

# Трансформация компетенций медицинского психолога в условиях современных вызовов психиатрии (аналитический обзор по материалам XVIII съезда психиатров России)

Молотова В.В., Шамардина М.В.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Барнаул, Россия

## Обзорная статья

**Резюме.** В статье авторами представлен аналитический обзор ключевых вызовов современной медицинской психологии и психиатрии, следующих из материалов XVIII Съезда психиатров России (Санкт-Петербург, 20–23 мая 2026 г.). На основе анализа программы съезда (более 30 секций, 6 сателлитных симпозиумов, круглые столы) выделены четыре группы вызовов, требующих трансформации деятельности медицинского психолога: цифровая среда как новый патогенетический и терапевтический контекст; персонализация и биомаркеры — риск редукции и одновременно новые точки интеграции; психосоматика и интеграция в общемедицинскую сеть; военная психиатрия и реабилитация. Показано, что традиционная модель «психолог-диагност» не отвечает современным реалиям. Авторами предложена новая модель компетенций медицинского психолога, включающая трансдиагностическую психодиагностику, сбор цифрового и культурного анамнеза, владение краткосрочными протоколами и травма-ориентированными подходами, участие в междисциплинарных бригадах, а также компетенции в области профилактики и психообразования. В заключении обозначены системные барьеры (кадровый дефицит, отсутствие закрепленных показаний, иногда рассогласованность работе служб, дефицит модулей в ДПО для психиатров, низкий статус медицинского психолога), которые препятствуют реализации предложенной модели. Статья адресована медицинским психологам, психиатрам, преподавателям и исследователям в области психического здоровья.

**Ключевые слова:** медицинский психолог, клинический психолог, психотерапия, трансформация компетенций, съезд психиатров, трансдиагностическая диагностика, биопсихосоциальный подход.

## Информация об авторах:

Молотова Виктория Викторовна — E-mail: [advocatemolotova@mail.ru](mailto:advocatemolotova@mail.ru); ORCID: [0000-0003-4028-7926](https://orcid.org/0000-0003-4028-7926) <https://orcid.org/0000-0003-4028-7926>

Шамардина Марина Валерьевна — E-mail: [marav\\_sh@mail.ru](mailto:marav_sh@mail.ru); ORCID: 0000-0003-3224-0810

**Как цитировать:** Молотова В.В., Шамардина М.В. Трансформация компетенций медицинского психолога в условиях современных вызовов психиатрии (аналитический обзор по материалам XVIII Съезда психиатров России). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2026;60(2). (в печати)

**Конфликт интересов:** отсутствует.

## **Transformation of competencies of the medical psychologist in the context of modern challenges in psychiatry (an analytical review based on the proceedings of the XVIII Congress of Russian Psychiatrists)**

Molotova V.V., Shamardina M.V.

Altai State Medical University, Barnaul, Russia

**Summary.** The article presents an analytical review of the key challenges of modern psychiatry derived from the proceedings of the XVIII Congress of Russian Psychiatrists (St. Petersburg, May 20–23, 2026). Based on the analysis of the congress program (more than 30 sections, 6 satellite symposia, round tables), four groups of challenges requiring the transformation of the medical psychologist's role are identified: the digital environment as a new pathogenetic and therapeutic context; personalization and biomarkers — the risk of reductionism and simultaneously new points of integration; psychosomatics and integration into the general medical network; military psychiatry and rehabilitation. It is shown that the traditional "psychologist-as-diagnostician" model does not meet the demands of the current era. A new competency model for medical psychologists is proposed, including transdiagnostic psychodiagnostics, collection of digital and cultural history, mastery of brief intervention protocols and trauma-oriented approaches, participation in multidisciplinary teams, as well as competencies in prevention and psychoeducation. In conclusion, systemic barriers are outlined (staff shortages, lack of fixed indications for referral, fragmentation of psychological services, shortage of modules in continuing medical education for psychiatrists, low status of medical psychologist), which hinder the implementation of the proposed model. The article is addressed to medical psychologists, psychiatrists, educators, and researchers in the field of mental health.

**Keywords:** medical psychologist, clinical psychologist, psychotherapy, competence transformation, congress of psychiatrists, transdiagnostic diagnostics, biopsychosocial approach.

### **Information about the authors:**

Victoria V. Molotova — E-mail: advocatemolotova@mail.ru; ORCID: 0000-0003-4028-7926 <https://orcid.org/0000-0003-4028-7926>

Marina V. Shamardina — E-mail: marav\_sh@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3224-0810

**To cite this article:** Molotova V.V., Shamardina M.V. Transformation of competencies of the medical psychologist in the context of modern challenges in psychiatry (an analytical review based on the proceedings of the XVIII Congress of Russian Psychiatrists). V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2026;60(2). (In Russ.) (in press)

**Conflict of interest:** none declared.

XVIII Съезд психиатров России (Санкт-Петербург, 20–23 мая 2026 г.) под девизом «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы – новые возможности» зафиксировал переход отечественной психиатрии к новой парадигме [34]. Анализ программы съезда (более 30 секционных заседаний, 6 сателлитных симпозиумов, круглые столы, конкурсы молодых ученых) позволяет утверждать, что профессиональное сообщество осознало: традиционная нозоцентрическая, ориентированная преимущественно на фармакотерапию модель помощи более не отвечает запросам времени.

