404-2025-8-11>
Evdoshenko, O.V. (2025). A study of deviant behavior among adolescent students (based on a sociological study). *Gumanitarnye sotsialno-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki*, 8, 35—41. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2220-2404-2025-8-11>
2. Катан, Е.А. (2019). Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте. *Медицинская психология в России*, 11(2), 8. <https://doi.org/10.24412/2219-8245-2019-2-8>
Katan E.A. (2019). Using the international questionnaire of adverse childhood experiences to identify psychotraumatic factors in childhood and adolescence. *Medical psychology in Russia*, 11 2), 8. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2219-8245-2019-2-8>
3. Курусь, И. А. (2016). Содержание переживания кризисных ситуаций у студентов первого курса. *Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология*, 1(24), 87—92. <https://doi.org/10.18323/2221-5662-2016-1-87-92>
Kurus, I.A. (2016). Content of emotional experience of the first-year students in crisis situations. *Vector of Science of Tolyatti State University. Series: Pedagogy, Psychology*, 1(24), 87—92. (In Russ.). <https://doi.org/10.18323/2221-5662-2016-1-87-92>
4. Мулярчик, О. С. (2022). Наличие факторов риска суицидального поведения среди студентов-медиков. *Российский педиатрический журнал*, 3(1), 207.
Muliarchik, O.S. (2022). Risk factors of suicidal behavior among medical students. *Russian pediatric journal*, 3(1), 207. (In Russ.).

5. Розанов, В.А., Лаская, Д.А. (2024). Риск студенческого суицида: оценка роли некоторых социально-демографических факторов. *Девиянтология*, 8(2), 20—25. [https://doi.org/10.32878/devi.24-8-02\(15\)-2](https://doi.org/10.32878/devi.24-8-02(15)-2)
Rozaanov, V.A., Laskaja, D.A. (2024). Students' suicides risk: evaluation of the impact of some social and demographic factors. *Deviantology*, 8(2), 20—25. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/devi.24-8-02\(15\)-20-25](https://doi.org/10.32878/devi.24-8-02(15)-20-25)
6. Розанов, В.А., Лаская, Д.А., Шаболтас, А.В. (2021). Самоубийства студентов — что мы знаем, и чего мы не знаем (результаты анализа сообщений сетевых СМИ). *Суицидология*, 12(3), 39—57. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-03\(44\)-39-57](https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-03(44)-39-57)
Rozaanov, V.A., Laskaja, D.A., Shaboltas, A.V. (2021). Suicides in the university students — what we know and what we do not know (based on the online news media reports). *Suicidology*, 12(3), 39—57. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-03\(44\)-39-57](https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-03(44)-39-57)
7. Меринов, А.В., Байкова, М. А., Полкова, К.В. и др. (2022). Расширенная суицидологическая характеристика юношей и девушек, совершивших ранее попытку самоубийства. *Суицидология*, 13(1), 59—73. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01\(46\)-59-73](https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-59-73)
Merinov, A.V., Baikova, M. A., Polkova, K.V., et.al. (2022). Extended suicidological characteristics of young men and women who have previously attempted suicide. *Suicidology*, 13(1), 59—73. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01\(46\)-59-73](https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-59-73)
8. Сахаров, А.В., Говорин, Н.В., Тарасова, О.А., Плюснина О.Б. (2014). Некоторые клинические и социально-психологические характеристики студентов, совершивших суицидальные попытки. *Суицидология*, 1(14), 51—55.
Sakharov A.V., Govorin N.V., Tarasova O.A., Plyusnina O.B. (2014). Clinical and socio-psychological characteristics of students, committed a suicide attempts. *Suicidology*, 1(14), 51—55. (In Russ.).
9. Святогор, М.В., Лацплес, П.Р. (2019). Факторы, ассоциированные с суицидальным поведением молодежи (на примере студентов медицинского вуза). *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*, 12, 42—46. <https://doi.org/10.33920/med-01-1912-06>
Svyatogor, M.V., Latsples, P.R. (2019). Factors associated with suicidal behavior of youth (on the example of medical university students). *Vestnik of neurology, psychiatry and neurosurgery*, 12, 42—46. (In Russ.). <https://doi.org/10.33920/med-01-1912-06>
10. Смирнова, Е.Н., Алешкина, М.В., Кузьмина, К.Д. (2018). Частота суицидального поведения студентов младших курсов транспортного вуза. *Нижегородский психологический альманах*, 2, 15—21.
Smirnova, E.N., Aleshkina, M.V., Kuzmina, K.D. Frequency of suicidal behavior among junior courses students of transport university. *Nizhny Novgorod Psychological Almanac*, 2, 15—21. (In Russ.).

11. Хритинин, Д.Ф., Есин, А.В., Сумарокова, М.А., Морозова, В.Д., Гончарова, Е.М. (2017). Особенности влияния клинических факторов на суицидальное поведение у студентов медицинского вуза. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*, 10, 10—17.
Khritinin, D.F., Esin, A.V., Sumarokova, M.A., Morozova, V.D., Goncharova, E.M. (2017). Peculiarities of the influence of clinical factors at suicidal behavior among medical students. *Vestnik of neurology, psychiatry and neurosurgery*, 10, 10—17. (In Russ.).
12. Чайка, Ю.А., Баранов, М.Л. (2025). Распространенность психических расстройств у студентов и современные подходы к их профилактике. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*, 59(3), 25—39. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-3-1086>
Chaika, J.A., Baranov, M.L. (2025). Prevalence of mental disorders among students and modern approaches to their prevention. *Obozreniye psychiatry and medical psychology imeni V.M.Bechterev*, 59(3), 25—39. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-3-1086>
13. Atreya, A., Nepal, S., Menezes, R.G., Marhatta, A., Ghimire, S., Shah, P. (2023). Suicidal Ideation Among Medical and Nursing Students. *J Nepal Health Res Counc*, 20(4), 852—858. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v20i4.4147>
14. Benjet, C., Gutiérrez-García, R.A., Abrego-Ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-Díaz, A., Durán, M.D.S., González-González, R., Hermosillo-de la Torre, A.E., Martínez-Martínez, K.I., Medina-Mora, M.E., Mejía-Zarazúa, H., Pérez-Tarango, G., Zavala-Berbená, M.A., Mortier, P. (2019). Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. *Salud Publica Mex*, 61(1), 16—26. <https://doi.org/10.21149/9158>
15. Ebert, D.D., Mortier, P., Kaehlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R.P., Alonso, J., Vilagut, G., Martínez, K.I., Lochner, C., Cuijpers, P., Kuechler, A.M., Green, J., Hasking, P., Lapsley, C., Sampson, N.A., Kessler, R.C. (2019). WHO World Mental Health-International College Student Initiative collaborators. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*, 28(2), e1782. <https://doi.org/10.1002/mpr.1782>
16. Grasdalsmoen, M., Eriksen, H.R., Lønning, K.J., Sivertsen, B. (2020). Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students. *BMC Psychiatry*, 20(1), article № 175. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02583-3>
17. Ivey-Stephenson, A.Z., Demissie, Z., Crosby, A.E., Stone, D.M., Gaylor, E., Wilkins, N., Lowry, R., Brown, M. (2020). Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students. Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR Suppl*, 69(1), 47—55. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su6901a6>
18. Joiner, T.E., Van Orden, K.A., Witte, T.K., Selby, E.A., Ribeiro, J.D., Lewis, R., Rudd, M.D. (2009). Main Predictions of the Interpersonal — Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults. *J. of Abnormal Psychol*, 118(3), 634—664.

19. Klonsky, E.D., May A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8, 114—129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
20. Klonsky, E.D., May, A.M., Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307—330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
21. Lew, B., Kölves, K., Osman, A., Abu Talib, M., Ibrahim, N., Siau, C.S., et al. (2020). Suicidality among Chinese college students: A cross-sectional study across seven provinces. *PLoS ONE*, 15(8), e0237329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237329>
22. Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R.C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E.G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M.C., Williams, D.R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 8, e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
23. Posner, K., Brown, G.K., Stanley, B., Brent, D.A., Yershova, K.V., Oquendo, M.A., Currier, G.W., Melvin, G.A., Greenhill, L., Shen, S., Mann, J.J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*, 168(12), 1266—1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
24. Diefenbach, G.J., Lord, K.A., Stubbing, J., Rudd, M.D., Levy, H.C., Worden, B., Sain, K.S., Bimstein, J.G., Rice, T.B., Everhardt, K., Gueorguieva, R., Tolin, D.F. (2024). Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 81(12), 1177—1186. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2349>

Информация об авторах

Батлук Юлия Викторовна, старший преподаватель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-7731>, e-mail: julbut@mail.ru

Красько Елена Леонидовна, главный специалист Психологической клиники, научный сотрудник, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9140-4162>, e-mail: e.krasko@spbu.ru

Лаская Диана Андреевна, аспирант, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университета (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5014-418X>, e-mail: st082164@student.spbu.ru

Батлук Ю.В., Красько Е.Л., Лаская Д.А.,
Розанов В.А., Шаболтас А.В. (2025)
Психологические корреляты риска...
Консультативная психология и психотерапия,
33(4), 112—134.

Batluk Y.V., Kras'ko E.L., Laskaja D.A.,
Rozaov V.A., Shaboltas A.V. (2025)
Psychological correlates of risk and protective...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
33(4), 112—134.

Розанов Всеволод Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ); ведущий научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9641-7120>, e-mail: vsevolod.rozanov.53@gmail.com

Шаболтас Алла Вадимовна, доктор психологических наук, профессор, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ); главный специалист, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1966-6924>, e-mail: alla.shaboltas@gmail.com

Information about the authors

Oulia V. Batluk, Senior Lecturer at the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-7731>, e-mail: julbut@mail.ru

Elena L. Krasko, Chief Specialist of the Psychological Clinic, Researcher, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9140-4162>, e-mail: e.krasko@spbu.ru

Diana A. Laskaya, PhD Student, Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5014-418X>, e-mail: st082164@student.spbu.ru

Vsevolod A. Rozaov, MD, Professor, Faculty of Psychology, St. Petersburg State University (SPbU); Senior Researcher, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9641-7120>, e-mail: vsevolod.rozanov.53@gmail.com

Alla V. Shaboltas, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Faculty of Psychology, St. Petersburg State University; Chief Specialist, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1966-6924>, e-mail: alla.shaboltas@gmail.com

Вклад авторов

Батлук Ю.В. — идеи исследования; проведение процедур и контроль за ходом исследования; анализ данных; написание и оформление рукописи.

Красько Е.Л. — привлечение участников исследования; применение математико-статистических и качественных методов для анализа данных; проведение процедур исследования; сбор и анализ данных.

Лаская Д.А. — привлечение участников исследования; применение математико-статистических и качественных методов для анализа данных; сбор и анализ данных.

Розанов В.А. — идеи исследования; аннотирование, координирование и планирование исследования; написание рукописи.

Шаболтас А.В. — идеи исследования; общее руководство и планирование исследования; аннотирование рукописи; написание рукописи.

Все авторы приняли участие в разработке методического инструментария исследования, обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Julia V. Batluk — research ideas; conducting study procedures and monitoring the progress of research, data analysis, writing and formatting of the manuscript.

Elena L. Kras'ko — participants recruitment, application of mathematical, statistical and qualitative methods for data analysis; conducting research procedures; data collection and analysis.

Diana A. Laskaja — participants recruitment, application of mathematical, statistical and qualitative methods for data analysis; data collection and analysis.

Vsevolod A. Rozanov — research ideas, annotation, coordination and research planning, manuscript writing.

Alla V. Shaboltas — research ideas, general guidance and research planning, annotation, manuscript writing.

All the authors participated in the development of methodological research tools, discussed the results and agreed on the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было рассмотрено и одобрено Этическим комитетом Санкт-Петербургского психологического общества (№ протокола 1 от 08.02.2024 г.).

Ethics statement

The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of St. Petersburg Psychological Society (report no 1, 2024/02/08).