В новой реальности — гибридной, цифровой, травматизированной, мультикультурной — психиатрия неизбежно становится биопсихосоциальной и междисциплинарной. Это означает, что медицинский (клинический) психолог перестает быть дополнительной фигурой («техник-диагност», «тестолог») и выдвигается на первый план как равноправный партнер психиатра, ответственный за целые блоки диагностической, терапевтической и реабилитационной работы. Однако содержание этой новой роли, конкретные компетенции, которыми должен обладать психолог, до сих пор четко не определены ни в профессиональных стандартах, ни в научной литературе.

**Цель настоящего обзора** — на основе анализа материалов XVIII Съезда психиатров России выделить ключевые вызовы, трансформирующие компетенции медицинского психолога, и предложить развернутую модель новых профессиональных компетенций, необходимых для работы в современной психиатрической практике.

Материалом для обзора послужила официальная программа XVIII Съезда психиатров России (2026 г.), включающая тезисы 285 докладов, описания секционных заседаний и симпозиумов [34], а также резолюции и итоговые документы ключевых секций съезда (секция «Цифровые технологии в психиатрии», «Психосоматическая медицина», «Военная психиатрия», «Реабилитация», «Кадры в психиатрии»).

### **1. Ключевые вызовы для медицинской психологии (по материалам съезда)**

Анализ программы съезда позволил выделить четыре группы вызовов и актуальных проблем, которые в наибольшей степени изменяют требования к профессиональному статусу и компетенциям медицинского психолога.

### **Вызов цифровой среды: от «цифрового патогенеза» к «цифровым инструментам».**

Материалы секции «Цифровые технологии в психиатрии» (модераторы: Карпенко О.А., Сорокин М.Ю., Федотов И.А., Хайретдинов О.З., Шелепин К.Ю.) [34] показали, что цифровая среда выступает одновременно как:

новый патогенетический фактор, который способствует формированию «цифрового симптомокомплекса» у подростков (тревога, депрессия, нарушения сна, дефицит внимания), рост нехимических зависимостей (гейминг-аддикция, зависимость от соцсетей, киберсексуальная аддикция), феномен кибербуллинга и его психотравмирующие последствия;

инструмент диагностики, в частности, использование искусственного интеллекта для анализа речи и текстов (выявление маркеров психоза, суицидального риска), айтрекинг для оценки когнитивных и эмоциональных нарушений, компьютерные батареи нейропсихологического тестирования, анализ паттернов пользовательской активности мобильных устройств (цифровой фенотип);

инструмент терапии — виртуальная реальность используется для экспозиционной терапии (фобии, ПТСР), релаксационных программ, тренинга социальных навыков; телемедицинские консультации (особенно актуально для удаленных территорий); мобильные приложения для самопомощи и мониторинга состояния.

Таким образом, вызовом для медицинского психолога становится необходимость освоения цифровых методов диагностики и коррекции, а также оценки цифрового анамнеза (паттернов использования гаджетов, контента, времени вовлеченности) как обязательного компонента клинической беседы.

### **Вызов персонализации и биомаркеров: риск редукции и новые точки интеграции.**

В рамках секции «Биологическая психиатрия (нейробиология, нейрофизиология, генетика)» (модераторы: Голимбет В.Е., Горобец Л.Н., Кибитов А.О., Мазо Г.Э.) и симпозиума «Персонализированная психиатрия и наркология» [34] были представлены впечатляющие результаты фармакогенетического тестирования (CYP450, SLC6A4, DRD2), нейровизуализации (МРТ, фМРТ покоя, диффузионная тензорная МРТ), иммунологических маркеров (IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF- $\alpha$ , CRP) для прогноза и подбора терапии.

Однако в дискуссиях неоднократно подчеркивалось, что биомаркеры не отменяют психологической оценки состояния пациента. Ни один генетический тест не расскажет о том, как пациент переживает свою болезнь, насколько он критичен к своему состоянию, каков у него уровень внутренней стигмы, какие у него копинг-стратегии и есть ли у него ранние дезадаптивные схемы, мы не сможем получить феноменологические данные о состоянии пациента без реального контакта и живого общения с ним.

Таким образом, медицинскому психологу необходимо в своей работе переходить от простой констатации наличия или отсутствия патологии к трансдиагностической оценке функциональных доменов (эмоциональная дисрегуляция, импульсивность, ангедония, алекситимия), которые могут быть модераторами и медиаторами ответа на терапию. Психолог становится не просто диагностом, а соавтором персонализированного плана лечения.

**Вызов психосоматики и интеграции в общемедицинскую сеть.** Секция «Психосоматическая медицина XXI века: интегративный взгляд на здоровье человека» (модераторы: Волель Б.А., Гехт А.Б., Иванов С.В., Копылов Ф.Ю., Медведев В.Э.) и симпозиум «Центры ментального здоровья — новый подход к проблемам психосоматической медицины» (модераторы: Голубев С.А., Костюк Г.П., Кулыгина М.А.) [34] зафиксировали необходимость выхода психиатрической и психологической помощи за пределы психоневрологических диспансеров.

Обсуждались вопросы создания центров ментального здоровья при многопрофильных стационарах и поликлиниках, необходимость внедрения скрининга тревожно-депрессивных расстройств (PHQ-9 [12], GAD-7 [17]) во всех соматических отделениях; бригадное ведение пациентов с коморбидной патологией (кардиология + психиатрия + психология, онкология + психиатрия + психология, эндокринология + психиатрия + психология).

Таким образом, для психолога необходима работа в условиях соматического стационара или поликлиники, которая требует владения краткосрочными (до 5 сессий) протоколами, навыками скрининга, умением формулировать заключение в терминах, понятных врачу-интернисту, и готовностью к работе в мультидисциплинарной бригаде.

**Вызов военной психиатрии и реабилитации.** Секции «Военная психиатрия» (модераторы: Самушия М.А., Софронов А.Г., Цыганков Б.Д., Шамрей В.К.) и «Социальная психиатрия и реабилитация» (модераторы: Коцюбинский А.П., Краснов В.Н., Лутова Н.Б., Менделевич В.Д., Солохина Т.А.) [34] были посвящены работе с участниками боевых действий (СВО), ветеранами и их семьями, а также ресоциализации пациентов с тяжелыми психическими расстройствами.

Среди ключевых тем направления можно выделить ПТСР, комплексное ПТСР, отсроченное ПТСР, высокую коморбидность с депрессией, тревогой, аддикциями; травма-ориентированную психотерапию (КПТ, EMDR, схема-терапия); помощь семьям комбатантов (вторичный ПТСР, пролонгированная тревога ожидания); тренинги социальных навыков, когнитивная реабилитация, сопровождаемое проживание, поддержанная занятость.

Таким образом, для психолога подчеркивается необходимость владения протоколами травма-ориентированной терапии, навыками работы с семьей, умение проводить групповые

реабилитационные программы, а также способность работать в условиях эмоционального выгорания и вторичной травматизации (требует обязательной супервизии).

## **2. Новая модель компетенций медицинского психолога**

На основе выделенных вызовов и основных направлений междисциплинарного взаимодействия в психологической службе системы здравоохранения может быть предложена следующая модель компетенций, значительно расширяющая традиционную.

**Новое качество диагностических компетенций и навыков.** Традиционные диагностические компетенции медицинского психолога, включающие патопсихологическое исследование мышления, памяти и внимания, использование тестов

интеллекта (WAIS — Wechsler Adult Intelligence Scale, Шкала интеллекта Векслера для взрослых; WISC — Wechsler Intelligence Scale for Children, Шкала интеллекта Векслера для детей),

личностных опросников (MMPI — Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Миннесотский многоаспектный личностный опросник; СМИЛ — Стандартизированный многофакторный метод исследования личности),

и проективных методик, в новой реальности, на наш взгляд, должны быть значительно расширены.

На первый план выходит трансдиагностическая психодиагностика, направленная на оценку:

эмоциональной регуляции (с использованием опросника DERS — Difficulties in Emotion Regulation Scale, Шкала трудностей эмоциональной регуляции) [4];

импульсивности (шкала BIS-11 — Barratt Impulsiveness Scale, Шкала импульсивности Барратта) [18];

ангедонии (SHAPS — Snaith–Hamilton Pleasure Scale, Шкала удовольствия Снейта-Гамильтона) [16];

алекситимии (TAS-20 — Toronto Alexithymia Scale, Торонтская шкала алекситимии) [7]; ранних дезадаптивных схем (YSQ-SF — Young Schema Questionnaire-Short Form, Краткая форма опросника ранних дезадаптивных схем Янга) [21].

Параллельно возникает необходимость освоения цифрового анамнеза — структурированной оценки паттернов использования гаджетов, потребляемого контента, времени вовлеченности и скрининга интернет-зависимости.

В условиях полиэтничного региона обязательным становится культуральный анамнез — выявление влияния этнических, религиозных и семейных традиций на восприятие болезни, стратегии совладания и обращение за помощью.

Наконец, для работы в соматической сети психолог должен владеть краткими скрининговыми инструментами, широко применяемыми в мировой практике:

PHQ-9 — Patient Health Questionnaire-9, Опросник здоровья пациента для скрининга депрессии [12];

GAD-7 — Generalized Anxiety Disorder-7, Шкала генерализованного тревожного расстройства [17];

PCL-5 — PTSD Checklist for DSM-5, Контрольный перечень ПТСР для DSM-5 [19];

C-SSRS — Columbia-Suicide Severity Rating Scale, Колумбийская шкала оценки тяжести суицида [9],

позволяющими оперативно оценивать состояние пациента в условиях ограниченного времени.

Между тем, стоит отметить важное ограничение, препятствующее оперативному внедрению указанных предложений в официальную практику. Из десяти диагностических методик, рекомендованных в настоящем обзоре, на сегодняшний день официально адаптированы и валидизированы для российской выборки шесть.

1. Шкала трудностей эмоциональной регуляции (DERS) [4] — русскоязычная версия психометрически проверена Н.А. Польской и А.Ю. Развальяевой в 2026 году [4].

2. Опросник PHQ-9 для скрининга депрессии [12] — адаптирован А.А. Золотаревой в 2023 году [3].

3. Шкала GAD-7 для скрининга тревоги [17] — адаптирована А.А. Золотаревой в 2023 году [2].

4. Шкала импульсивности Барратта (BIS-11) [18] — валидизирована на российской выборке. Апробация русскоязычной версии проведена С.Н. Ениколоповым и Т.И. Медведевой в 2015 году [5]; краткая версия (14 пунктов) разработана и валидизирована Д.С. Шумской, А.В. Трусовой и А.О. Кибитовым в 2023 году [6].

5. Торонтская шкала алекситимии (TAS-20) [7] — валидизирована на выборке терапевтических больных. Русскоязычная версия разработана Е.Г. Старостиной, Г.Дж. Тэйлором, Л.К. Квилти, А.Е. Бобровым, Е.Н. Мошнягой и соавторами в 2010 году [8].