Поступила в редакцию 28.07.2025

Received 2025.07.28

Поступила после рецензирования 17.10.2025

Revised 2025.10.17

Принята к публикации 01.11.2025

Accepted 2025.11.01

Научная статья | Original paper

Коммуникативные дисфункции в родительской семье как фактор нарушений пищевого поведения и эмоциональной саморегуляции у взрослых, страдающих ожирением

Е.Д. Флитман¹ ✉, А.Б. Холмогорова²,
О.В. Васюкова¹, Л.Н. Якубова

¹ Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

² Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация

✉ Flitman.Ekaterina@endocrincentr.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Ожирение — неинфекционная эпидемия XXI века, набирающая обороты как среди детей, так и среди взрослых во всех странах. Изучение социальных и психологических факторов ожирения — один из ключевых способов повысить эффективность его профилактики и лечения. **Цель.** Оценить влияние коммуникативных дисфункций в родительских семьях пациентов с ожирением на формирование нарушений пищевого поведения. **Гипотеза.** Коммуникативные дисфункции в родительской семье способствуют возникновению нарушений пищевого поведения эмоционального типа как стратегии совладания со стрессом. **Методы и материалы.** В исследовании приняли участие 38 пациентов в возрасте от 18 до 59 лет ($M = 33,4$; $SD = 12,3$) с установленным диагнозом ожирения (ИМТ — от 30,0 до 55,5, $M = 37,4$, $SD = 7,2$), из них 24 чел. — женщины, 14 — мужчины. В исследовании были использованы следующие методики: Опросник семейных эмоциональных коммуникаций (СЭК; А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова, М.Г. Сорокова, 2016), Голландский опросник пищевого поведения (The Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ, T. van Strien, 1986), Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI, A.T. Beck, 1961), Торонтийская шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20, G.J. Taylor, 1985) и диагностическая беседа с респондентами. **Результаты.** Полученные результаты подтвердили

гипотезу о склонности пациентов с ожирением к эмоциогенному типу нарушений пищевого поведения и вкладу в эти нарушения коммуникативных дисфункций в семье. Были зафиксированы высокие показатели депрессивной симптоматики, а также наличие у респондентов с ожирением проблем с распознаванием собственных чувств. **Выводы.** Показано, что необходимо дальнейшее изучение семейных факторов нарушения пищевого поведения по эмоциогенному типу, что может способствовать профилактике ожирения путем психообразования родителей, педагогов и специалистов здравоохранения, а также совершенствованию комплексных программ помощи пациентам с ожирением и их семьям.

Ключевые слова: ожирение, депрессия, алекситимия, нарушения пищевого поведения, эмоциональная саморегуляция, семейные коммуникативные дисфункции

Финансирование. Работа выполнена в рамках государственного задания «Механизмы развития эффекта «плато» после снижения массы тела и рецидива ожирения у детей и взрослых: адаптивный термогенез, миокиновый профиль, пищевое поведение, метаболические, нутритивные и провоспалительные маркеры» (регистрационный номер 1023022400038-1).

Для цитирования: Флитман, Е.Д., Холмогорова, А.Б., Васюкова, О.В., Якубова, Л.Н. (2025). Коммуникативные дисфункции в родительской семье как фактор нарушений пищевого поведения и эмоциональной саморегуляции у взрослых, страдающих ожирением. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(4), 135—154. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330407>

Communication dysfunctions in the parental family as a factor in eating disorders and emotional self-regulation in adults suffering from obesity

E.D. Flitman¹ ✉, A.B. Kholmogorova²,
O.V. Vasyukova¹, L.N. Yakubova

¹ Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

² Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

✉ Flitman.Ekaterina@endocrincentr.ru

Abstract

Context and relevance. Obesity is a non—communicable epidemic of the 21st century, gaining momentum among both children and adults in all countries. Studying the social and psychological factors of obesity is one of the key ways to increase the effectiveness of obesity prevention and treatment. **Goal.** To evaluate the influence of

communicative dysfunctions in the parental family of obese patients on the formation of eating disorders. **Hypothesis.** Communicative dysfunctions in the parental family contribute to the emergence of emotional eating disorders as a strategy for coping with stress. **Methods and materials.** The study involved 38 patients aged 18 to 59 years ($M = 33,4$; $SD = 12,3$) with an established diagnosis of obesity (BMI from 30,0 to 55,5, $M = 37,4$, $SD = 7,2$), 24 of them were women, 14 were men. The following methods were used in the study: The Family Emotional Communication Questionnaire (SEC; A.B. Kholmogorova, S.V. Volikova, M.G.Sorokova, 2016); The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ, T. van Strien, 1986); The Beck Depression Inventory (BDI, A. T. Beck, 1961); The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, G. J. Taylor, 1985) and a diagnostic interview with respondents. **Results.** The results confirmed the hypothesis of the tendency of obese patients to an emotionogenic type of eating disorders and the contribution of communicative dysfunctions in the family to these disorders. High rates of depressive symptoms were recorded, as well as obese respondents having problems recognizing their own feelings. **Conclusions.** It is shown that it is necessary to further study the family factors of eating disorders according to the emotionogenic type, which can contribute to the prevention of obesity through psychotherapy of parents, teachers and health professionals, as well as to improve comprehensive programs of care for obese patients and their families.

Keywords: obesity, depression, alexithymia, eating disorders, emotional self-regulation, family communication dysfunctions

Funding. The work was performed within the framework of the research work: «Mechanisms of development of “the plateau” effect after weight loss and obesity relapse in children and adults: adaptive thermogenesis, myokine profile, eating behavior, metabolic, nutritional, and proinflammatory markers» (NIOCTR 1023022400038-1).

For citation: Flitman, E.D., Kholmogorova, A.B., Vasyukova, O.V., Yakubova, L.N. (2025). Communication dysfunctions in the parental family as a factor in eating disorders and emotional self-regulation in adults suffering from obesity. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(4), 135—154. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330407>

Введение

Последние десятилетия проблема лишнего веса и ожирения приобретает все более глобальный характер, занимая лидирующие позиции как фактор снижения качества жизни и повышения риска инвалидизации взрослого трудоспособного населения. По данным Росстата, в 2022 году ожирение зарегистрировано у 2 178 600 жителей России (Мартинчик и др., 2024). Исследования структуры распространенности ожирения в России говорят о наличии избыточной массы тела у 52,5% мужчин и 38,9% жен-

щин, при этом ожирение встречается чаще у женщин (24,2%), чем у мужчин (17,3%) (Здравоохранение в России: статистический сборник, 2023).

Исследования факторов возникновения и развития ожирения подтверждают мультифакторную природу болезни. Избыточный вес и ожирение часто связаны с низкой самооценкой, повышенным уровнем депрессии, тревоги, стресса, наличием суицидальных мыслей и снижением качества жизни (Mohd-Sidik et al, 2021; Tan at all, 2023; Friedman et all 2025). Обнаружена двунаправленная связь между ожирением и симптомами депрессии; причем, чем моложе возраст, тем связь более выражена (Stephoe, Frank, 2023). Люди с умеренно тяжелой или тяжелой депрессией имеют величину риска госпитализации из-за ожирения в течение 5-летнего периода наблюдения в 7 раз выше по сравнению с теми, у кого не было депрессии (Frank et al, 2023). Алекситимия, т. е. нарушение понимания и распознавания чувств, увеличивает риск депрессии и вероятность компульсивного переедания и ожирения (Rice et al, 2022; Casagrande et al, 2020).

Работ, посвященных изучению особенностей семей людей с лишним весом, крайне мало, в то время как специалисты, работающие с пациентами с ожирением, отмечают значительный вклад семейных факторов (Флитман и др., 2024). Отдельные исследования показывают, что в таких семьях в общении между родителями и детьми преобладает деструктивный стиль коммуникаций: директивный, критикующий, с указанием на ошибки. Эти семьи отличаются более низкими навыками контейнирования эмоций и эмоциональной саморегуляции (Marquez et al, 2024). У самих родителей подростков с лишним весом отмечаются нарушения пищевого поведения и деструктивные коммуникации со своими детьми (Суханова, Холмогорова, 2022). Эти немногочисленные данные о вкладе семейных факторов в возникновение лишнего веса и ожирения у потомков, а также наблюдения специалистов-практиков обуславливают актуальность и необходимость дальнейших исследований.

Материалы и методы исследования

Целью данного исследования являлось изучение связи между нарушенными семейными коммуникациями в родительской семье, алекситимией и типами нарушений пищевого поведения у пациентов с ожирением.

Выборочное исследование проводилось среди пациентов, обратившихся в период с января по июль 2024 г. в ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии имени академика И.И. Дедова» Минздрава России с це-

лью прохождения комплексной программы обследования по причине лишнего веса. Консультация психолога является обязательной частью программы. В рамках приема психолога с пациентом проводилась диагностическая беседа, после чего ему предлагалось заполнить ряд психологических опросников.

В методический комплекс исследования вошли следующие опросники.

1. Для оценки коммуникативных дисфункций в родительской семье: *Опросник семейных эмоциональных коммуникаций* (валидизирован А.Б. Холмогоровой, С.В. Воликовой и М.Г. Сороковой в 2016 году). Опросник направлен на выявление различных коммуникативных дисфункций со стороны родителей в адрес респондента.

2. Для диагностики нарушений пищевого поведения: *Голландский опросник пищевого поведения* (The Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ, 1986 г.; адаптация на русский язык Ю.Л. Савчикова, 2005 г.). Тест позволяет оценить выраженность трех типов нарушений пищевого поведения — ограничительного (стремление ограничить себя в еде), эмоциогенного (употребление пищи в условиях стресса) и экстернального (прием пищи под влиянием внешних обстоятельств).

3. Для оценки выраженности эмоциональной дезадаптации и нарушений эмоциональной саморегуляции применялись: *Шкала депрессии А. Бека* (Beck Depression Inventory — BDI, 1961 г.) и *Торонтская алекситимическая шкала* (Toronto Alexithymia Scale — TAS 20, G.J. Taylor и соавторы, 1985 г.; адаптация на русский Е.Г. Старостиной и др., 2010 г.).

Антропометрические измерения включали: замеры роста и веса, расчет индекса массы тела (ИМТ). Согласно национальным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ожирения, ожирение диагностировалось при значении $ИМТ \geq 30,0$. Значение ИМТ от 30 до 34,9 определяли как ожирение I степени, ИМТ от 35,0 до 39,9 — II степени, $ИМТ \geq 40,0$ — III степени, морбидное ожирение (Клинические рекомендации. Ожирение, 2024).

Выборка. В исследовании приняли участие 38 человек (24 женщины, 14 мужчин), среди них 29 респондентов — молодого возраста (от 18 до 44 лет, $M = 28,9$ лет, $SD = 8,9$ лет), 8 респондентов — среднего возраста (от 45 до 59 лет, $M = 49,3$ года, $SD = 5$ лет). Все пациенты имеют установленный диагноз «ожирение» (ИМТ — от 30 до 55,5; $M = 37,4$, $SD = 7,2$), из них 42% ($n = 16$ чел.) с ожирением I степени, 32% ($n = 12$ чел.) с ожирением II степени, 26% ($n = 10$ чел.) с ожирением III степени.

55% респондентов состоят в отношениях, 45% — одиноки; 48% респондентов имеют детей, 52% не являются родителями. Все участники исследо-

вания имеют высшее образование или находятся в процессе его получения, 21% не учатся и не работают, 21% сочетают обучение в вузе с работой, 8% заняты только учебой в вузе, 50% респондентов заняты только работой.

Четыре респондента на момент прохождения исследования имели установленные психиатрические диагнозы (F32.1, F32.2, F41.0, F60.3).

Критериями исключения из исследования были наличие других форм ожирения (гипоталамическое, моногенное, синдромальное и др.) и тяжелые сопутствующие соматические заболевания.

Результаты исследования

Данные по отдельным методикам

Согласно данным, приведенным на рис. 1, группа пациентов с лишним весом показывает более высокий, по сравнению с группой нормы, балл по всем трем типам пищевого поведения. Наиболее выраженные различия с нормой выявлены по шкале эмоциогенного пищевого поведения, наименее — по ограничительному типу пищевого поведения, поэтому связи с ним в дальнейшем не будут анализироваться.

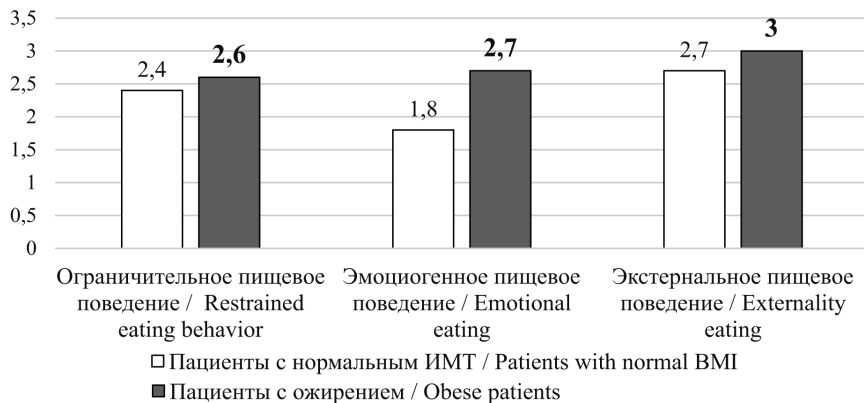


Рис. 1. Сравнение средних баллов шкал Голландского опросника пищевого поведения, набранных пациентами из группы лиц с ожирением ($n = 38$ чел.), с нормативными показателями, приведенными авторами опросника

Fig. 1. Comparison of the average scores of the Dutch Eating Behavior Questionnaire scales in a group of obese patients ($n = 38$) with the normative values provided by the authors of the questionnaire

На рис. 2 представлены результаты сравнения средних значений по отдельным шкалам опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК) в группах нормы (по данным авторов опросника), пациентов с аффективными расстройствами (по данным авторов опросника) и с ожирением (выборка настоящего исследования).

Согласно методике подсчета баллов по отдельным параметрам опросника СЭК (Холмогорова, Воликова, Сорокова, 2016), максимальные значения по отдельным параметрам составляют 21 балл для шкалы «Родительская критика», 15 баллов для шкалы «Индукция тревоги», 18 баллов — «Элиминирование эмоций» и 9 баллов для шкал «Фиксация на негативных переживаниях», «Внешнее благополучие», «Сверхвключенность» и «Семейный перфекционизм».

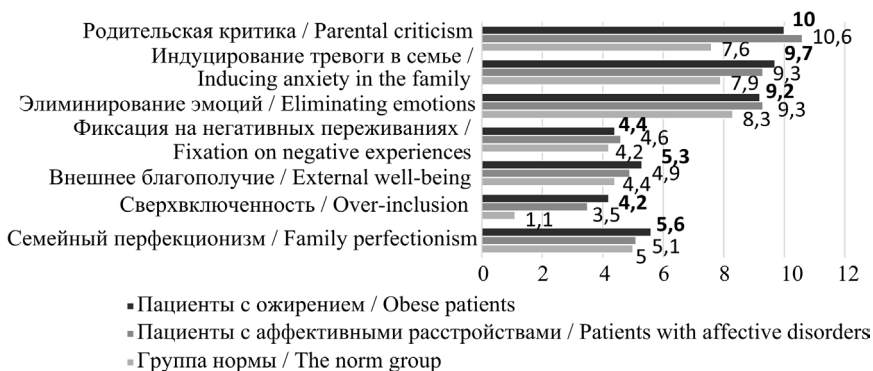


Рис 2. Сравнение средних значений отдельных шкал опросника семейных эмоциональных коммуникаций группы нормы (по данным авторов опросника) и группы пациентов с аффективными расстройствами (данные авторов опросника) с группой пациентов с ожирением (n = 38)

Fig. 2. Comparison of the average values of individual scales of the Family Emotional Communication Questionnaire between the group of mental normals (according to the authors of the questionnaire), the group of patients with affective disorders (according to the authors of the questionnaire), and the group of patients with obesity (n = 38)

Согласно данным, представленным на рис. 2, выраженность различных коммуникативных дисфункций в семьях пациентов с ожирением по всем шкалам значительно превышает баллы лиц из группы психической нормы и либо приближены, либо превышают баллы респондентов из группы пациентов с аффективными расстройствами. В группе респондентов с лишним весом наиболее выражены следующие семейные дисфункции:

семейный перфекционизм, сверхвключенность родителей, стремление к поддержанию внешнего благополучия и индуцирование тревоги (значения по этим параметрам превышают аналогичные, как в группе нормы, так и в группе пациентов с аффективными расстройствами).

Обратившись к содержательной интерпретации шкал опросника, можно выделить следующие характерные переживания респондентов в период жизни в родительской семье:

давление завышенных ожиданий со стороны родителей, а именно требование эмоциональной сдержанности и высоких достижений для получения одобрения; отсутствие возможности самостоятельно решать возникающие проблемы, нарушение границ; требование поддержания внешнего благополучного фасада семьи, отсутствие права на получение поддержки со стороны в трудных ситуациях; высокий уровень тревоги внутри семьи — частые разговоры как о реальных, так и о потенциальных жизненных сложностях; игнорирование как отрицательных (возможность поделиться переживаниями/проблемами), так и положительных (выражение поддержки, любви, одобрения) чувств.

То есть, с одной стороны, респонденты чувствовали давление и повышенное напряжение (высокие требования и нагнетание тревоги), а с другой стороны, они не имели возможности получить поддержку ни внутри семьи (запрет на выражение чувств), ни за ее пределами (поддержание благополучного фасада).

На рис. 3 представлено распределение респондентов по уровню выраженности депрессивной симптоматики.

Как видно на рис. 3, у 45% респондентов (17 чел.) по результатам заполнения шкалы депрессии А. Бека отмечается депрессивная симптоматика. Выраженная депрессивная симптоматика среднего или высокого уровня отмечена только у четверти респондентов (9 чел.).

В табл. 1 приведено распределение выраженности депрессивной симптоматики в зависимости от пола и возраста респондентов. На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: женщины показывают значимо более высокий уровень депрессивной симптоматики по сравнению с мужчинами; группой повышенного риска с симптомами депрессии высокой тяжести являются женщины молодого возраста.

Данные на рис. 4 говорят о наличии проблем с идентификацией и описанием собственных чувств у подавляющего большинства респондентов. Такие показатели вполне соотносятся с гипотезой о неспособности респондентов в полной мере осознавать свои чувства и об использо-



Рис 3. Распределение респондентов по уровню выраженности депрессивной симптоматики (n = 38)

Fig. 3. Distribution of respondents by the severity of depressive symptoms (n = 38)

Таблица 1 / Table 1

Распределение выраженности депрессивной симптоматики у респондентов по полу и возрасту (n = 38)
Distribution of depressive symptoms by gender and age (n = 38)

Депрессивная симптоматика / Depressive symptoms	Женщины / Women (46%, 13 чел. / people)		Мужчины / Men (29%, 4 чел. / people)	
	Молодой возраст / Young age (50%, 9 чел.)	Средний возраст / Average age (67%, 4 чел.)	Молодой возраст / Young age (33%, 4 чел.)	Средний возраст / average age
Легкий уровень / light degree (21%, 8 чел.)	11% (2 чел. / people)	50% (3 чел. / people)	25% (3 чел. / people)	0
Средний и высокий уровни / medium and high degree (24%, 9 чел.)	39% (7 чел. / people)	17% (1 чел. / people)	8% (1 чел. / people)	0

вании еды как способе эмоциональной саморегуляции (эмоциогенный тип нарушений пищевого поведения).

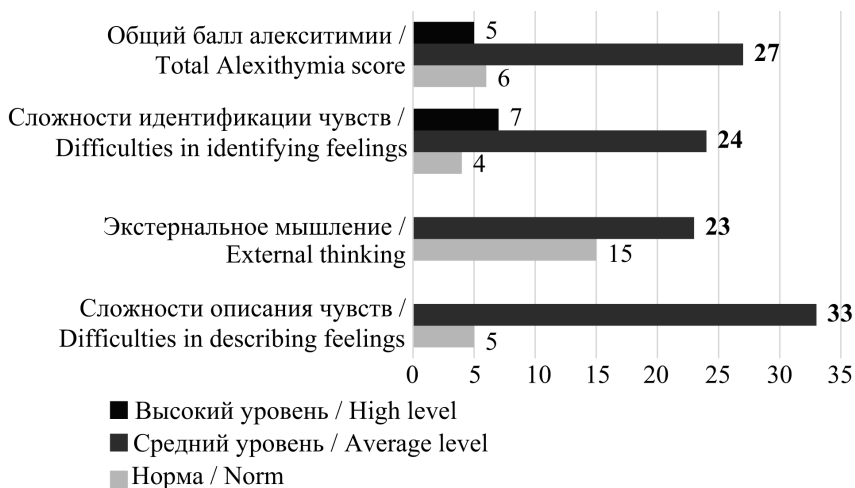


Рис 4. Выраженность алекситимии у взрослых респондентов с лишним весом (n = 38) по результатам заполнения опросника «Торонтская алекситимическая шкала»

Fig. 4. The severity of alexithymia in overweight adult respondents (n = 38) based on the results of the Toronto Alexithymia Scale questionnaire

Результаты корреляционного анализа

В табл. 2 представлены результаты корреляционного анализа.

Полученные данные говорят о наличии ряда значимых положительных связей средней силы между эмоциогенным и экстернальным типами пищевого поведения, уровнем дисфункций в семейных эмоциональных коммуникациях и уровнем выраженности алекситимии. То есть высокий уровень коммуникативных дисфункций в родительской семье и выраженная алекситимия способствуют развитию эмоциогенного и экстернального пищевого поведения.

Важно подчеркнуть наличие положительной связи между развитием эмоциогенного и экстернального типов пищевого поведения со сверхвключенностью родителей в воспитание детей, т. е. с повышенным контролем за их поведением вплоть до нарушения границ. Еще одна общая положительная корреляция выявлена между эмоциогенным и экстернальным типами пищевого поведения и шкалой «Трудности идентификации чувств».

Таблица 2 / Table 2

**Корреляционные связи между показателями выраженности
эмоционного и экстернального пищевого поведения с показателями
отдельных шкал опросника «Семейные эмоциональные коммуникации»
и «Торонтской шкалы алекситимии», а также с общим баллом шкалы
депрессии А. Бека (n = 38)**

**The results of the correlation analysis between the emotional and external types
of eating behavior, the Family Emotional Communication Questionnaire,
the Toronto Alexithymia Scale, and the Beck Depression Inventory (n = 38)**

Шкалы опросников / Тип пищевого поведения / Scales of questionnaires / Type of eating behavior	Эмоционное ПП / Emotional eating	Экстернальное ПП / Externality eating
Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» / Family Emotional Communication Questionnaire	0,504*	0,335*
Родительская критика / Parental criticism	0,44*	0,189
Индукция тревоги в семье / Inducting anxiety in the family	0,352*	0,274
Элиминирование эмоций / Eliminating emotions	0,142	0,25
Фиксация на негативных переживаниях / Fixation on negative experiences	0,433*	0,252
Стремление к внешнему благополучию / External well-being	0,306	−0,009
Сверхвключенность / Over-inclusion	0,517*	0,576*
Семейный перфекционизм / Family perfectionism	0,305	0,14
Торонтская алекситимическая шкала / Toronto Alexithymia Scale	0,433*	0,408*
Трудности идентификации чувств / Difficulties in identify- ing feelings	0,426*	0,371*
Экстернальное мышление / External thinking	0,254	0,272
Трудности описания чувств / Difficulties in describing feel- ings	0,243	0,266
Опросник депрессии А. Бека / Beck Depression Inventory	0,413*	0,050*

Примечание: «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя).

Note: «*» — correlation is significant at the 0,05 level (two-sided).

Наибольшее количество корреляций отмечается между показателями отдельных семейных дисфункций с уровнем эмоциогенного пищевого поведения. Зафиксирована значимая положительная связь средней силы с такими шкалами, как родительская критика, индуцирование тревоги в семье и фиксация на негативных переживаниях.

Обобщая полученные результаты, можно говорить: о наличии устойчивой связи между высоким уровнем эмоциональных дисфункций в родительской семье и развитием у человека эмоциогенного пищевого поведения; более слабой связи между дисфункциями семейных эмоциональных коммуникаций и развитием экстернального пищевого поведения; положительной связи между экстернальным и эмоциогенным типами пищевого поведения и выраженностью алекситимии, в особенности такого ее проявления, как трудности идентификации собственных чувств.