6. Когнитивная батарея BACS [11] — адаптирована и нормирована для российской выборки, что позволяет использовать её в отечественной клинической практике и исследованиях [11].

Для остальных методик ситуация различна. Например, PCL-5 (ПТСР) [19] имеет официальный перевод на русский язык и широко используется в международных исследованиях, однако её психометрические свойства на российских выборках требуют дополнительного изучения и уточнения. Методики SHAPS (ангедония) [16], YSQ-SF (ранние

дезадаптивные схемы) [21] широко используются в мировой практике [24], [8], но в настоящее время не имеют официально опубликованных и рецензируемых данных о валидации в России. В клинической практике они применяются в авторских переводах, что создаёт риск снижения диагностической точности.

Таким образом, адаптация перечисленных методик для российской популяции представляет собой актуальный вектор для дальнейших научных исследований в области медицинской психологии и психодиагностики.

**Психотерапевтические и коррекционные компетенции.** Психологу необходимо владеть краткосрочными протоколами (до 5 сессий) для работы в соматических стационарах: релаксация, когнитивное реструктурирование катастрофических интерпретаций, обучение базовым навыкам саморегуляции. Эти методы позволяют оперативно снизить уровень тревоги и дистресса у пациентов с соматическими заболеваниями, предотвращая хронификацию психосоматических расстройств и снижая потребность в повторных обращениях.

Обязательно освоение травма-ориентированных подходов, доказавших свою эффективность в работе с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и комплексной травмой:

CPT (Cognitive Processing Therapy, Когнитивно-процессуальная терапия) — протокол, направленный на изменение дезадаптивных убеждений о причинах и последствиях травмы. Включена в клинические рекомендации АРА как терапия первой линии при ПТСР [23, 24].

PE (Prolonged Exposure, Пролонгированная экспозиционная терапия) — метод, основанный на принципах поведенческой терапии, позволяющий пациенту переработать травматические воспоминания через контролируемое столкновение с пугающими стимулами. Один из наиболее изученных протоколов лечения ПТСР с высоким уровнем доказательности [25].

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Десенсибилизация и переработка движением глаз) — интегративный метод, рекомендованный ВОЗ для лечения ПТСР у взрослых и детей [20]. Требуется специализированной сертификации.

Схема-терапия — эффективный подход для работы с комплексной травмой и пограничным расстройством личности, фокусирующийся на модификации ранних дезадаптивных схем, сформированных в детстве вследствие хронической травматизации [22].

Экзистенциальная психотерапия — направление, помогающее пациентам с травмой интегрировать опыт утраты, неопределённости и нарушения смысложизненных ориентаций. Особенно актуальна для комбатантов и жертв насилия.

Обязательным является освоение навыков диалектико-поведенческой терапии (ДБТ) — протокола, разработанного М. Линехан для работы с эмоциональной дисрегуляцией,

импульсивностью и самоповреждающим поведением. ДБТ является эффективным методом терапии пограничного расстройства личности и применяется при суицидальном поведении и посттравматических состояниях [13].

Мотивационное консультирование необходимо для работы с низким комплаенсом, отказом от терапии и формированием приверженности лечению. Этот подход, разработанный У. Миллером и С. Роллником, эффективен при аддикциях, хронических заболеваниях и психических расстройствах [15].

Наконец, групповая работа включает:

тренинг социальных навыков (Social Skills Training, SST) — структурированная программа восстановления коммуникативных и бытовых компетенций, особенно важная для пациентов с шизофренией и расстройствами аутистического спектра;

психообразование — информирование пациентов и их семей о природе заболевания, факторах рецидивов и стратегиях самопомощи, что доказанно снижает уровень стигмы и повышает комплаенс; поддерживающие группы для семей — профилактика эмоционального выгорания родственников, снижение бремени ухода и укрепление семейных ресурсов.

Необходимость внедрения перечисленных психотерапевтических подходов в деятельность медицинских психологов продиктована, на наш взгляд, тремя основными факторами:

1) высокая доказательность эффективности. Методы СРТ, РЕ и EMDR включены в клинические рекомендации АРА и ВОЗ как эффективные при ПТСР [23, 24, 25, 20]. ДБТ и схема-терапия имеют подтвержденную эффективность при пограничном расстройстве личности и комплексной травме [22, 13];

2) потребность в краткосрочных, структурированных интервенциях в условиях соматической сети и ограниченного времени работы медицинского психолога;

3) необходимость работы с новыми вызовами — боевой психической травмой, эпидемией несуицидальных самоповреждений среди подростков, коморбидностью психических и соматических расстройств.

**Компетенции участия в междисциплинарной бригаде.** Участие медицинского психолога в междисциплинарной бригаде предполагает не просто формальное присутствие на консилиумах, а активную интеграцию психологических данных в общий план лечения и реабилитации пациента. Однако, как показывает анализ практики, именно эта компетенция оказывается наименее развитой у психологов в системе здравоохранения, что приводит к недоиспользованию их потенциала и снижению эффективности бригадной работы.

Психолог должен уметь формулировать психологический диагноз в терминах, понятных психиатру, соматологу, неврологу и социальному работнику, избегая сугубо академических

формулировок и переводя результаты диагностики в практические рекомендации, отвечающие на ключевой вопрос: «как именно психологические характеристики пациента влияют на его состояние, поведение и ответ на терапию?».