Данные регрессионного анализа

В табл. 3 представлены данные регрессионного анализа для зависимой переменной «Эмоциогенное пищевое поведение» ($n = 38$) и независимых переменных (Шкала депрессивной симптоматики А. Бека, Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации», «Торронтская алекситимическая шкала»).

Таблица 3 / Table 3

Регрессионный анализ для зависимой переменной «Эмоциогенное пищевое поведение» ($n=38$) и независимых переменных — показателей Шкалы депрессивной симптоматики А. Бека, опросника «Семейные эмоциональные коммуникации», «Торронтской шкалы алекситимии»)
Regression analysis for the dependent variable «Emotionogenic Eating Behavior» ($n = 38$) (Beck Depression Inventory, Family Emotional Communication Questionnaire, Toronto Alexithymia Scale)

Показатели	Бера / b	T	P
Депрессия / Depression	0,47*	2,65	0,01
Родительская критика / Parental criticism	0,35	1,69	0,10
Индуцирование тревоги в семье / Inducting anxiety in the family	−0,37	−1,68	0,10
Элиминирование эмоций / Eliminating emotions	−0,35	−1,86	0,07
Фиксация на негативных переживаниях / Fixation on negative experiences	0,43*	2,34	0,02

Показатели	Бета / b	T	P
Стремление к внешнему благополучию / External well-being	−0,02	−0,14	0,88
Сверхвключенность / Over-inclusion	0,60*	3,51	0,00
Трудности идентификации чувств / Difficulties in identifying feelings	−0,06	−0,39	0,69
Экстернальное мышление / External thinking	0,30	1,96	0,06
Трудности описания чувств / Difficulties in describing feelings	−0,00	−0,01	0,98

Примечание: Бета — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; P — уровень значимости; «*» — подтверждено наличие значимой связи на уровне 0,05.

Note: b — is the standardized regression coefficient; t — is the Student's t-test; P — is the significance level; «*» — indicates a significant relationship at the 0,05 level.

В результате регрессионного анализа были обнаружены значимые факторы риска ($p = 0,05$) эмоциогенного пищевого поведения. Среди этих факторов — высокий уровень депрессии у респондентов, склонность к фиксации на негативных переживаниях в родительской семье и сверхвключенность родителей в период их взросления.

Данная модель объясняет 81% дисперсии зависимой переменной «Эмоциогенное пищевое поведение» (R -квадрат = 0,819, $F = 4,6$) и обладает высокой объяснительной способностью (табл. 4).

Таблица 4 / Table 4

Регрессионный анализ для зависимой переменной «Экстернальное пищевое поведение» ($n=38$) и независимых переменных — показателей Шкалы депрессивной симптоматики А. Бека», опросника «Семейные эмоциональные коммуникации», «Торронтской шкалы алекситимии») Regression analysis for the dependent variable «Externality Eating Behavior» ($n = 38$) (Beck Depression Inventory, Family Emotional Communication Questionnaire, Toronto Alexithymia Scale)

Показатель	Бета / b	T	P
Депрессия / Depression	−0,14	−0,68	0,50
Родительская критика / Parental criticism	−0,01	−0,05	0,95
Индуктирование тревоги в семье / Inducting anxiety in the family	−0,47	−1,85	0,07
Элиминирование эмоций/ Eliminating emotions	0,11	0,52	0,60

Показатель	Бета / b	T	P
Фиксация на негативных переживаниях / Fixation on negative experiences	0,35	1,65	0,10
Стремление к внешнему благополучию / External well-being	−0,30	−1,31	0,19
Сверхвключенность / Over-inclusion	0,79*	4,01	0,00
Трудности идентификации чувств / Difficulties in identifying feelings	0,00	0,03	0,97
Экстернальное мышление / External thinking	0,04	0,22	0,82
Трудности описания чувств / Difficulties in describing feelings	0,05	0,24	0,80

Примечание: Бета — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; «*» — уровень значимости 0,05.

Note: b — is the standardized regression coefficient; t — is the Student's t-test; P — is the significance level; «*» — indicates a significant relationship at the 0,05 level.

В результате регрессионного анализа был обнаружен значимый фактор риска ($p = 0,05$) развития экстернального пищевого поведения — сверхвключенность родителей. Данная модель объясняет 74% дисперсии зависимой переменной (R -квадрат = 0,747, $F = 2,8$), обладает сильной объяснительной способностью. Результаты говорят о том, что гиперопека со стороны родителя — стремление контролировать и решать все проблемы за ребенка — приводит к развитию экстернального пищевого поведения, при котором человек ориентируется не на собственное чувство голода, а на окружающую обстановку и социальные нормы.

Обсуждение результатов

Полученные результаты вполне соотносятся с имеющимися данными и говорят о высокой распространенности депрессии у пациентов с ожирением (депрессивная симптоматика выявляется у 45% респондентов). При этом, как и в больших исследованиях, женщины показывают большую уязвимость к развитию депрессии по сравнению с мужчинами (50% и 30% соответственно).

Результаты исследования семейных эмоциональных коммуникаций в родительских семьях респондентов говорят о высоком уровне коммуникативных дисфункций. Баллы по таким шкалам, как сверхвключенность родителей в жизнь ребенка (стремление контролировать и не да-

вать самостоятельно принимать решения), семейный перфекционизм (стремление к совершенству, сдержанность в чувствах), стремление к внешнему благополучию (поддержание благополучного фасада, несмотря на проблемы, отсутствие права на просьбу о помощи) и индуцирование тревоги (высокий уровень тревоги родителей, проецируемый, в том числе, на ребенка) в группе пациентов с лишним весом превышают показатели, полученные при исследовании пациентов с установленными диагнозами аффективных расстройств. То есть в детстве респонденты подвергались эмоциональному давлению — родители тревожились за них и открыто говорили об этой тревоге, в то же время возможности проживать тревогу, выражать свои чувства, получать поддержку и осваивать навыки здоровой эмоциональной саморегуляции у них не было.

Наличие проблем с осознанием собственных чувств подтверждается результатами заполнения «Торонтской алекситимической шкалы» (ТАС—20): 33 из 38 респондентов отмечают сложности с идентификацией собственных чувств, и только 6 респондентов по результатам опросника отнесены к группе нормы.

Результаты исследования пищевого поведения говорят о высокой распространенности у респондентов эмоциогенного и экстерального типов пищевого поведения. То есть респонденты признают, что причиной употребления пищи становится не физическое чувство голода, а дискомфортное эмоциональное состояние или окружающая обстановка и желание получить удовольствие от еды.

Корреляционный анализ подтверждает наличие положительной связи между эмоциогенным и экстеральным типами пищевого поведения и уровнем дисфункций в семейных эмоциональных коммуникациях и алекситимией. Наиболее влиятельными шкалами опросников являются «Сверхвключенность родителей» (СЭК) и «Трудности в идентификации собственных чувств» (ТАС—20). Эти данные подтверждаются и множественным регрессионным анализом. Как корреляционный, так и регрессионный виды анализа подтверждают наличие положительной связи между депрессией и эмоциогенным типом пищевого поведения.

Таким образом, основываясь на результатах исследования, можно предполагать, что высокий уровень коммуникативных дисфункций в родительской семье, симптомы алекситимии и депрессии способствуют развитию эмоциогенного типа пищевого поведения и, как следствие, набору лишнего веса у респондентов. С большой вероятностью эмоциогенные приемы пищи выступают в роли компенсаторной стратегии — доступного способа эмоциональной саморегуляции.

Выводы

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Регрессионный анализ показал высокий уровень влияния коммуникативных дисфункций в родительской семье в сочетании с симптомами депрессии в текущий момент жизни на выраженность эмоциогенного типа пищевого поведения, что дает основание для выдвижения гипотезы об эмоциогенном типе пищевого поведения как деструктивной стратегии снижения уровня стресса у пациентов с ожирением. На экстернальный тип нарушений пищевого поведения значимое влияние, по данным регрессионного анализа, оказывают только коммуникативные дисфункции в родительской семье, а именно сверхключенность родителей и индуцирование ими негативных чувств у ребенка.

2. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости психологической работы по развитию эмоциональной саморегуляции и фрустрационной толерантности при лечении ожирения. Особо следует подчеркнуть важность психообразовательной работы с родителями детей и подростков с целью профилактики риска возникновения нарушений пищевого поведения и связанного с последним ожирения. Необходимо продолжение исследования и расширение выборки.

Ограничения. Основным ограничением исследования является небольшой объем выборки.

Limitations. Possible issues in generalization of results, e. g., sample size, limited access to data.

Список источников / References

1. *Здравоохранение в России. 2023: Стат.сб./Rosstat.* М., 2023. URL: <http://ssl.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooхран-2023.pdf> (дата обращения 10.09.2025).
Healthcare in Russia. 2023: Statistical Bulletin/Rosstat. Moscow, 2023. — URL: <http://ssl.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooхран-2023.pdf> (viewed: 10.09.2024 on 10.09.2025) (In Russ.).
2. Мартинчик, А.Н., Батулин, А.К., Никитюк, Д.Б., Тутельян, В.А. (2024). Ожирение в Российской Федерации: эпидемиология, социально-демографические и нутрициологические факторы развития. *Гигиена и санитария*, 103(12), 1504—1513. <https://doi.org/10.47470/0016-9900-2024-103-12-1504-1513>

- Martinchik, A.N., Baturin, A.K., Nikityuk, D.B., Tutelyan, V.A. (2024). Obesity in the Russian Federation: Epidemiology, Socio-Demographic and Nutricological Factors of Development. *103*(12), 1504—1513. <https://doi.org/10.47470/0016-9900-2024-103-12-1504-1513> (In Russ.).
3. *Клинические рекомендации. Ожирение. ID 28_3.* (2024). Министерство здравоохранения Российской Федерации.
Clinical guidelines. Obesity. ID 28_3. (2024). Ministry of Health of the Russian Federation. (In Russ.).
 4. Суханова, А.В., Холмогорова, А.Б. (2022). Семейный контекст нарушений пищевого поведения у подростков: популяционное исследование родителей и обоснование задач психопрофилактики и психотерапии. *Современная терапия психических расстройств*, 1, 56—67. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.60.1.006>
Sukhanova, A.V., Kholmogorova, A.B. (2022). The family context of eating disorders in adolescents: a population study of parents and the rationale for the tasks of psychoprophylaxis and psychotherapy. *Modern therapy of mental disorders*, 1, 56—67. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.60.1.006> (In Russ.).
 5. Флитман, Е.Д., Якубова, Л.Н., Холмогорова, А.Б., Васюкова, О.В. (2024). Ожирение и депрессия у детей и подростков: проблема коморбидности и профилактики. *Консультативная психология и психотерапия*, 32(3), 8—27. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320301>
Flitman, E.D., Yakubova, L.N., Kholmogorova, A.B., Vasyukova, O.V. (2024). Obesity and Depression in Children and Adolescents: The Problem of Comorbidity and Prevention. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 32(3), 8—27. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320301> (In Russ.).
 6. Флитман, Е.Д., Якубова, Л.Н., Холмогорова, А.Б., Васюкова, О.В. (2024). Распространенность депрессивной симптоматики у взрослых пациентов с ожирением. Сборник тезисов II Международного конгресса «Ожирение. Осознанная перезагрузка». <https://doi.org/10.14341/ozhirenie-conf-2024-oct10-12-2024-12>
Flitman, E.D., Yakubova, L.N., Kholmogorova, A.B., Vasyukova, O.V. (2024). Prevalence of depressive symptoms in adult patients with obesity. *Collection of abstracts of the II International Congress "Obesity. Conscious Reset"*. <https://doi.org/10.14341/ozhirenie-conf-2024-oct10-12-2024-12> (In Russ.).
 7. Холмогорова, А.Б., Гаранян, Н.Г. (1988). Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии. *Социальная и клиническая психиатрия*, 1, 94—102.
Kholmogorova, A.B., Garanyan, N.G. (1988). A multifactorial model of depressive, anxiety, and somatoform disorders as the basis for their integrative psychotherapy. *Social and Clinical Psychiatry*, 1, 94—102. (In Russ.).
 8. Холмогорова, А.Б. *Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра*. М.: Медпрактика-М, 2011.

- Kholmogorova, A.B. *Integrative Psychotherapy of Affective Spectrum Disorders*. Moscow: Medpraktika-M (in rus), 2011. (In Russ.).
9. Холмогорова, А.Б., Воликова, С.В., Сорокова, М.Г. (2016). Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации». *Консультативная психология и психотерапия*, 24(2), 97—125. <https://doi.org/10.17759/cpp20162404005>
 - Kholmogorova, A.B., Volikova, S.V., Sorokova, M.G. (2016). Standardization of the Family Emotional Communications Questionnaire. *Consulting Psychology and Psychotherapy*, 24(2), 97—125. <https://doi.org/10.17759/cpp20162404005> (In Russ.).
 10. Casagrande, M., Boncompagni, I., Forte, G., Guarino, A., Favieri, F. (2020) Emotion and overeating behavior: effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eat Weight Disord*, 25(5), 1333—1345. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>
 11. Frank, P., Batty, G.D., Pentti, J., Jokela, M., Poole, L., Ervasti, J., et al (2023) Association Between Depression and Physical Conditions Requiring Hospitalization. *JAMA Psychiatry*, 80(7), 690—699. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0777>
 12. Friedman, M., Chang, R., Amin, Z.M., Rajan, T., Singh, R., Yousefzai, S., Shahid, I., Nasir, K., Javed, Z. (2025). Understanding the bidirectional association between obesity and risk of psychological distress and depression in young adults in the US: available evidence, knowledge gaps, and future directions. *Front Psychiatry*, article in press, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1422877>
 13. Marquez, B., Lebensohn-Chialvo, F., Al-Rousan, T. (2024). Understanding family functioning in mothers and daughters with obesity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), e2348894. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2348894>
 14. Mohd-Sidik, S., Lekhraj, R., Foo, C.N. (2021). Prevalence, Associated Factors and Psychological Determinants of Obesity among Adults in Selangor, Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), article 686. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030868>
 15. Rice, A., Lavender, J.M., Shank, L.M., Higgins, M.K., Markos, B., Repke, H., Haynes, H., Gallagher-Teske, J., Schvey, N.A., Sbrocco, T., Wilfley, D.E., et al. (2022). Associations among alexithymia, disordered eating, and depressive symptoms in treatment-seeking adolescent military dependents at risk for adult binge-eating disorder and obesity. *Eat Weight Disorders*, 27(8), 3083—3093. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01429-z>
 16. Steptoe, A., Frank, P. (2023). Obesity and psychological distress. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 378, e20220225. <https://doi.org/10.1098/rstb.2022.0225>
 17. Tan, E.J., Raut, T., Le, L.K., Hay, P., Ananthapavan, J., Lee, Y.Y., Mihalopoulos, C. (2023). The association between eating disorders and mental health: an umbrella review. *Journal of eating disorders*, 11(1), article 51. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00725-4>

Флитман Е.Д., Холмогорова А.Б.,
Васюкова О.В., Якубова Л.Н. (2025)
Коммуникативные дисфункции...
Консультативная психология и психотерапия,
33(4), 135—154.

Flitman E.D., Kholmogorova A.B.,
Vasyukova O.V., Yakubova L.N. (2025)
Communication dysfunctions in the parental...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
33(4), 135—154.

Информация об авторах

Флитман Екатерина Дмитриевна, медицинский психолог Центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения, Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2732-3472>, e-mail: Flitman.Ekaterina@endocrincentr.ru

Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет* (ФГБОУ ВО МГППУ), ведущий научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

Васюкова Ольга Владимировна, кандидат медицинских наук, руководитель Центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения, ведущий научный сотрудник, доцент кафедры детской эндокринологии-диабетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России), Москва, Российская Федерация ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9299-1053>, e-mail: o.vasyukova@mail.ru

Якубова Лилия Наимовна, медицинский психолог, Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0765-9712>, e-mail: Lili.yakubova@gmail.com

Information about the authors

Ekaterina D. Flitman, clinical psychologist, Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2732-3472>, e-mail: Flitman.Ekaterina@endocrincentr.ru

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher of the Department of Acute Poisoning and Somatopsychiatric Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Olga V. Vasyukova, Candidate of Medical Sciences, Head of the Center for Treatment and Prevention of Metabolic Diseases and Obesity of the Endocrinology Research Centre, Leading Researcher, Associate Professor of the Department of Pediatric Endocrinology-Diabetology of the Institute of Pediatric Endocrinology and Diabetology of the Endocrinology Research Centre, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9299-1053>, e-mail: o.vasyukova@mail.ru

Liliya N. Yakubova, clinical psychologist, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: Lili.yakubova@gmail.com

Вклад авторов

Флитман Е.Д. — проведение исследования; написание и оформление рукописи; статистическая обработка, визуализация и представление материалов исследования.

Холмогорова А.Б. — разработка методического комплекса и дизайна исследования; редактирование текста и участие в интерпретации результатов.

Васюкова О.В. — помощь в организации и проведении исследования, описание антропометрических данных.

Якубова Л.Н. — участие в обработке материалов и написании введения.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Flitman E.D. — conducting the research; writing and formatting the manuscript; statistical processing, visualization, and presentation of the research materials.

Kholmogorova A.B. — developing the methodological framework and research design; editing the text.

Vasyukova O.V. — assisting in the organization and conduct of the research, and describing the anthropometric data.

Yakubova L.N. — participating in the processing of the materials and writing the introduction.

All authors participated in the discussion of the results and agreed on the final manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Протокол исследования одобрен 13.03.2024 г. локальным этическим комитетом при ГНЦ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России (выписка из протокола № 5 от 13.03.2024 г.).

Ethics statement

The study protocol was approved on 03/13/2024 by the local Ethics Committee at the Endocrinology Research Centre (extract from Protocol No. 5 dated 03/13/2024)

Поступила в редакцию 16.10.2025

Received 2025.10.16

Поступила после рецензирования 25.11.2025

Revised 2025.11.25

Принята к публикации 26.11.2025

Accepted 2025.11.26

Научная статья | Original paper

Редукционизм поневоле: как неявные метафизические установки влияют на практику психиатра

Д.Ю. Коломышев ✉

Омский государственный медицинский университет,
Омск, Российская Федерация

✉ d.kolomytsev@icloud.com

Резюме

Контекст и актуальность. Современная психиатрия пребывает в состоянии устойчивого концептуального кризиса, связанного с «трудной проблемой сознания». Этот кризис проявляется в клинической практике как прогрессирующий упадок феноменологического анализа и доминирование нерефлексируемого редукционизма, маскируемого под прагматизм и клинический консенсус. **Цель:** осуществить попытку предварительного картирования спектра мировоззренческих позиций практикующих психиатров относительно ключевых философских проблем психиатрии и разработать методологический подход для их последующего изучения. **Методы.** Проведено поперечное анонимное онлайн-анкетирование 120 практикующих психиатров с использованием оригинального опросника, выявляющего декларируемые и неявные мировоззренческие установки у врачей. Применялись методы дескриптивной статистики, иерархический кластерный анализ и анализ взаимосвязей для выявления латентных структур. **Результаты.** Исследование выявило внутреннюю противоречивость и эклектичность мировоззренческих позиций. При доминировании позиций биологического редукционизма (69,1%) у значительной части респондентов выявлена противоречивость установок, в частности широко распространенный неявный функционализм и несовместимые с физикализмом взгляды (40% от общей выборки). Исследование также демонстрирует слабость связи между философскими взглядами и клиническими установками. Обсуждается, что клинические позиции у респондентов определяются не философской рефлексией и строгими методологическими принципами, а скорее давлением системы здравоохранения, образовательных стандартов и прагматическим упрощенным выбором.

Ключевые слова: редукционизм, мировоззрение психиатра, концептуальный кризис, метафизические установки, клинические установки

Благодарности. Автор благодарит за помощь в сборе данных для исследования А.В. Леонову, А.А. Кибитова, А.А. Шмиловича.

Дополнительные данные. Наборы данных можно запросить у автора (Д.Ю. Коломыцев).

Для цитирования: Коломыцев, Д.Ю. (2025). Редукционизм поневоле: как неявные метафизические установки влияют на практику психиатра. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(4), 155—175. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330408>

Reductionism by default: how implicit metaphysical assumptions influence psychiatric practice

D.Yu. Kolomytsev ✉

Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation

✉ d.kolomytsev@icloud.com

Abstract

Context and relevance. Modern psychiatry exists in permanent conceptual crisis rooted in the “hard problem of consciousness”. This crisis manifests clinically through a progressive decline in phenomenological analysis and the dominance of unreflected reductionism, often masked by pragmatism and clinical consensus. **Purpose:** To conduct preliminary mapping of worldview positions among practicing psychiatrists regarding key philosophical issues in psychiatry and to develop a methodological framework for their further study. **Methods:** A cross-sectional anonymous online survey of 120 practicing psychiatrists (including residents and early-career specialists) was conducted using an original questionnaire designed to identify both explicit and implicit attitudes. Analysis included descriptive statistics, hierarchical cluster analysis (Ward’s method), and link analysis using Pearson’s χ^2 with Bonferroni correction. **Results:** The study revealed internal contradictions and eclecticism in worldview positions. While biological reductionist positions dominated (69.1%), a significant proportion of respondents demonstrated contradictory attitudes, particularly widespread implicit functionalism and views incompatible with physicalism (40% of total sample). The research also shows a weak link between philosophical views and clinical attitudes, indicating that clinical decisions are determined not by philosophical reflection but rather by systemic constraints, educational standards, and pragmatic simplified choices. **Conclusions:** The documented dominance of unreflected reductionism reflects psychiatry’s systemic crisis and necessitates intentional integration of philosophical reflection into psychiatric education and clinical practice.

Keywords: reductionism, psychiatrist's worldview, conceptual crisis, metaphysical assumptions, clinical attitudes

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance in data collection A.V. Leonova, A.A. Kibitov, A.A. Shmilovich.

Supplemental data. Datasets can be requested from the author (Kolomytsev D.Yu.)

For citation: Kolomytsev, D.Yu. (2025). Reductionism by default: how implicit metaphysical assumptions influence psychiatric practice. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(4), 155—175. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330408>

Введение

Современная психиатрия пребывает в состоянии устойчивого концептуального кризиса, источник которого заключается в фундаментальном вопросе о соотношении объективного и субъективного, мозга и сознания. Накопление данных в нейронауках на протяжении последних десятилетий не только не разрешило этот кризис, но и углубило его, обнажив классический «разрыв в объяснении» (explanatory gap) (Levine, 1983). Примечательно, что психиатрия как практическая дисциплина не видит в этом предмета для собственной рефлексии, перекладывая ответственность за решение концептуальных проблем на нейронауки и питая иллюзорные надежды на скорое появление унифицирующей биологической теории (Kendler, 2025; Коломыцев, 2025).

Эти надежды представляются несостоятельными, поскольку сами нейронауки не имеют единого решения «трудной проблемы сознания» и характеризуются значительным философским разнообразием — от панпсихизма до элиминативизма (Pinto, Stein, 2021; Kirkeby-Hinrup, 2024). На клиническом уровне концептуальная пустота проявляется в прогрессирующем упадке феноменологического анализа, его замене операционализированными поведенческими критериями, доминировании прагматичных, но философски бедных диагностических классификаций (DSM, МКБ) и активном продвижении исследовательских программ, открыто отрицающих онтологический и эпистемологический статус субъективного опыта, как это происходит в рамках проекта RDoC (Research Domain Criteria) (Холмогорова, 2014).