Психологическое заключение должно быть структурировано и включать запрос, использованные методики, результаты в терминах функциональных ограничений, выводы (прямой ответ на запрос) и конкретные, измеримые рекомендации для каждого члена бригады. При этом следует избегать общих фраз («требуется психологическая коррекция»), избытка академических терминов («экстернальный локус контроля») и отрыва от запроса.

На клинических консилиумах и разборах психолог представляет не отдельное заключение, а психологическую часть общего клинического разбора, включающую краткое резюме по запросу, ключевые результаты, описание функциональных ограничений, вытекающих из данных, и конкретные рекомендации для разных специалистов. Например, для психиатра формулируются рекомендации по тактике фармакотерапии с учётом выявленных психологических особенностей; для среднего медперсонала — по коммуникации и наблюдению; для социального работника — по маршрутизации и оформлению документов; для родственников — по поддержке и контролю.

Совместное с психиатром ведение пациента предполагает регулярные краткие встречи для сверки динамики, а не только разовые консультации по направлению. В стационаре целесообразна ежедневная краткая сверка по пациентам с высоким риском; в амбулаторных условиях — плановые встречи не реже одного раза в 1–2 недели по сложным пациентам. Распределение зон ответственности должно быть чётким и ясным: психолог отвечает за психодиагностику, ведение психотерапевтических сессий, оценку комплаенса и мотивации, а также психообразование пациента и семьи; психиатр — за назначение и коррекцию фармакотерапии, оценку соматического статуса и ведение медицинской документации. Зона пересечения (оценка динамики, работа с отказом от терапии, суицидальный кризис) требует обязательного совместного обсуждения и согласованных решений.

Критериями эффективности совместного ведения могут выступать снижение частоты экстренных госпитализаций, повышение приверженности фармакотерапии (по данным опросов пациента и родственников), сокращение времени от появления первых симптомов обострения до коррекции терапии, а также удовлетворённость психиатров сотрудничеством с психологом, оцениваемая с помощью стандартизированного анкетирования.

Таким образом, формирование компетенций участия в междисциплинарной бригаде является не факультативным, а необходимым условием реальной, а не декларативной междисциплинарности в современной психиатрии, ориентированной на биопсихосоциальную

модель. Без этих навыков психолог остаётся «диагностическим придатком», а не равноправным партнёром психиатра.

**Компетенции профилактики и психообразования.** Данная группа компетенций традиционно остаётся в тени диагностической и психотерапевтической работы психолога, однако именно она обеспечивает долгосрочную устойчивость результатов лечения и профилактику рецидивов. В условиях дефицита психиатрических кадров и высокой нагрузки на медицинский персонал, психообразовательная и профилактическая деятельность психолога приобретает особую значимость.

Психолог должен систематически проводить психообразовательные программы для пациентов и их семей, направленные на формирование адекватного понимания природы психических расстройств, факторов рецидивов и важности комплаенса.

Комплаенс (от англ. compliance — уступчивость, согласие) в данном контексте означает приверженность пациента предписанному лечению, включая регулярный приём лекарственных препаратов и выполнение рекомендаций врача. Такие программы снижают уровень стигмы, повышают приверженность лечению и уменьшают частоту повторных госпитализаций. На наш взгляд, психообразование должно быть дифференцированным: для пациентов с первым психотическим эпизодом акцент делается на принятие болезни и формирование критики; для пациентов с хроническими расстройствами — на распознавание продромальных симптомов и предотвращение обострений; для семей — на снижение эмоционального бремени и развитие поддерживающего, а не контролирующего поведения.

Отдельным направлением психообразования является обучение врачей-соматологов и среднего медперсонала навыкам коммуникации с тревожными и соматизированными пациентами. Соматические стационары и поликлиники являются точкой первого контакта для значительной части пациентов с тревожными и соматоформными расстройствами, однако врачи-интернисты часто не владеют техниками ведения таких пациентов, что приводит к гипердиагностике, необоснованным назначениям и повторным обращениям. Психолог может проводить краткие тренинги по распознаванию признаков тревоги и соматизации, использованию валидизированных скрининговых шкал (PHQ-9 [12] и GAD-7 [17]), а также по техникам первичной психологической поддержки (валидация чувств, снижение катастрофизации, отвлечение внимания).

Напомним, что PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) — это опросник здоровья пациента из 9 пунктов для скрининга депрессии, разработанный Кроенке, Спитцером и Уильямсом в 2001 году [12]. Русскоязычная версия PHQ-9 была психометрически проверена А.А. Золотаревой в 2023 году: исследование на выборке из 1800 россиян подтвердило высокую внутреннюю надежность ( $\alpha$ -Кронбаха = 0,89) и однофакторную структуру опросника [3].

В свою очередь, GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) — это шкала генерализованного тревожного расстройства из 7 пунктов для скрининга тревоги, разработанная Спитцером и соавторами в 2006 году [17]. Русскоязычная версия GAD-7 адаптирована А.А. Золотаревой в 2023 году; исследование на выборке из 1130 респондентов показало высокую внутреннюю надежность ( $\alpha = 0,93$ ) и подтвердило как однофакторную, так и двухфакторную структуру шкалы (когнитивно-эмоциональный и соматический компоненты тревоги) [2].

Оба инструмента доступны бесплатно на русском языке и могут применяться в клинической практике. Эффективность таких тренингов подтверждается снижением числа необоснованных направлений на инструментальные исследования и повторных визитов.

Для оценки эмоциональной регуляции рекомендуется использовать опросник DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) — Шкалу трудностей эмоциональной регуляции, разработанную Грац и Рёмер в 2004 году. Русскоязычная версия DERS валидизирована Н.А. Польской и А.Ю. Разваляевой в 2026 году на выборке из 733 участников; подтверждена шестифакторная структура, высокая внутренняя надежность ( $\alpha$ -Кронбаха  $\geq 0,87$ ) и ретестовая надежность (коэффициент ранговой корреляции Спирмена  $\geq 0,7$ ) [4].

Для оценки импульсивности применяется шкала BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale) — Шкала импульсивности Барратта, разработанная Паттоном, Стэнфордом и Барраттом в 1995 году [18]; русскоязычная версия валидизирована на российской выборке. Для оценки алекситимии используется TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) — Торонтская шкала алекситимии, разработанная Багби, Паркером и Тэйлором в 1994 году [7]; русскоязычная версия валидизирована на выборке терапевтических больных [8].

Наконец, критически важной, но часто игнорируемой компетенцией является профилактика эмоционального выгорания среди самих медицинских психологов. Эмоциональное выгорание — это синдром, характеризующийся эмоциональным истощением, деперсонализацией (циничным отношением к работе и пациентам) и снижением профессиональных достижений. Работа с тяжёлыми психическими расстройствами, травмой, суицидальным поведением и хронической патологией сопряжена с высоким риском профессионального выгорания, вторичной травматизации и снижения эмпатии. Обязательным элементом профессиональной деятельности психолога должно стать регулярное участие в супервизии (индивидуальной или групповой) и интервизии (равноправном обсуждении сложных случаев с коллегами).

Супервизия — форма профессионального сопровождения, при которой более опытный специалист анализирует работу менее опытного, помогая ему увидеть неосознаваемые аспекты взаимодействия с пациентом и предотвращая ошибки.

Интервизия — форма взаимного равноправного консультирования коллег без иерархического старшинства. Организационные формы могут варьироваться: от еженедельных групповых супервизий в стационаре до регулярных онлайн-встреч для психологов из отдалённых территорий. Критериями эффективности профилактики выгорания будут являться снижение показателей по опроснику MBI (Maslach Burnout Inventory) — Опроснику выгорания Маслач [1], при ежегодном мониторинге, уменьшение текучести кадров среди психологов и медицинского персонала, сохранение высокого уровня удовлетворённости профессиональной деятельностью.

Таким образом, предполагается трансформация модели компетенции клинического (медицинского) психолога для осуществления профилактики и психообразования «дополнительными» компетенциями, которые обеспечивают устойчивость терапевтических результатов, снижают нагрузку на смежные звенья системы здравоохранения и сохраняют профессиональное долголетие практики психолога в здравоохранении. Без системного подхода к трансформации действующей модели компетенций клинического психолога оптимально представленной сегодня для области психодиагностики и психотерапии становится невозможным действительная практика в будущем, которая будет определена фрагментарными и неустойчивыми во времени действиями психолога.

**Заключение.** Проведенный анализ программы XVIII Съезда психиатров России позволил выделить четыре группы ключевых вызовов, которые фундаментально изменяют требования к профессиональной деятельности медицинского психолога: цифровая трансформация психиатрии, персонализация и внедрение биомаркеров, интеграция психологической помощи в общемедицинскую сеть, а также востребованность травма-ориентированных и реабилитационных подходов.

В ответ на эти вызовы предложена новая модель компетенций, которая существенно расширяет традиционную, ограниченную рамками патопсихологической диагностики.

В рамках диагностических компетенций акцент смещается с констатации наличия или отсутствия патологии в сторону трансдиагностической оценки функциональных доменов (эмоциональная регуляция, импульсивность, ангедония, алекситимия) с использованием валидизированных методик, часть из которых уже адаптирована для российской выборки (DERS, PHQ-9, GAD-7, BIS-11, TAS-20, BACS), а часть требует дальнейшей адаптации (SHAPS, YSQ-SF). Параллельно психолог должен освоить цифровой и культуральный анамнез, а также владеть краткими скрининговыми инструментами для работы в соматической сети.

В области психотерапевтических и коррекционных компетенций психологу необходимо владение протоколами КПТ, ДБТ и мотивационного консультирования, а также травма-ориентированными подходами (СРТ, РЕ, EMDR, схема-терапия, экзистенциальный анализ).

Кроме того, медицинский психолог должен быть готов к работе в междисциплинарной бригаде, уметь формулировать психологический диагноз на языке, понятном врачам разных специальностей, социальным работникам и участвовать в совместном ведении пациента.

Наконец, компетенции в области профилактики и психообразования обеспечивают долгосрочную устойчивость терапевтических результатов и сохранение профессионального здоровья самого психолога.

Вместе с тем, трансформация предложенной модели компетенций медицинского психолога в региональной практике сталкивается с системными барьерами, которые были выявлены в ходе экспертных интервью с руководителями психологических служб и медицинскими психологами Алтайского края, Республики Алтай, Новосибирской области и ряда других регионов.

К числу основных препятствий можно отнести: кадровый дефицит и диспропорция нагрузки на действующих клинических психологов; отсутствие в региональных клинических рекомендациях закреплённых показаний для обязательного участия психолога; разобщённость функционала психологических служб разных ведомств (здравоохранение, социальная защита, образование); отсутствие в программах дополнительного профессионального образования психиатров модулей, обучающих совместной работе с психолога в межведомственной бригаде; отсутствие системы критериев для мониторинга эффективности деятельности медицинского психолога.

Таким образом, настоящая работа задает вектор необходимой трансформации профессиональной роли медицинского психолога в соответствии с вызовами современной психиатрии. Дальнейшие исследования должны быть направлены на поиск организационных механизмов, обеспечивающих реализацию предложенной модели компетенций в реальной клинической практике.

### **Список литературы / References:**

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 336 с.

*Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika. 2-e izd. SPb.: Piter, 2008. 336 s. (In Russ.)*

2. Золотарева А.А. Адаптация русскоязычной версии шкалы генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7) // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31, № 4. С. 31–46. DOI: 10.17759/cpp.2023310402

Zolotareva A.A. Adaptaciya russkoyazychnoj versii shkaly generalizovannogo trevozhnogo rasstrojstva (Generalized Anxiety Disorder-7). *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*. 2023;31(4):31-46. (In Russ.) DOI: 10.17759/cpp.2023310402

3. Золотарева А.А. Диагностика депрессии: психометрическая оценка русскоязычной версии опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) // *Клиническая и специальная психология*. 2023. Т. 12, № 4. С. 107–121. DOI: 10.17759/cpse.2023120406

Zolotareva A.A. Diagnostika depressii: psihometricheskaya ocenka russkoyazychnoj versii oprosnika zdorov'ya pacienta (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9). *Klinicheskaya i special'naya psihologiya*. 2023;12(4):107-121. (In Russ.) DOI: 10.17759/cpse.2023120406

4. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Психометрическая проверка шкалы трудностей эмоциональной регуляции (Difficulties in Emotion Regulation Scale) на русскоязычной выборке // *Национальный психологический журнал*. 2026. Т. 21, № 2. С. 36–53. DOI: 10.11621/npj.2026.0203

Pol'skaya N.A., Razvalyaeva A.YU. Psihometricheskaya proverka shkaly trudnostej emocional'noj regulyacii (Difficulties in Emotion Regulation Scale) na russkoyazychnoj vyborke. *Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal*. 2026;21(2):36-53. (In Russ.) DOI: 10.11621/npj.2026.0203

5. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «Шкала импульсивности Барратта» (BIS-11) // *Психология и право*. 2015. Т. 5, № 3. С. 75–89. DOI: 10.17759/psylaw.2015050307

Enikolopov S.N., Medvedeva T.I. Aprobaciya russkoyazychnoj versii metodiki «SHkala impul'sivnosti Barratta» (BIS-11). *Psihologiya i pravo*. 2015;5(3):75-89. (In Russ.) DOI: 10.17759/psylaw.2015050307

6. Шумская Д.С., Трусова А.В., Кубитов А.О. Краткая русскоязычная версия шкалы импульсивности Барратта (BIS-11): разработка и валидизация // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2023. Т. 20, № 2. С. 211–230. DOI: 10.17323/1813-8918-2023-2-211-230

Shumskaya D.S., Trusova A.V., Kibito A.O. Kratkaya russkoyazychnaya versiya shkaly impul'sivnosti Barratta (BIS-11): razrabotka i validizaciya. *Psihologiya. ZHurnal Vyssej shkoly ekonomiki*. 2023;20(2):211-230. (In Russ.) DOI: 10.17323/1813-8918-2023-2-211-230

7. Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38(1):23-32. DOI: 10.1016/0022-3999(94)90005-1

8. Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Дж., Квилти Л.К., Бобров А.Е., Мошняга Е.Н. и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010. Т. 20, № 4. С. 31–38.

Starostina E.G., Tejlor G.Dzh., Kvilti L.K., Bobrov A.E., Moshnyaga E.N. i dr. *Torontskaya shkala aleksitimii (20 punktov): validizaciya russkoyazychnoj versii na vyborke terapevticheskikh bol'nyh. Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. 2010;20(4):31-38. (In Russ.)*

9. Columbia University. *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). The Columbia Lighthouse Project. URL: <https://cssrs.columbia.edu/>*

10. Caletti E., Paoli R.A., Fiorentini A., et al. *Neuropsychology, social cognition and global functioning among bipolar, schizophrenic patients and healthy controls: preliminary data. Frontiers in Human Neuroscience. 2013;7:661. DOI: 10.3389/fnhum.2013.00661*

11. Keefe R.S.E., Goldberg T.E., Harvey P.D., et al. *The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. Schizophrenia Research. 2004;68(2-3):283-297. DOI: 10.1016/j.schres.2003.09.011*

12. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine. 2001;16(9):606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x*

13. Linehan M.M., Korslund K.E., Harned M.S., et al. *Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. JAMA Psychiatry. 2015;72(5):475-482. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3039*

14. Lo H.H.M., Wong S.Y., Wong J.Y.H., et al. *Mindfulness-based family psychoeducation intervention for caregivers of young adults with first-episode psychosis: results at 9-month follow-up. Frontiers in Psychiatry. 2024;15:1460151. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1460151*

15. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2013.*

16. Snaith R.P., Hamilton M., Morley S., et al. *A scale for the assessment of hedonic tone: the Snaith–Hamilton Pleasure Scale. British Journal of Psychiatry. 1995;167(1):99-103. DOI: 10.1192/bjp.167.1.99*

17. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Löwe B. *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine. 2006;166(10):1092-1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092*

18. Stanford M.S., Mathias C.W., Dougherty D.M., et al. *Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. Personality and Individual Differences. 2009;47(5):385-395. DOI: 10.1016/j.paid.2009.04.008*

19. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., et al. *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD, 2013. URL: <https://www.ptsd.va.gov>*

20. World Health Organization. *WHO releases guidance on mental health care after trauma*. Geneva: WHO, 2013. URL: <https://www.who.int/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>

21. Young J.E., Brown G. *Young Schema Questionnaire: Short Form*. New York: Cognitive Therapy Centre of New York, 1998.

22. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press, 2003.

23. American Psychological Association. *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. Washington, DC: APA, 2017. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline>

24. American Psychological Association. *Cognitive Processing Therapy (CPT)*. 2017. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-processing-therapy>

25. Foa E., Hembree E.A., Rothbaum B.O., Rauch S. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences — Therapist Guide*. 2nd ed. Oxford University Press, 2019.

26. European Psychiatric Association (EPA). *Tools to Identify and Monitor Cognitive and Negative Symptoms in Schizophrenia*. URL: <https://www.europsy.net>

27. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 26.12.2024) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.

*Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FZ «On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation» (as amended on 26.12.2024). Sobranie zakonodatel'stva RF. 28.11.2011;48:St.6724. (In Russ.)*

28. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (ред. от 26.02.2025) // Собрание законодательства РФ. 31.07.2006. № 31 (1 ч.). Ст. 3451.

*Federal Law of 27.07.2006 No. 152-FZ «On Personal Data» (as amended on 26.02.2025). Sobranie zakonodatel'stva RF. 31.07.2006;31(1):St.3451. (In Russ.)*

29. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.12.2018 № 186н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (ред. от 14.04.2022) // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://pravo.gov.ru>

*Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 24.12.2018 No. 186n «On approval of requirements for the organization and conduct of internal quality control and safety of medical activities» (as amended on 14.04.2022). Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii. URL: <http://pravo.gov.ru> (In Russ.)*

30. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.07.2015 № 514н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)» (ред. от 14.09.2023) // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://pravo.gov.ru>

*Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation of 24.07.2015 No. 514n «On approval of the professional standard "Teacher-psychologist (psychologist in the field of education)"» (as amended on 14.09.2023). Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii. URL: <http://pravo.gov.ru> (In Russ.)*

31. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.09.2023 № 716н «Об утверждении профессионального стандарта «Психолог в социальной сфере» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://pravo.gov.ru>

*Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation of 14.09.2023 No. 716n «On approval of the professional standard "Psychologist in the social sphere"». Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii. URL: <http://pravo.gov.ru> (In Russ.)*

32. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.10.2024 № 451 «Об утверждении клинических рекомендаций «Шизофрения» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://pravo.gov.ru>

*Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 24.10.2024 No. 451 «On approval of clinical recommendations "Schizophrenia"». Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii. URL: <http://pravo.gov.ru> (In Russ.)*

33. Проект приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинский психолог» (подготовлен 27.11.2018) // СПС «Гарант». (Документ опубликован не был, указан как проектный).

*Draft order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation «On approval of the professional standard "Medical psychologist"» (prepared 27.11.2018). SPS «Garant». (The document was not published, indicated as a draft). (In Russ.)*

34. Программа XVIII Съезда психиатров России «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы – новые возможности» (20–23 мая 2026 г., Санкт-Петербург) // Официальный сайт Съезда. URL: <https://78conf.ru/may2026>

*Program of the XVIII Congress of Russian Psychiatrists «Psychiatry in a Mixed Reality: New Challenges — New Opportunities» (May 20–23, 2026, St. Petersburg). Official website of the Congress. URL: <https://78conf.ru/may2026> (In Russ.)*

35. Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство» (утв. Минздравом России, 2023) // Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru>

*Clinical recommendations «Post-traumatic stress disorder» (approved by the Ministry of Health of Russia, 2023). Official website of the Ministry of Health of the Russian Federation. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (In Russ.)*

36. *Клинические рекомендации «Генерализованное тревожное расстройство» (утв. Минздравом России, 2024) // Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru>*

*Clinical recommendations «Generalized anxiety disorder» (approved by the Ministry of Health of Russia, 2024). Official website of the Ministry of Health of the Russian Federation. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (In Russ.)*

37. *Клинические рекомендации «Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство» (утв. Минздравом России, 2024) // Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru>*

*Clinical recommendations «Depressive episode, recurrent depressive disorder» (approved by the Ministry of Health of Russia, 2024). Official website of the Ministry of Health of the Russian Federation. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (In Russ.)*

38. *Клинические рекомендации «Специфические расстройства личности» (утв. Минздравом России, 2024) // Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru>*

*Clinical recommendations «Specific personality disorders» (approved by the Ministry of Health of Russia, 2024). Official website of the Ministry of Health of the Russian Federation. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (In Russ.)*

#### **Сведения об авторах:**

Молотова Виктория Викторовна — кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры общей и прикладной психологии, Институт клинической психологии, ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России.

E-mail: [advocatemolotova@mail.ru](mailto:advocatemolotova@mail.ru);

Шамардина Марина Валерьевна — кандидат психологических наук, доцент, директор Института клинической психологии, ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России.

E-mail: [marav\\_sh@mail.ru](mailto:marav_sh@mail.ru);

Автор, ответственный за переписку:

Молотова Виктория Викторовна — e-mail: [advocatemolotova@mail.ru](mailto:advocatemolotova@mail.ru)

Corresponding author: Victoria V. Molotova — e-mail: [advocatemolotova@mail.ru](mailto:advocatemolotova@mail.ru)