Исторически попытки осмысления соотношения мозга и сознания в психиатрии не сводились лишь к биологическому редукционизму. Классики психиатрии, такие как Карл Ясперс, видели основу этой дисципли-

ны в понимании субъективного мира пациента через феноменологический анализ, противопоставляя его каузальному объяснению (Ясперс, 1997). Людвиг Бинсвангер и Эжен Минковски, развивая экзистенциально-феноменологическое направление, прямо утверждали, что психиатрия без философской антропологии и онтологии слепа к своему объекту — человеческому бытию (Binswanger, 1963, Minkowski, 1987). Однако современный поворот в сторону операционализируемых критериев и нейробиологических коррелятов привел к тому, что сложность субъективного опыта была заменена верой в то, что открытие неких мозговых процессов является исчерпывающим ответом на вопросы о природе психического расстройства. Таким образом, современный концептуальный кризис также представляет собой кризис забвения собственной философской традиции (Fulford, Stanghellini, Broome, 2004).

Психиатр в своей клинической практике занимает часто нерефлексируемую, хотя и определенную, мировоззренческую позицию (Kendler, 2005). Это формирует парадокс: фундаментальные вопросы о природе психических расстройств и психики вообще переключаются на нейронауки, в то время как на уровне неявных предпосылок происходит стихийное принятие жестких редукционистских установок (при том, что далеко не все нейробиологические теории носят редукционистский характер). K.S. Kendler (2025), анализируя «метафорические разговоры о мозге в психиатрии», называет их «долговыми расписками», которые позволяют в настоящем избегать рефлексии над природой психического в надежде, что однажды мы сможем объяснить мозговую основу психических расстройств. Данная неосознаваемая метафизика превращается в подразумеваемую догму. Она оказывает определяющее влияние на исследовательские программы и на клиническое мышление, порождая иллюзию непогрешимости используемых методов и ложную уверенность в концептуальной непротиворечивости своих позиций. Таким образом, психиатрия изолируется от необходимости явно обозначить и обосновать свою философскую позицию, маскируя ее под прагматизм и клинический консенсус (Коломыцев, 2025). Вышесказанное не отрицает достижений в области лечения психических расстройств и необходимость прагматического подхода в решении реальных клинических задач, однако успехи нейробиологии и прикладной характер дисциплины не могут быть основанием для игнорирования сложности и уникальности психики и служить поводом для отказа от размышлений о собственных научных основах.

Влияние метафизической позиции обнаруживается за пределами стандартных процедур, а именно в смысловых аспектах практики: в том,

как психиатр подходит к диагностике (что считает приоритетом — субъективный опыт, поведение или инструментальные данные), выбирает терапию (отдает предпочтение фармакотерапии или психотерапии), интерпретирует классификации и выстраивает отношения с пациентом. Несмотря на повсеместную декларацию биопсихосоциальной модели и вообще плюрализма, в реальной клинической практике доминируют установки, унаследованные от вульгарного материализма и функционализма, что приводит к хорошо известному феномену «смерти феноменологии» и методологическому обеднению (Andreasen, 2007; Stein, 2024; Холмогорова, Рычкова, 2017).

В настоящее время практически полностью отсутствуют эмпирические исследования, направленные на выявление и анализ этих неявных и, по всей видимости, противоречивых мировоззренческих установок у практикующих врачей. Существует тотальный разрыв между абстрактными философскими дискуссиями о природе сознания и смысловым содержанием реальной клинической практики, которая зачастую движется нерелефлексированными догмами. Значимой задачей является эмпирическая верификация и проблематизация мировоззренческих вопросов внутри самого психиатрического сообщества.

Целью настоящего пилотного исследования являлась попытка предварительного картирования спектра мировоззренческих позиций практикующих психиатров относительно ключевых философских проблем психиатрии и разработка методологического подхода для их последующего изучения.

Материалы и методы

Дизайн исследования: поперечное анонимное онлайн-анкетирование.

Выборка и процедура. В исследовании приняли участие 120 молодых практикующих психиатров (включая ординаторов и врачей со стажем до 5 лет). Выборка была сформирована целенаправленно из числа членов профессиональных сообществ (Совет молодых ученых Российского общества психиатров), ординаторов и выпускников кафедр психиатрии различных регионов России. Исследование проводилось в период с февраля по март 2025 года.

Методика. Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, концептуальной основой которого послужил анализ современных философских дискуссий о природе сознания и их им-

пликаций для психиатрической практики. Методологический замысел опросника предполагал выявление как декларируемых, так и неявных мировоззренческих позиций через систему дилемм и прямых вопросов.

Структура опросника включала два взаимодополняющих блока.

1. *Блок выявления философских установок*, содержал:

— дилеммы по типу опросника Хьелла—Зиглера (Хьелл, Зиглер, 1998);

— прямые вопросы о природе сознания с вариантами ответов, охватывающими спектр философских позиций;

— вопросы, опосредованно выявляющие неявные установки относительно природы сознания через отношение к нейронаукам и возможностям ИИ (искусственного интеллекта).

2. *Блок клинических установок*, включал вопросы о смысловых аспектах практики:

— диагностических приоритетах;

— отношении к диагностическим системам;

— терапевтических предпочтениях;

— значимости терапевтических отношений (неявные установки относительно значимости психологических методов помощи);

— оценке модели психиатрической помощи.

Процедура проведения. Опросник распространялся в электронном виде. Гарантировались анонимность и конфиденциальность данных.

Методы анализа данных. Первичная обработка данных включала методы дескриптивной статистики. Для выявления латентных структур применялся иерархический кластерный анализ (метод Уорда, квадратичное евклидово расстояние) на смешанном наборе переменных, что, учитывая разнородность шкал, является ограничением метода и может влиять на стабильность и интерпретацию выявленных кластеров. Полученные кластеры следует рассматривать как эвристические, а не как строгую типологию, что, однако, соответствует разведочным целям данного исследования. Для анализа связей использовались таблицы сопряженности (критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2) с поправкой Бонферрони). Статистический анализ выполнялся в IBM SPSS Statistics 23.

Важно подчеркнуть методологическую специфику данного исследования. Разработанный опросник не был предназначен для измерения единого латентного конструкта, в связи с чем стандартные критерии внутренней согласованности (такие как α -критерий Кронбаха) к нему неприменимы. Опросник выступал инструментом для многомерного картирования разнородных и потенциально противоречивых установок. В связи с

этим применение методов кластерного анализа преследовало цель выявления эмпирически существующих группировок респондентов на основе сходства их ответов по широкому спектру вопросов. Условные названия кластеров («Рефлексирующие физикалисты» и т. д.) были присвоены *post hoc* на основе интерпретации наиболее ярких черт различий между выявленными группами и были сформулированы для удобства читателя, а не являются результатом валидизированной типологии.

Результаты

Проведенное исследование выявило характеристики молодого российского психиатра как специалиста, находящегося в состоянии методологического напряжения. С одной стороны, наблюдается выраженная ориентация на «широту взглядов» — 84 респондента (70% от выборки) считают это необходимым для понимания пациентов; с другой стороны, эта ориентация сталкивается с доминированием нерефлексируемой естественно-научной позиции, что приводит к внутренним противоречиям и формированию эклектичных и зачастую непоследовательных взглядов.

Так, на прямой вопрос о природе сознания чаще всего ($n = 51$ чел., 42,5%) респонденты выбирали ответы в духе редуктивного физикализма, отождествляя сознание с физико-химическими/квантовыми процессами в мозге. Функционалистскую редукцию сознания к информации или признание его «иллюзией» в качестве своей позиции обозначили лишь 14 респондентов (11,6%). Нередукционистские позиции (панпсихизм, дуализм, идеализм, мистерианство, ложность противопоставления материального психическому) обозначили 35 человек (29,1%). Однако декларируемая позиция при ближайшем рассмотрении оказалась нестабильной. 48 участников опроса (40%) были уверены, что феноменальное сознание может возникнуть на небиологическом субстрате (в форме сильного ИИ) в отдаленной перспективе, а 24 человека (20%) допускали, что оно уже существует у современных информационных систем, что не согласуется с теорией тождества психики и физико-химических процессов. Это свидетельствует о широком распространении неявного функционализма, который зачастую не осознается самими респондентами, сочетаясь в их картине мира с установками, близкими к теории тождества психики и нейрональных процессов.

Подобная эклектика прослеживалась и в вопросе о свободе воли. Лишь 32 респондента (26,7%) последовательно отрицали ее существо-

вание. Большинство же ($n = 72$ чел., 60%) пытались найти компромисс между научным детерминизмом и интуицией свободы, прибегая к идеалистическим аргументам об их совместимости ($n = 28$ чел., 23,3%), апеллируя к «таинственным» физическим принципам ($n = 33$ чел., 27,5%) или допуская свободу воли в «редких случаях» ($n = 11$ чел., 9,1%). В итоге 88 респондентов (73,3%) признавали реальность свободы воли, что входит в противоречие с их редукционистскими позициями, декларируемыми или неявными.

В клинических установках доминировала ориентация на объективность и биологию. За приоритетность «болезненных форм внутренних переживаний» в качестве основы диагностики психических расстройств (краеугольный камень феноменологии) высказалось лишь 15 опрошенных (12,5%). Вместо этого 72 респондента (60%) в диагностике считали верным полагаться на объективные критерии: нарушения психических способностей ($n = 30$ чел., 25%), поведенческие и речевые расстройства ($n = 25$ чел., 20,8%) или данные о мозговом функционировании ($n = 17$ чел., 14,2%). Парадоксальным образом, при таком подходе, 96 респондентов (80%) признавали важность терапевтических отношений, причем 56 (46,7%) видели в них не просто условие сотрудничества, а неотъемлемую часть лечения, влияющую на патогенез психических расстройств. Это указывает на глубокое, хотя и не всегда оформленное концептуально, принятие комплексной природы психического расстройства.

Для выявления внутренней логики в наблюдаемом разнообразии индивидуальных ответов был проведен кластерный анализ.

Кластеры философских установок. Анализ ответов на вопросы о природе человека, сознания и о свободе воли выявил три устойчивые группы.

Кластер 1 («Рефлексирующие физикалисты», $n = 35$ чел.). Респонденты демонстрировали последовательную физикалистскую позицию, но с элементами интеллектуальной рефлексии, пытаясь интегрировать интуиции, не укладывающиеся в жесткую детерминистскую картину (например, через апелляцию к квантовым процессам или признание «противоречивости мыслей о Боге»).

Кластер 2 («Противоречивые физикалисты», $n = 48$ чел.). Респонденты формально указывали на приверженность физикализму (теория тождества психики и нейрональных процессов), но их ответы обнаруживали внутренний конфликт: они статистически значимо чаще, чем другие группы, сочетали веру в Бога, идеалистические трактовки свободы воли с декларативным материализмом. Именно эта группа значимо чаще демонстрировала имплицитный функционализм, отвечая на вопрос о сознании у ИИ.

Кластер 3 («Нередукционисты», $n = 37$ чел.) объединил респондентов, занимавших нередукционистские позиции: признание неразрешимости загадки сознания, дуализм, панпсихизм.

Кластеры клинических установок. Анализ ответов, касающихся психиатрической практики, также выявил три группы.

Кластер А («Нейрооптимисты-биоцентристы», $n = 41$ чел.) характеризовался выраженной верой в нейронауки и доказательную медицину, признанием биологической природы психических расстройств в качестве ведущей. Отличительной чертой респондентов из этого кластера было лишь декларативное признание важности психотерапии и терапевтических отношений («важны партнерские отношения») при общей ориентации на биологическую модель.

Кластер Б («Нейрооптимисты-интеграторы», $n = 54$ чел.) объединял респондентов, разделяющих базовые установки кластера А, но демонстрирующих более глубокое и содержательное принятие психосоциального фактора. Они значимо чаще утверждали, что терапевтические отношения являются «неотъемлемой частью лечения, влияющей на патогенетические факторы».

Кластер В («Критики-скептики», $n = 25$ чел.) объединял респондентов с критической позицией по отношению к мейнстриму: скепсисом в отношении возможностей нейронаук, признанием неизвестности или условности природы психических расстройств, большей открытостью к феноменологическому подходу и антипсихиатрической риторике.

Статистический анализ не выявил значимых связей между принадлежностью к философскому кластеру (1—3) и клиническому кластеру (А—В), что указывает на разрыв между абстрактными философскими взглядами и клиническими установками, которые формируются под влиянием иных факторов — образовательных стандартов, практического опыта и контекста конкретного лечебного учреждения.

Поскольку значимых связей между философскими и клиническими позициями не было обнаружено, нами был проведен попарный анализ связей между всеми отраженными в опроснике компонентами мировоззренческих установок. Это позволило выявить сети статистически значимо связанных пар ответов, отражающих в некотором смысле последовательные паттерны суждений.

Паттерн «Последовательный редукционизм» (рис. 1) объединил взгляды на природу психических расстройств как исключительно биологическую, веру в возможность исчерпывающей нейробиологической теории для психиатрии, отношение к современным классификациям

как основе для работы (а не компромиссу), атеистические взгляды и приверженность физикализму и прагматизму в практике.

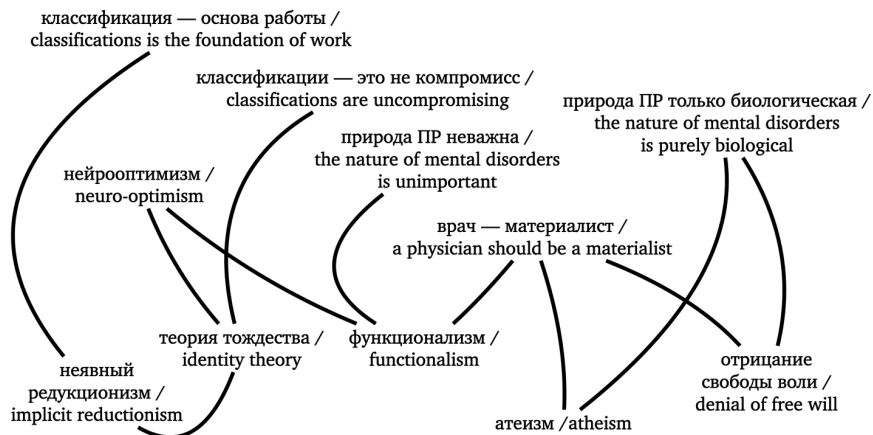


Рис. 1. Паттерн «Последовательный редукционизм»: графические связи изображены между позициями со статистически значимой связью ($p < 0,05$)

Fig. 1. Pattern «Sequential Reductionism»: Graphical connections are shown between positions with a statistically significant link ($p < 0,05$)

Паттерн «Рефлексирующий плюрализм» (рис. 2) характеризовался признанием необходимости многосторонней оценки психического состояния, нередукционистскими взглядами на сознание и открытостью к трансцендентному.

Паттерн «Скептицизм» (рис. 3) характеризовался признанием ложности дихотомии физическое/психическое, диагнозов — социальными конструктами, компромиссности классификаций психических расстройств и трудностей коммуникации между врачами и пациентами, которые мешают лечению.

Таким образом, результаты показывают, что современный молодой психиатр существует в поле напряженности между декларируемым плюрализмом и реально действующим редукционизмом, между абстрактными философскими представлениями и прагматикой клинической практики. Это противоречие является прямым отражением концептуального кризиса всей дисциплины, интериоризированного в ее практиках.

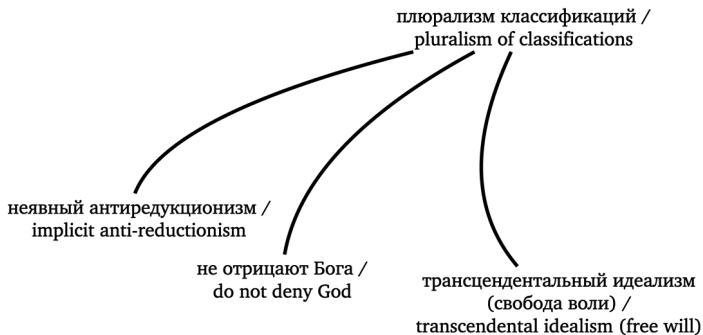


Рис. 2. Паттерн «Рефлексирующий плюрализм»: графические связи изображены между позициями со статистически значимой связью ($p < 0,05$).
Fig. 2. Pattern “Reflexive pluralism”: Graphical connections are shown between positions with a statistically significant link ($p < 0,05$)

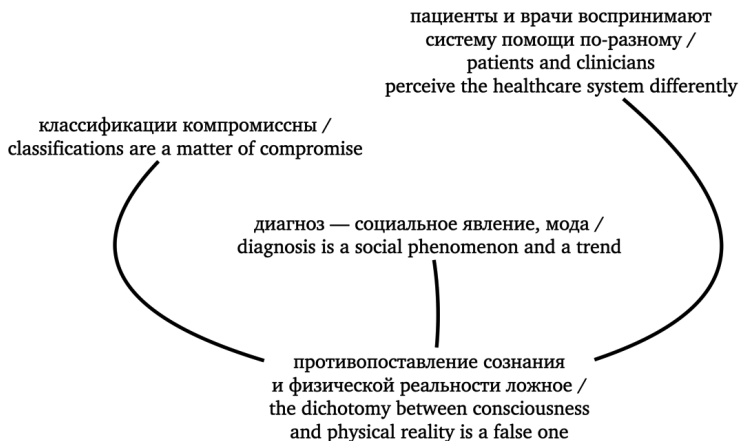


Рис. 3. Паттерн «Скептицизм»: графические связи изображены между позициями со статистически значимой связью ($p < 0,05$).
Fig. 3. Pattern «Skepticism»: Graphical connections are shown between positions with a statistically significant link ($p < 0,05$)

Обсуждение результатов

Настоящее исследование имеет ряд существенных ограничений, главным из которых является непредставительность выборки и использова-

ние невалидизированного опросника. Выборка была сформирована целенаправленно и включала 120 психиатров в начале своего карьерного пути, что не позволяет экстраполировать полученные результаты на все психиатрическое сообщество России. Кроме того, разработанный для данной работы опросник не проходил стандартной процедуры психометрической валидации, что связано с разведочным характером исследования. В связи с этим количественные показатели (например, точный процент респондентов, придерживающихся той или иной позиции) не должны интерпретироваться как точные измеряющие параметры, а полученные кластеры — как строгая и окончательная типология. Важно подчеркнуть, что основная цель исследования заключалась не в получении репрезентативных статистических данных, а в актуализации самого вопроса и демонстрации качественного наличия и сложности неявных метафизических установок в клинической практике. Таким образом, представленные результаты носят иллюстративный, эвристический характер и призваны стимулировать дальнейшую систематическую разработку этой темы.

Тем не менее, проведенное исследование при всей простоте своего дизайна и неизбежной ограниченности любого анкетирования, пытающегося «измерить» мировоззрение, позволяет сделать ряд концептуально значимых выводов. Полученные данные являются не столько портретом конкретных специалистов, сколько зеркалом, в котором отражается системный кризис современной психиатрии, рассмотренный нами в предыдущих работах.

Главным результатом можно считать эмпирическое подтверждение того, что биологический редукционизм, несмотря на всю свою концептуальную уязвимость, остается доминирующим стилем мышления в среде молодых практикующих психиатров. Но сегодня он редко предстает в чистой, «вульгарной» форме. Он трансформировался в более изощренный и потому более устойчивый неявный функционализм и нейрооптимизм. Молодые психиатры, с одной стороны, признают необходимость «широты взглядов», а с другой — искренне верят, что будущее дисциплины — за нейробиологией, которая однажды даст окончательные ответы и сделает ненужными сложные психопатологические штудии.

Этот нейрооптимизм является очередным ликом «церебральной мифологии», которую критиковал еще К. Ясперс (Ясперс, 1997). Как и столетие назад, сложность субъективного опыта подменяется простотой и наглядностью объективных коррелятов. Наши данные показывают, что надежда на простой ответ глубоко проникла в сознание нового поколения, определяя его клинический выбор: лишь 15% видят ядро диагно-

стики в болезненных формах переживания, в то время как подавляющее большинство ищет опору в объективных, поддающихся измерению феноменах — поведении, снижении когнитивного функционирования, гипотетических маркерах работы мозга.

Показательным результатом является отсутствие значимой статистической связи между философскими и клиническими кластерами. Философские взгляды большинства психиатров представляют собой эклектичный, непоследовательный конгломерат интуиций, культурных клише и обрывочных знаний. Мировоззрение врача существует в некоем параллельном мире, слабо влияя на практические решения.

Клиническая же практика живет по своим законам, диктуемым системой оказания помощи, давлением физикалистской парадигмы и прагматической необходимостью быстрых решений. В результате психиатр может на словах признавать сложность и «тайну» сознания, но в диагностике руководствоваться бихевиоральными критериями; может считать терапевтические отношения важными, но видеть их роль лишь в повышении комплаенса к фармакотерапии. Этот концептуальный разрыв между абстрактными убеждениями и смысловыми аспектами практики является прямым следствием методологической неопределенности всей дисциплины.

Выявленные в ходе анализа мировоззренческие паттерны («Последовательный редукционизм», «Рефлексирующий плюрализм», «Скептицизм») не являются, по сути, осознанными философскими позициями, а показывают скорее дефицит прочных взглядов, охватывающих большое поле вопросов. На наш взгляд, это симптомы того, что психиатрия как практика не выработала адекватного языка для описания своего предмета и собственных методологических оснований.

Наличие этих паттернов доказывает, что стихийное метафизическое творчество неизбежно. Если дисциплина не рефлексирует свои основания явно, они формируются неявно — под влиянием моды, авторитетов, культурного контекста и упрощенных представлений о науке. Декларируемый плюрализм на поверку оказывается плюрализмом эклектики, а не продуманного методологического выбора.

Заключение

Таким образом, данное исследование дает несколько иллюстраций концептуального кризиса современной психиатрии, который

проявляется в практике врачей. Доминирование нерелефлексированного редукционизма, разрыв между абстрактными взглядами и клиническими смыслами, эклектичность мировоззренческих конструкций — все это признаки отсутствия методологической целостности знаний.

Выход из этого кризиса видится не в ожидании спасительных открытий от нейронаук, а в целенаправленной работе по прояснению и экспликации метафизических оснований психиатрической практики. Если метафизические установки стихийны и нерелефлексированы (что и показало исследование), то логичным путем преодоления этого является их целенаправленная рефлексия в рамках образования. На наш взгляд необходимо включение основ философии сознания, критической истории психиатрии и методологии науки в программы обучения и повышения квалификации психиатров. Только осознание своих собственных неявных мировоззренческих предпосылок позволит психиатру преодолеть запутанность и совершить последовательный методологический выбор, адекватный сложности и уникальности объекта исследования — человеческой субъективности.

Как показывают наши данные, запрос на такую рефлексацию существует: его сигналами является декларируемая большинством респондентов ценность «широты взглядов», робкие попытки меньшинства идти против мейнстрима: заявлять о своих, пусть и непоследовательных, но антиредукционистских позициях. Задача профессионального сообщества — помочь превратить эту интуитивную потребность в систематическое методологическое знание.

Ограничения. Непредставительность выборки, использование невалидизированного опросника.

Limitations. Lack of sample representativeness, use of an unvalidated questionnaire.

Список источников / References

1. Коломыцев, Д.Ю. (2025). Феноменальное сознание и будущее психиатрии. Часть 1. *Социальная и клиническая психиатрия*, 35(1), 102—110.
Kolomytsev, D.Yu. (2025). Phenomenal consciousness and the future of psychiatry. Part 1. *Social and Clinical Psychiatry*, 35(1), 102—110. (In Russ.).
2. Холмогорова, А.Б. (2014). Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода. *Социальная и клиническая психиатрия*, 24(4), 53—61.

- Kholmogorova, A.B. (2014). The exacerbation of the struggle of paradigms in the sciences of mental health: Searching for a way out. *Social and Clinical Psychiatry*, 24(4), 53—61. (In Russ.).
3. Холмогорова, А.Б., Рычкова, О.В. (2017). 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? *Социальная психология и общество*, 8(4), 8—31. <https://doi.org/10.17759/sps.2017080402>
- Kholmogorova, A.B., Rychkova, O.V. (2017). 40 years of the biopsychosocial model: What's new? *Social Psychology and Society*, 8(4), 8—31. <https://doi.org/10.17759/sps.2017080402>
4. Хьелл, Л., Зиглер, Д. (1998). *Теории личности: основные положения, исследования и применение*. СПб: Питер Ком.
Khell, L., Zigler, D. (1998). *Theories of personality: Basic assumptions, research and applications*. St. Petersburg: Piter Kom. (In Russ.).
5. Ясперс, К. (1997). *Общая психопатология*. М.: Практика.
Jaspers, K. (1997). *General psychopathology*. Moscow: Praktika. (In Russ.).
6. Andreassen, N.C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108—112. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl054>
7. Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger* (J. Needleman, Trans.). Basic Books.
8. Fulford, K.W., Stanghellini, G., Broome, M. (2004). What can philosophy do for psychiatry? *World Psychiatry*, 3(3), 130—135.
9. Kendler K.S. (2025). A history of metaphorical brain talk in psychiatry. *Molecular psychiatry*, 30(8), 3774—3780. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-03053-6>
10. Kendler, K.S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 433—440. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.433>
11. Kirkeby-Hinrup, A. (2024). Quantifying empirical support for theories of consciousness: A tentative methodological framework. *Frontiers in Psychology*, 15, e1341430. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1341430>
12. Levine, J. (1983). Materialism and qualia: The explanatory gap. *Pacific Philosophical Quarterly*, 64(4), 354—361.
13. Minkowski, E. (1987). The essential disorder underlying schizophrenia and schizophrenic thought. In: J. Cutting & M. Shepherd (Eds.), *The clinical roots of the schizophrenia concept* (pp. 188—212). Cambridge University Press.
14. Pinto, Y., Stein, T. (2021). The hard problem makes the easy problems hard — a reply to Doerig et al. *Cognitive Neuroscience*, 12(2), 97—98. <https://doi.org/10.1080/17588928.2020.1838469>
15. Stein, D.J., Nielsen, K., Hartford, A., Gagn -Julien, A.-M., Glackin, S., Friston, K., Maj, M., Zachar, P., Aftab, A. (2024). Philosophy of psychiatry: Theoretical advances and clinical implications. *World Psychiatry*, 23(2), 215—232. <https://doi.org/10.1002/wps.21194>

Приложение**Текст опросника на выявление мировоззренческих позиций**

1. Оцените свою мировоззренческую позицию относительно природы человека (выберите одну из клеток, в зависимости от того, какое утверждение лучше отражает ваши взгляды).

А. Человек обладает полной внутренней свободой в принятии решений ☐☐☐☐☐ Поведение человека полностью определяется факторами, которые находятся за пределами его сознания.

Б. Поведение человека направляется разумом ☐☐☐☐☐ Поведением человека управляют иррациональные мотивы.

В. Человеческая природа может быть понята и объяснена только изучением индивида как единого целого ☐☐☐☐☐ Систематическое понимание поведения человека может быть достигнуто только посредством детального анализа составных частей.

Г. Личность — это результат действия генетических факторов ☐☐☐
☐☐ Личность — продукт окружающей среды.

Д. Личность человека может фундаментально измениться в течении жизни ☐☐☐☐☐ Склад личности неизменен.

Е. Люди живут в сугубо личном мире ☐☐☐☐☐ Окружающий мир оказывает решающее влияние на поведение людей.

Ж. Поведение человека порождается внутренними факторами ☐
☐☐☐☐ Поведение человека — это серия ответов на внешние стимулы.

З. Человеком движет необходимость сохранения внутреннего равновесия (комфорта) ☐☐☐☐☐ Мотивация человека направлена на поиск нового, развитие и самореализацию.

И. Природа человека принципиально познаваема методами научного исследования ☐☐☐☐☐ Природу человека невозможно познать.

2. Имеет ли значение мировоззренческая позиция в работе психиатра? (один вариант)

1. Нет, клинические факты не зависят от позиции.

2. Да, врач должен придерживаться последовательной материалистической позиции, которая не противоречит естественно-научному мышлению.

3. Нет, философствование скорее вредит работе психиатра.

4. Да, взгляды психиатра должны быть достаточно широкими — это способствует лучшему пониманию пациентов.

5. Да, избыточно «биологическая» позиция обесценивает феноменологический подход, что ведет к методологическим ошибкам и сказывается на качестве диагностики и лечения.

3. Какая позиция относительно природы сознания более близка вам? (один вариант)

1. Сознание есть не что иное, как физико-химические процессы, происходящие в мозге (сознание может возникнуть только в мозге).

2. Сознание есть обработка информации, вычислительный процесс (может осуществляться не только мозгом, но и сложными вычислительными системами).

3. Сознание — это некий квантовый эффект, возникающий на микроуровне.

4. Сознание — это иллюзия.

5. Материальный мир вторичен по отношению к сознанию.

6. Сознание — тайна, которая не будет разгадана никогда.

7. Противопоставление сознания и физической реальности ложное — вопрос не имеет смысла.

8. Сознание и физическая реальность имеют различную природу.

9. Сознание — это неотъемлемое свойство реальности (оно в различных видах существует не только в мозге, но и в неживых системах).

4. Если вам близки и другие позиции относительно природы сознания, то выберите их (несколько вариантов) — варианты см. в вопросе 3.

5. Какова ваша позиция в отношении свободы воли? (один вариант)

1. Свобода воли — это иллюзия, поскольку все физические процессы (в том числе происходящие в нейронах и мозге) детерминированы.

2. В редких обстоятельствах человек действительно может совершить свободный выбор.

3. Детерминизм верен, но фундаментальные физические принципы (например, принцип неопределенности) дают пространство и для свободы воли.

4. Детерминизм верен, но идея свободной воли необходима, иначе исчезнет понятие моральной ответственности.

5. Внутренняя интуиция свободы выбора в целом верна.

6. Детерминированный внешний мир — это часть сознания, которое может обладать свободой.

6. Существует ли Бог? (один вариант)

1. Да.
2. Нет.
3. Маловероятно.
4. Для меня это не имеет значения.
5. У меня противоречивые мысли на этот счет.
6. Невозможно привести доказательства существования/несуществования Бога, поэтому вопрос не имеет смысла.

7. Полагаете ли вы возможным сильный искусственный интеллект, подобный или превосходящий человеческий, обладающий самосознанием и внутренним субъективным опытом, основанный на вычислительных процессах? (один вариант)

1. В каком-то смысле сознание (как внутренний опыт) есть и у существующих систем искусственного интеллекта.
2. Нет, сознания не может быть без биологических процессов.
3. Нет, сознание не связано ни с биологическими, ни с вычислительными процессами.
4. Да, но в отдаленной перспективе.

8. Могут ли нейронауки дать новую полноценную понятельную базу для психиатрии будущего? (один вариант)

1. Да, при этом методы диагностики психических расстройств кардинально изменятся по мере лучшего понимания, как функционирует головной мозг.
2. Да, но методы диагностики психических расстройств значительно не изменятся.
3. Нет.
4. Изменяться и психиатрия, и нейронауки, поскольку в настоящее время роль биологии в психиатрии и нейронауках переоценена.

9. Имеют ли значение исследования внутренних (субъективных) процессов пациента в получении научных знаний в психиатрии? (один вариант)

1. Нет, только объективные процессы могут быть предметом исследования.
2. Только в той мере, насколько они коррелируют с объективными процессами (в мозге).
3. Только в той мере, насколько они могут быть измерены с помощью психометрических шкал.

4. Без данных исследований невозможно вообразить развитие психиатрии как науки.

10. Природа психических расстройств... (один вариант)

1. Только биологическая.
2. Биологический фактор ведущий, но и социально-психологические факторы имеют значение.
3. Отчасти или полностью подчиняется «моде», является культурной выдумкой, ярлыком
4. Практически неизвестна.
5. Не имеет значения, важны только способы диагностики и лечения психических расстройств.

11. Что должно являться приоритетным для диагностики психического расстройства? (выберите один ответ)

1. Особые болезненные формы внутренних переживаний.
2. Болезненное содержание внутренних переживаний.
3. Объективные признаки психических расстройств (поведение и речь).
4. Объективные нарушения психических способностей.
5. Ненормальные показатели по психометрическим шкалам.
6. Объективные нарушения мозгового функционирования (если есть возможность оценить).

12. Что важнее для психиатра в качестве базовой дисциплины? (один вариант)

1. Общая психология.
2. Нейробиология.
3. Патопсихология и клиническая медицина.
4. Антропология.
5. Философия.
6. Доказательная медицина.

13. Как вы относитесь к существующим классификациям болезней? (несколько вариантов)

1. Международные классификации — это основа для моей работы и понимания психических расстройств.
2. Международные классификации — это компромисс.
3. Классификации, основанные на нейробиологии, должны заменить текущие.

4. Невозможно пользоваться одной классификацией, необходимо оценивать психические расстройства с различных позиций.

5. Классификация вообще не имеет значения для лечения.

6. Международные классификации скорее мешают моей работе.

7. Я сторонник отечественной нозологической классификации психических расстройств.

14. Эффективные методы лечения психических расстройств (один вариант)

1. Только те, которые основываются на биологическом воздействии.

2. Текущие методы (в частности, психофармакотерапия) по сути варварские и грубые, но приходится довольствоваться такими.

3. Эффективны как биологические, так и социально-психологические вмешательства.

4. Теоретическая эффективность — бессмысленная тема для разговора, имеют значение только те методы, которые показывают эффективность в рамках РКИ со строгой методологией.

5. Их не существует.

15. Насколько имеют значение терапевтические отношения между врачом и пациентом? (один вариант)

1. Это не имеет отношения к лечению психических расстройств.

2. Это неотъемлемая часть лечения психических расстройств, поскольку влияет на важные для их патогенеза факторы.

3. Имеют значение партнерские отношения между врачом и пациентом.

4. Не имеют значения при лечении тяжелых психических расстройств, а при лечении непсихотических расстройств имеют значение для того, чтобы пациент был привержен медикаментозному лечению.

5. Не задумываюсь об этом, достаточно просто быть вежливым человеком.

16. Существующая модель оказания психиатрической помощи (несколько ответов)

1. Ставит заботу о пациенте на первое место.

2. Это форма насилия над личностью пациента.

3. Это разумный компромисс между заботой и ограничением.

4. Это экономически оправданная модель: она обеспечивает максимальное благо пациенту за те деньги, которые могут быть потрачены.

5. Воспринимается пациентами и врачами по-разному, из-за чего возникают сложности и ухудшаются результаты лечения.

6. Поощряет пассивность пациента, что в конечном счете мешает выздоровлению.

Информация об авторах

Коломыцев Дмитрий Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, Омский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России), Омск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9330-4438>, e-mail: d.kolomytsev@icloud.com

Information about the authors

Dmitry Yu. Kolomytsev, Candidate of Science (Medicine), Associate Professor, Chair of Psychiatry, Medical Psychology, Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9330-4438>, e-mail: d.kolomytsev@icloud.com

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Участники были письменно проинформированы об исследовании и принимали в нем участие добровольно.

Ethics statement

The participants were provided with written information about the study and participated voluntarily.

Поступила в редакцию 13.09.2025

Поступила после рецензирования 28.10.2025

Принята к публикации 01.12.2025

Received 2025.09.13

Revised 2025.10.28

Accepted 2025.12.01

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

Барабанищikov Владимир Александрович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Веракса Николай Евгеньевич — доктор психологических наук, профессор

Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор

Головей Лариса Арсеньевна — доктор психологических наук, профессор

Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, доцент

Лутова Наталия Борисовна — доктор медицинских наук

Майденберг Эмануэль — доктор психологических наук, профессор

Марцинковская Татьяна Давидовна — доктор психологических наук, профессор

Польская Наталия Анатольевна — доктор психологических наук, профессор

Сирота Наталья Александровна — доктор медицинских наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, доцент

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — PhD, психотерапевт

Шумакова Наталия Борисовна — доктор психологических наук

Ялтонский Владимир Михайлович — доктор медицинских наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Бек Джудит (США) — доктор психологических наук, клинический профессор психологии в психиатрии

Кадыров Игорь Максutowич — кандидат психологических наук

Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, доцент

Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицинских наук, профессор

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор

Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент

Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицинских наук, психолог

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристайные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, идентификационный номер в ORCID, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов представленные материалы отклоняются.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml