

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИГМЫ СУИЦИДА С ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ БЛАГОПОЛУЧИЕМ (НА МАТЕРИАЛЕ КАЗАХСТАНА)

**С.К. Кудайбергенова^{*1}, Р.Х. Музафаров², А.А. Абетова³,
Н.Ж. Сексенбаев⁴, Е.И. Лашкова⁵**

¹Казахский национальный университет имени аль-Фараби, Алматы, Казахстан

^{2,3}РГП на ПХВ «РНПЦ психического здоровья» МЗ РК, Алматы, Казахстан

⁴НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Казахстан

⁵Центр клинической психологии и психотерапии «BeAlive», Алматы, Казахстан

E-mail: ^{*1}sandugash.kudaibergenova@kaznu.kz, ²rinat.muzafarov@bk.ru;
³aigul-abetova@mail.ru; ⁴nursultan.zhaksylykovich@smu.edu.kz; ⁵Ye.Lashkova@outlook.com

Аннотация. Стигма суицида рассматривается как один из факторов, препятствующих обращению за психологической помощью и профилактике суицидального поведения. Цель исследования — изучение взаимосвязи стигмы суицида с депрессивной симптоматикой и психологическим благополучием на материале казахстанской выборки.

В исследовании приняли участие 1139 респондентов в возрасте от 18 до 87 лет. Для оценки стигмы суицида использовались шкала Stigma of Suicide Scale – Short Form (SOSS-SF), депрессивной симптоматики — Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), психологического благополучия — Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). Для статистического анализа данных применялись методы описательной статистики, корреляционный и регрессионный анализ.

Наиболее высокие показатели были выявлены по субшкале «Изоляция/депрессия». Установлены статистически значимые взаимосвязи между компонентами стигмы суицида, депрессивной симптоматикой и психологическим благополучием. Наиболее выраженные статистические ассоциации с психологическими показателями были выявлены для субшкалы «Изоляция/депрессия». Депрессивная симптоматика последовательно выступала психологическим предиктором различных компонентов стигмы суицида.

Полученные результаты расширяют представления о психологических и социально-демографических факторах, связанных с различными компонентами стигмы суицида, и могут быть использованы при разработке программ профилактики суицидального поведения, антистигматизационных мероприятий и психопросветительских инициатив в Казахстане.

Поступила: 08.05.2026; Доработана: 19.06.2026; Одобрена: 11.08.2026; Доступна онлайн: 18.09.2026

^{*}Автор для корреспонденции

Ключевые слова: стигма суицида, депрессия, психологическое благополучие, суицидальный риск, психическое здоровье, антистигматизация, Казахстан

Введение

Суицид остаётся одной из ведущих причин преждевременной смертности и представляет собой значимую проблему общественного здравоохранения во всём мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно более 720 000 человек погибают в результате суицида, при этом около 73% всех случаев приходится на страны с низким и средним уровнем дохода (World Health Organization, 2025b). Для Казахстана также характерен высокий уровень суицидальной смертности. По данным ВОЗ, показатель смертности от суицида составляет 14,6 на 100 000 населения, что почти в 1,5 раза превышает среднемировой уровень и остаётся одним из наиболее высоких в Европейском регионе (World Health Organization, 2025a). Несмотря на снижение показателей в период с 2019 по 2023 год (Agency for Strategic Planning & Reforms of the Republic of Kazakhstan; Bureau of National Statistics, 2024), проблема суицидального поведения сохраняет высокую социальную и клиническую значимость.

Одним из факторов, осложняющих профилактику суицидального поведения и своевременное обращение за психологической помощью, является стигма суицида. Стигма рассматривается как социальный процесс, связанный с приписыванием человеку негативно воспринимаемых характеристик, что сопровождается социальной дистанцией, дискриминацией и маргинализацией (Pescosolido et al., 2008). В контексте суицида стигма проявляется через осуждение, замалчивание, избегание и восприятие лиц с суицидальными переживаниями как «слабых», «опасных» или «неспособных справиться с жизненными трудностями». Подобные установки могут снижать готовность обращаться за профессиональной помощью, усиливать чувство стыда, социальной изоляции и эмоционального неблагополучия. Всемирная организация здравоохранения рассматривает стигму как один из барьеров доступа к услугам профилактики суицида и психологической поддержки (World Health Organization, 2012).

Стигма суицида связана с рядом неблагоприятных психологических последствий, включая депрессивную симптоматику, психологический дистресс, снижение самооценки и ухудшение психологического благополучия (Ludwig et al., 2022; Wyllie et al., 2025). Кроме того, высокий уровень стигмы ассоциирован с меньшей готовностью обращаться за психологической помощью и большей социальной изоляцией лиц, переживающих суицидальный кризис (Jahan et al., 2023). В исследованиях, проведённых в коллективистских культурах, подчёркивается, что общественные нормы, связанные с сохранением социальной гармонии, семейной репутации и необходимостью самостоятельно справиться с эмоциональными трудностями, могут усиливать внутреннюю стигму и избегание обращения за поддержкой (AthinarayananRao et al., 2024). Подобные механизмы представляют особый интерес для Казахстана, где тема суицида и психических расстройств нередко остаётся социально чувствительной и табуированной.

Несмотря на растущий международный интерес к проблеме стигмы суицида, в Казахстане данное направление исследований остаётся недостаточно разработанным. До последнего времени отсутствовали валидизированные инструменты для оценки стигмы суицида и психологического благополучия на казахском и русском языках. Как отмечают Jumageldinov et al. (2020), табуированность темы суицида в казахстанском обществе осложняет как профилактическую, так и исследовательскую деятельность. В последние годы были проведены исследования по культурной адаптации и психометрической валидации современных инструментов для оценки стигмы суицида и психологического благополучия. В частности, Kudaibergenova et al. (2025) подтвердили надёжность и кросс-культурную применимость казахской и русской версий шкалы Stigma of Suicide Scale – Short Form (SOSS-SF), а Hernández-Torrano et al. (2021) валидизировали казахстанскую версию шкалы Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF).

При этом взаимосвязь стигмы суицида с депрессивной симптоматикой и психологическим благополучием в казахстанском контексте остаётся практически неизученной. Большинство исследований сосредоточено либо на распространённости суицидального поведения и факторах суицидального риска (Jumageldinov et al., 2020; World Health Organization, 2025b), либо на отдельных аспектах стигматизации, включая общественную и внутреннюю стигму, обращение за психологической помощью и осведомлённость

о суициде (Jahan et al., 2023; Ludwig et al., 2022; Wyllie et al., 2025). Взаимосвязи между стигмой суицида, депрессивной симптоматикой и психологическим благополучием, особенно в культурно специфичных выборках, остаются недостаточно изученными, что ограничивает понимание психологических факторов, связанных со стигмой суицида, и затрудняет разработку научно обоснованных антистигматизационных и профилактических программ.

Объектом исследования выступает стигма суицида в казахстанской популяции.

Предметом исследования являются взаимосвязи между показателями стигмы суицида, депрессивной симптоматики и психологического благополучия.

Цель исследования – изучение взаимосвязи стигмы суицида с депрессивной симптоматикой и психологическим благополучием на материале казахстанской выборки.

Обзор литературы

Стигма суицида представляет собой многомерный социально-психологический феномен, включающий общественную и внутреннюю стигму, а также стереотипы, предубеждения и дискриминационные реакции в отношении лиц с суицидальными мыслями, суицидальным поведением и переживших утрату вследствие суицида. Стигматизирующие установки могут проявляться через восприятие людей с суицидальными переживаниями как «слабых», «эгоистичных», «аморальных» или «неспособных справляться с жизненными трудностями» (Lehmann et al., 2021). Подобные установки сопровождаются социальной изоляцией, переживанием стыда и снижением готовности обращаться за профессиональной помощью. Внутренняя стигма также связывается со снижением самооценки, ухудшением психологического состояния и усилением депрессивной симптоматики (Lehmann et al., 2021).

Стигма суицида рассматривается как один из значимых барьеров профилактики суицидального поведения и обращения за психологической помощью (Jahan et al., 2023). Исследования показывают, что высокий уровень стигмы связан с усилением психологического дистресса, переживанием дискриминации, снижением самооценки и меньшей готовностью обращаться за профессиональной поддержкой (Ludwig et al., 2022). В культурах, где тема суицида сопровождается выраженной социальной и религиозной табуированностью, лица с суицидальными мыслями нередко сталкиваются с осуждением и избеганием со стороны окружающих, что затрудняет обращение за помощью (Jahan et al., 2023).

В исследованиях, проведённых в коллективистских культурах, подчёркивается влияние социальных норм, семейной репутации и переживания стыда на формирование стигматизирующих установок. Согласно межличностной теории суицида Van Orden et al. (2010), ключевыми предикторами суицидального риска выступают нарушенное чувство принадлежности и воспринимаемая обременительность. В исследовании Hsu et al. (2025) переживание семейного стыда и несоответствия ожиданиям положительно ассоциировалось с психологическим дистрессом, социальной изоляцией и суицидальным поведением. Авторы отмечают, что страх «потери лица» и культурная стигматизация психических расстройств могут усиливать внутреннюю стигму и избегание обращения за психологической помощью.

Выраженность стигмы суицида тесно связана с уровнем осведомлённости о суициде и отношением к психологической помощи. В исследовании An et al. (2022) более высокий уровень осведомлённости о суициде был связан с меньшей выраженностью стигмы, тогда как стигматизирующие установки снижали готовность рекомендовать профессиональную помощь лицам в суицидальном кризисе. Аналогичные результаты представлены в исследовании Güler et al. (2025), где более высокий уровень стигмы был связан с большей самостигматизацией обращения за психологической помощью, а удовлетворённость жизнью выступала отрицательным предиктором самостигматизации.

Отдельное направление исследований посвящено взаимосвязи депрессивной симптоматики и суицидальности. В систематическом обзоре и метаанализе Cai et al. (2021) установлено, что пациенты с большим депрессивным расстройством имеют значительно более высокий риск суицидальных мыслей и суицидальных попыток по сравнению с лицами без депрессивного расстройства. В исследовании Świtaj et al. (2025) более высокий уровень внутренней стигмы был связан с выраженностью депрессивных симптомов и ухудшением психологического состояния. В лонгитюдном исследовании, проведённом среди китайских

студентов, было обнаружено, что усиление безнадежности и психологической боли, нарушение чувства принадлежности опосредуют связь суицидальной стигмы с суицидальными мыслями и поведением (Lyu et al., 2025).

Представленные исследования указывают на сложный и многокомпонентный характер стигмы суицида, затрагивающей эмоциональные, когнитивные и социальные аспекты психологического функционирования. Полученные данные свидетельствуют о связи стигмы суицида с депрессивной симптоматикой, психологическим дистрессом, снижением психологического благополучия, социальной изоляцией и уменьшением готовности обращаться за профессиональной помощью. При этом культурный контекст, особенности социальных норм и отношение к психическому здоровью могут оказывать существенное влияние на выраженность стигматизирующих установок и их психологические последствия. В этой связи представляется важным изучение взаимосвязи стигмы суицида, депрессии и психологического благополучия на материале казахстанской выборки с учётом социально-демографических и культурно-языковых особенностей респондентов.

Были сформулированы следующие **исследовательские вопросы (RQ)**:

Каковы уровни стигмы суицида, депрессивной симптоматики и психологического благополучия среди респондентов?

Как связаны стигма суицида и её компоненты (стигматизация, изоляция/депрессия, глорификация/нормализация) с депрессивной симптоматикой и психологическим благополучием?

Какие социально-демографические характеристики и психологические показатели вносят независимый статистический вклад в вариативность компонентов стигмы суицида?

Материалы и методы

Дизайн исследования. Исследование носило кросс-секционный характер и проводилось в онлайн-формате с использованием платформы Google Forms. Сбор данных осуществлялся в период с января по март 2026 года. Ссылка на опрос распространялась через цифровые каналы (WhatsApp, Telegram) с последующим распространением участниками, что обеспечило формирование выборки с элементами удобного и «snowball» набора.

Участие в исследовании было добровольным и анонимным. Перед началом опроса респондентам предоставлялась информация о целях исследования, гарантировалась конфиденциальность, а также указывались контакты специалистов для получения психологической помощи в связи с чувствительностью исследуемой темы.

Участники исследования. В исследовании приняли участие 1203 человека. После проверки корректности и полноты данных 64 анкеты были исключены. Итоговая выборка составила 1139 респондентов (см. рисунок 1). Участники самостоятельно выбирали язык прохождения опроса (казахский или русский), что позволило сформировать две языковые подвыборки.

Критериями включения являлись возраст 18 лет и старше, владение казахским или русским языком, а также гражданство Республики Казахстан. В качестве критериев исключения рассматривались возраст младше 18 лет и гражданство иностранных государств. Возраст респондентов варьировал от 18 до 87 лет, медианный возраст составил 38 лет (IQR=22). Медианный возраст женщин составил 38 лет (IQR=22). Медианный возраст мужчин составил 31 год (IQR=18). Выборка несколько неравномерна, но характеризуется достаточной представленностью основных социально-демографических групп взрослого населения казахстанцев, что позволяет проводить анализ исследуемых переменных.

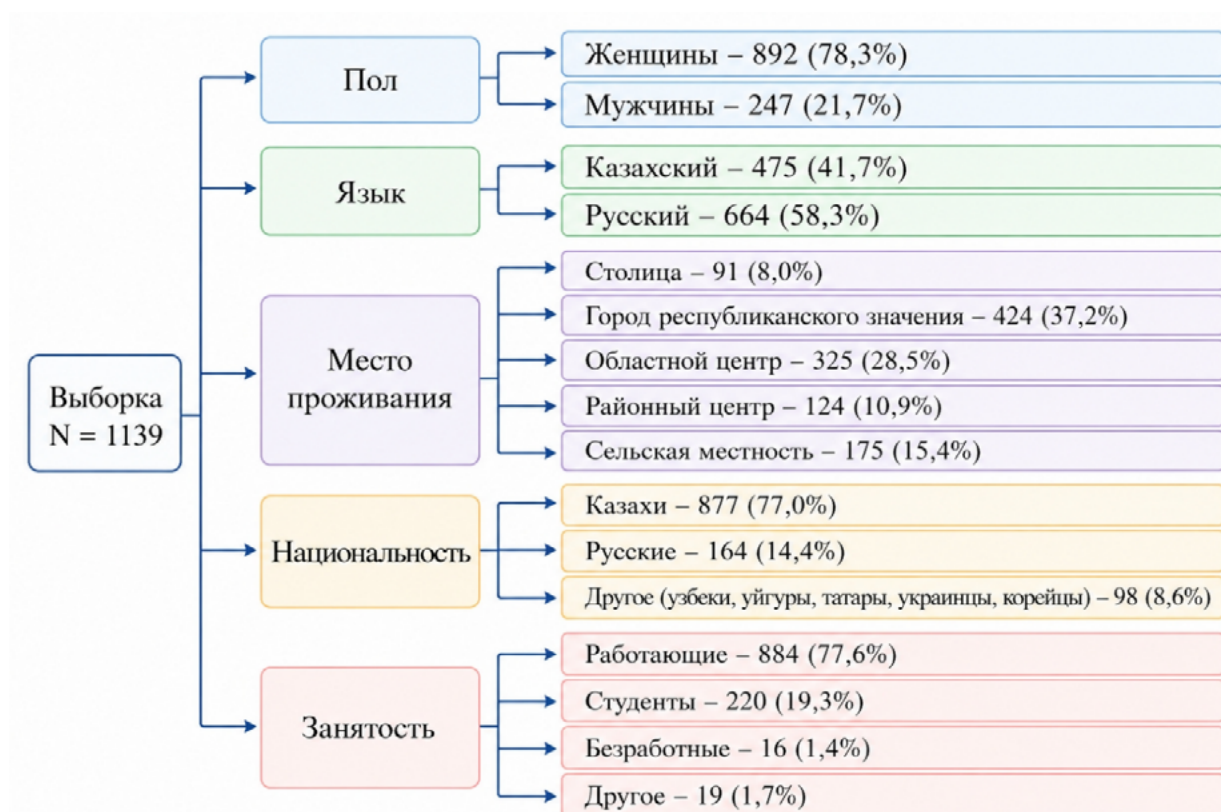


Рисунок 1. Социально-демографические характеристики выборки (N = 1139)

Методики исследования. Стигма суицида оценивалась с использованием краткой версии шкалы *Stigma of Suicide Scale – Short Form (SOSS-SF)*, адаптированной для казахстанского контекста на казахском и русском языках (Kudaibergenova et al., 2025). Шкала включает три субшкалы: стигматизация, изоляция/депрессия и глорификация/нормализация. Учитывая различия в количестве пунктов между языковыми версиями (только в субшкале «Стигматизация», различавшейся на один пункт), для каждой субшкалы рассчитывался средний балл (среднее арифметическое значение ответов по входящим в неё пунктам), что обеспечило сопоставимость результатов между группами. Подобный подход применялся и в исследованиях, использующих адаптированные версии SOSS-SF. Показатели внутренней согласованности субшкал варьировали от допустимых до высоких. Наиболее высокие значения α Кронбаха были получены для субшкал психологической изоляции/депрессии ($\alpha = 0,907$ в казахской группе; $\alpha = 0,840$ в русской группе) и стигматизации ($\alpha = 0,865$ и $\alpha = 0,850$ соответственно), тогда как субшкала глорификации/нормализации продемонстрировала более низкие, но допустимые показатели надёжности ($\alpha = 0,683$ и $\alpha = 0,728$ соответственно), что, вероятно, связано с небольшим количеством пунктов.

Депрессивная симптоматика оценивалась с помощью опросника *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, широко используемого инструмента для скрининга и оценки выраженности депрессии (Kroenke et al., 2001). В исследовании использовались русская и казахская версии опросника, уже апробированные в Казахстане. Шкала включает 9 пунктов, отражающих частоту депрессивных симптомов за последние две недели, с суммарным баллом от 0 до 27. Показатели внутренней согласованности PHQ-9 были высокими в обеих языковых группах ($\alpha = 0,886$ в казахской группе; $\alpha = 0,880$ в русской группе), что свидетельствует о хорошей надёжности инструмента в данной выборке.

Психологическое благополучие измерялось с использованием шкалы *Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)*, адаптированной для казахстанской выборки на казахском и русском языках (Hernández-Torrano et al., 2021). Шкала включает 14 пунктов и позволяет оценить эмоциональное, социальное и психологиче-

ское благополучие. В соответствии с рекомендациями авторов адаптации в анализе использовался общий показатель психологического благополучия. Показатели внутренней согласованности шкалы были высокими в обеих языковых группах ($\alpha = 0,933$ в казахской группе; $\alpha = 0,943$ в русской группе), что указывает на высокую надёжность методики.

Статистический анализ данных. Количественный статистический анализ проводился с использованием программы SPSS Statistics версии 22. На первом этапе была выполнена проверка распределения переменных на нормальность с применением критерия Шапиро-Уилка, результаты которой выявили отклонение большинства показателей от нормального распределения. В связи с этим для описания данных использовались медиана (Me) и межквартильный размах (IQR). Для оценки взаимосвязей между исследуемыми переменными применялся корреляционный анализ Спирмена. Анализ вклада депрессии и психологического благополучия в показатели стигмы суицида осуществлялся с использованием иерархического регрессионного анализа. Поскольку исследование носило кросс-секционный характер, регрессионный анализ использовался для оценки связей между переменными и вклада предикторов в показатели стигмы суицида, а не для установления причинно-следственных связей.

Настоящая статья представляет лишь часть данных более широкого исследования и охватывает только показатели, относящиеся к исследовательским вопросам данной работы; остальные результаты планируются к представлению в последующих публикациях.

Результаты и обсуждение

На первом этапе анализа были рассмотрены описательные характеристики исследуемых показателей, включая уровень психологического благополучия, выраженность депрессивной симптоматики и компоненты стигмы суицида. Поскольку результаты проверки распределения показали отклонение большинства переменных от нормального распределения, для описания данных использовались медиана (Me) и межквартильный размах (IQR). Описательные характеристики исследуемых показателей представлены в таблице 1.

Для субшкал SOSS-SF использовались средние значения по пунктам, поскольку после культурной адаптации казахская и русская версии шкалы содержали различное количество утверждений. Среди компонентов стигмы суицида наиболее высокие значения были выявлены по субшкале «Изоляция/депрессия» (Me=3,60; IQR=1,45). Данная субшкала отражает представления, связанные с одиночеством, отсутствием социальной поддержки, внутренним неблагополучием, переживанием стыда и эмоционального страдания. Полученные результаты позволяют предположить, что в восприятии респондентов суицидальное поведение в большей степени ассоциируется с психологическим страданием и социальной отчуждённостью. Это согласуется с результатами психометрической адаптации SOSS-SF в Казахстане, где фактор «Изоляция/депрессия» также продемонстрировал высокую содержательную значимость (Kudaibergenova et al., 2025).

Таблица 1

Описательная статистика по стигме суицида, психологическому благополучию и депрессии (n=1139)

Показатель	Me	IQR
Психологическое благополучие (MHC-SF)	46,00	25,00
Депрессия (PHQ-9)	4,00	7,00
Стигматизация (SOSS-SF)	2,57	1,14
Изоляция/депрессия (SOSS-SF)	3,60	1,45
Глорификация/нормализация (SOSS-SF)	2,00	1,00
Примечание. Me — медиана; IQR — межквартильный размах.		

Показатели по субшкале «Стигматизация» были несколько ниже (Me = 2,57; IQR = 1,14) по сравнению с другими субшкалами, однако сохранялись на уровне, указывающем на выраженность негативной

социальной оценки суицидального поведения. Субшкала включает негативно окрашенные характеристики («безнравственный», «эгоистичный», «глупый», «жалкий» и др.) и отражает степень негативной социальной оценки лиц с суицидальным поведением. Полученные данные указывают на наличие стигматизирующих представлений о суициде в общей выборке.

Наименьшие значения были выявлены по субшкале «Глорификация/нормализация» ($Me=2,00$; $IQR=1,00$), отражающей романтизирующие и оправдывающие представления о суициде. Это может указывать на относительно слабую выраженность романтизирующих и оправдывающих установок в общей выборке.

Медианное значение PHQ-9 составило 4,00 балла ($IQR = 7,00$), что соответствует уровню минимально выраженной депрессивной симптоматики в общей выборке. При этом общий показатель психологического благополучия был достаточно высоким ($Me=46,00$; $IQR=25,00$), что отражает сохранность субъективного ощущения жизненной включённости, эмоционального ресурса и психологического функционирования у значительной части респондентов.

Результаты описательного анализа показывают, что в исследуемой выборке представления о суициде в большей степени связаны с восприятием психологического страдания, социальной изоляции и эмоционального неблагополучия, чем с романтизирующими или оправдывающими установками. При минимальной выраженности депрессивной симптоматики у респондентов в исследуемой выборке сохранялся достаточно высокий медианный уровень психологического благополучия. Одновременно полученные данные указывают на наличие стигматизирующих представлений о суициде, что подчеркивает актуальность дальнейшего изучения взаимосвязей между стигмой суицида, депрессией и психологическим благополучием.

Для анализа взаимосвязей между показателями стигмы суицида, депрессивной симптоматики и психологического благополучия был проведён корреляционный анализ Спирмена. Результаты анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2

Корреляционные связи между показателями стигмы суицида, депрессии, психологического благополучия и возраста (ρ Спирмена)

Показатели	1	2	3	4	5	6
1. Стигматизация (SOSS-SF)	—					
2. Изоляция/депрессия (SOSS-SF)	0,44**	—				
3. Глорификация/нормализация (SOSS-SF)	0,11**	0,13**	—			
4. Депрессия (PHQ-9)	0,03	0,13**	0,23**	—		
5. Психологическое благополучие (MHC-SF)	0,25**	0,21**	-0,04	-0,34**	—	
6. Возраст						
	-0,03		-0,05	-0,12**	-0,01	—
	-0,16**					

Примечание. ρ — коэффициент ранговой корреляции Спирмена. ** $p < 0,01$; отсутствие обозначения — различия статистически незначимы. $N = 1139$.

Результаты корреляционного анализа выявили ряд статистически значимых взаимосвязей между показателями стигмы суицида, депрессивной симптоматики и психологического благополучия (таблица 2). Между субшкалами стигмы суицида были обнаружены положительные корреляционные связи различной силы. Наиболее выраженная связь выявлена между субшкалами «Стигматизация» и «Изоляция/депрессия»

($p = 0,44$; $p < 0,001$). Полученные результаты свидетельствуют о взаимосвязанности негативно-оценочного восприятия суицида и его ассоциации с одиночеством, эмоциональным неблагополучием и социальной отчуждённостью. В определённой степени данные согласуются с результатами адаптации SOSS-SF в Казахстане, где фактор «Изоляция/депрессия» также продемонстрировал высокую содержательную значимость (Kudaibergenova et al., 2025).

Субшкала «Изоляция/депрессия» положительно коррелировала с уровнем депрессивной симптоматики ($p = 0,13$; $p < 0,001$), тогда как статистически значимая связь между субшкалой «Стигматизация» и уровнем депрессивной симптоматики выявлена не была ($p = 0,03$; $p > 0,05$). Таким образом, полученные данные указывают на неодинаковую связь отдельных субшкал стигмы суицида с депрессивной симптоматикой.

Психологическое благополучие демонстрировало умеренную отрицательную связь с депрессивной симптоматикой ($p = -0,34$; $p < 0,001$), что соответствует современным представлениям о взаимосвязи позитивного психического функционирования и психического здоровья. Вместе с тем были выявлены слабые положительные связи психологического благополучия с субшкалами «Стигматизация» ($p = 0,25$; $p < 0,001$) и «Изоляция/депрессия» ($p = 0,21$; $p < 0,001$), тогда как статистически значимая связь с субшкалой «Глорификация/нормализация» отсутствовала. Полученные результаты свидетельствуют о том, что взаимосвязь психологического благополучия с отношением к суициду носит более сложный характер и не является одинаковой для различных компонентов стигмы.

Субшкала «Глорификация/нормализация» демонстрировала преимущественно слабые корреляционные связи с другими исследуемыми показателями. Подобные результаты отмечались и в ряде зарубежных адаптаций SOSS-SF, где данный компонент также оказывался менее устойчивым и менее связанным с показателями психологического неблагополучия по сравнению с другими субшкалами. Возраст отрицательно коррелировал с субшкалой «Изоляция/депрессия» ($p = -0,16$; $p < 0,001$) и уровнем депрессивной симптоматики ($p = -0,12$; $p < 0,001$), тогда как статистически значимых связей возраста со стигматизацией, глорификацией/нормализацией и психологическим благополучием выявлено не было.

Для оценки вклада социально-демографических и психологических факторов в показатели стигмы суицида был проведен иерархический линейный регрессионный анализ. На первом этапе в модели включались язык, пол и возраст, на втором — показатели депрессии и психологического благополучия. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Иерархический регрессионный анализ компонентов стигмы суицида

Предиктор	Стигматизация β (p)	Изоляция/ депрессия β (p)	Глорификация/ нормализация β (p)
Язык	-0,014 (0,630)	0,286 (<0,001)	-0,052 (0,086)
Пол	-0,057 (0,051)	0,071 (0,008)	0,020 (0,497)
Возраст	0,002 (0,942)	-0,015 (0,608)	-0,047 (0,134)
Депрессия	0,136 (<0,001)	0,273 (<0,001)	0,263 (<0,001)
Психологическое благополучие	0,324 (<0,001)	0,369 (<0,001)	0,079 (0,008)
R ² (Step 1)	0,004	0,084	0,016
Adjusted R ² (Step 1)	0,001	0,081	0,013
ΔR^2	0,096	0,145	0,058
R ² (Final model)	0,100	0,229	0,074
Adjusted R ² (Final model)	0,096	0,226	0,070

Предиктор	Стигматизация β (p)	Изоляция/ депрессия β (p)	Глорификация/ нормализация β (p)
Язык	-0,014 (0,630)	0,286 (<0,001)	-0,052 (0,086)
Пол	-0,057 (0,051)	0,071 (0,008)	0,020 (0,497)
Возраст	0,002 (0,942)	-0,015 (0,608)	-0,047 (0,134)
Депрессия	0,136 (<0,001)	0,273 (<0,001)	0,263 (<0,001)
Примечание. β — стандартизированные коэффициенты регрессии; ΔR^2 — прирост объяснённой дисперсии; Adjusted R^2 — скорректированный коэффициент детерминации. Во всех моделях признаки мультиколлинеарности отсутствовали ($VIF < 1,2$).			

Согласно полученным данным, наибольшей объясняющей способностью обладала модель для субшкалы «Изоляция/депрессия». Уже на первом этапе демографические показатели объясняли 8,4% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,084$; $p<0,001$). Более высокие значения по данной субшкале были характерны для казахоязычных респондентов, женщин и лиц более молодого возраста. После включения психологических показателей объясняющая способность модели возрастала до 22,9% ($\Delta R^2=0,145$; $p<0,001$). Наиболее значимый вклад в модель вносили психологическое благополучие ($\beta=0,369$; $p<0,001$) и депрессия ($\beta=0,273$; $p<0,001$). Статистически значимыми также оставались язык и пол, тогда как влияние возраста после включения психологических переменных утрачивало значимость. Полученные результаты позволяют предположить, что восприятие суицида через категории одиночества, эмоционального страдания, внутреннего неблагополучия и социальной отчуждённости в наибольшей степени связано с исследованными психологическими переменными. Среди всех компонентов стигмы суицида именно субшкала «Изоляция/депрессия» оказалась наиболее чувствительной к психологическим показателям.

Для субшкалы «Стигматизация» была получена иная структура связей. Демографические показатели практически не объясняли вариативность шкалы ($R^2=0,004$; $p=0,226$). После включения депрессии и психологического благополучия модель становилась статистически значимой, однако общий вклад оставался относительно небольшим ($R^2=0,100$; $\Delta R^2=0,096$; $p<0,001$). Значимыми предикторами выступали депрессия ($\beta=0,136$; $p<0,001$) и психологическое благополучие ($\beta=0,324$; $p<0,001$). Следует справедливо отметить, что влияние психологического благополучия в регрессионной модели отличалось от результатов корреляционного анализа. При совместном включении психологического благополучия и депрессивной симптоматики в модель знак коэффициента психологического благополучия изменился на противоположный, что может быть связано с эффектом супрессии, обусловленным высокой взаимосвязью данных предикторов. В связи с этим положительный коэффициент регрессии следует интерпретировать с осторожностью, поскольку он, вероятно, отражает особенности совместного учёта взаимосвязанных психологических предикторов, а не самостоятельную прямую положительную связь психологического благополучия со стигматизацией суицида.

Для субшкалы «Глорификация/нормализация» объясняющая способность моделей оказалась наименьшей. Демографические переменные объясняли лишь 1,6% дисперсии показателя ($R^2=0,016$; $p<0,001$). Более высокие значения наблюдались у русскоязычных респондентов, женщин и лиц более молодого возраста. После включения психологических показателей доля объясняемой дисперсии увеличивалась до 7,4% ($R^2=0,074$; $\Delta R^2=0,058$; $p<0,001$). Наиболее выраженным предиктором выступал уровень депрессии ($\beta=0,263$; $p<0,001$). Связь психологического благополучия с глорификацией/нормализацией также оставалась статистически значимой, однако была существенно слабее ($\beta=0,079$; $p=0,008$). После включения психологических переменных влияние языка, пола и возраста статистически значимым уже не являлось.

Полученные результаты позволяют предположить, что компонент «Глорификация/нормализация» в меньшей степени связан с психологическим состоянием респондентов по сравнению с другими компонентами стигмы суицида.

Во всех трёх моделях депрессивная симптоматика оставалась статистически значимым предиктором компонентов стигмы суицида. При этом психологическое благополучие также вносило самостоятельный вклад в объяснение вариативности отдельных компонентов стигмы, а для субшкал «Стигматизация» и «Изоляция/депрессия» характеризовалось более высокими стандартизированными коэффициентами регрессии. При этом показатели мультиколлинеарности оставались низкими ($VIF < 1,2$), что указывает на отсутствие выраженного перекрытия между включёнными предикторами и подтверждает устойчивость полученных моделей.

Мы предполагаем, что в исследуемой выборке суицид в большей степени воспринимался через категории эмоционального страдания, одиночества и внутреннего неблагополучия, чем через его романтизацию или героизацию. Наиболее высокие показатели были выявлены по субшкале «Изоляция/депрессия», что указывает на преобладание представлений о суициде как о состоянии психологического кризиса и социальной отчуждённости. Эти данные согласуются с результатами адаптации SOSS-SF в Казахстане, где фактор «Изоляция/депрессия» также оказался одним из наиболее содержательно значимых (Kudaibergenova et al., 2025), а также с исследованиями Wyllie et al. (2025) и Maclean et al. (2023), связывающими стигму суицида с психологическим дистрессом, социальной изоляцией и снижением психологического благополучия.

Более высокий уровень депрессии был связан как с восприятием суицида через категории эмоционального неблагополучия и изоляции, так и с более выраженными романтизирующими представлениями о суицидальном поведении. Эти данные согласуются с результатами Cai et al. (2021), показавшими тесную связь депрессивной симптоматики с различными формами суицидальности, а также с исследованием Świtaj et al. (2025), в котором внутренняя стигма была связана с усилением депрессивных симптомов и ухудшением психологического состояния в целом. Это позволяет предположить, что более высокий уровень депрессивной симптоматики может быть связан не только с ухудшением эмоционального состояния, но и с особенностями восприятия и оценки суицидального поведения.

Результаты регрессионного анализа свидетельствуют о том, что взаимосвязь психологического благополучия с отдельными компонентами стигмы суицида имеет более сложный характер, чем это следует из результатов корреляционного анализа. Изменение направления коэффициента при совместном учёте депрессивной симптоматики и психологического благополучия, вероятно, отражает эффект супрессии, обусловленный тесной взаимосвязью данных предикторов. Это дает основание думать, что после статистического контроля уровня депрессии вклад психологического благополучия отражает дополнительные аспекты, не объясняемые депрессивной симптоматикой. Возможно, это может быть связано не только с особенностями психологического состояния человека, но и с нормативно-оценочным компонентом отношения к суицидальному поведению.

При этом важно учитывать специфику субшкал SOSS-SF. В частности, субшкала «Изоляция/депрессия» отражает восприятие суицида через категории одиночества, эмоциональной боли, внутреннего страдания и отсутствия поддержки. В ходе адаптации SOSS-SF на казахстанской выборке утверждение «an embarrassment» («стыд», «позор»), в оригинальной методике входившее в субшкалу «Стигматизация», было отнесено к фактору «Изоляция/депрессия», что указывает на особенности содержательного наполнения данной субшкалы в национальном контексте (Kudaibergenova et al., 2025). Вместе с тем данная интерпретация требует осторожности и нуждается в проверке в дальнейших исследованиях.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что стигма суицида в казахстанском контексте имеет сложную структуру, включающую как эмоционально-эмпатические, так и нормативно-оценочные компоненты. Это подчёркивает необходимость дальнейшего изучения психологических и социокультурных факторов, связанных с формированием стигматизирующих установок в отношении суицида.

Заключение

Всемирная организация здравоохранения рассматривает стигму как один из существенных барьеров, препятствующих обращению за помощью и реализации эффективных программ профилактики суицида. В связи с этим изучение стигмы суицида и факторов, связанных с её формированием, представляет важную задачу общественного здравоохранения и клинической психологии.

Настоящее исследование направлено на изучение стигмы суицида и анализ взаимосвязей с депрессивной симптоматикой и психологическим благополучием в казахстанской выборке. Наиболее выраженными оказались представления, связывающие суицид с эмоциональным страданием, одиночеством и социальной изоляцией, тогда как романтизирующие и нормализующие установки были выражены в меньшей степени. Тесные взаимосвязи с психологическими показателями выявлены для субшкалы «Изоляция/депрессия», тогда как субшкала «Глорификация/нормализация» характеризовалась значительно более слабыми связями, что подтверждает неоднородность структуры стигмы суицида.

Результаты регрессионного анализа показали, что депрессивная симптоматика сохраняла наиболее устойчивый независимый статистический вклад в объяснение вариативности всех компонентов стигмы суицида. Психологическое благополучие также вносило статистически значимый вклад в вариативность отдельных компонентов стигмы, однако характер этих взаимосвязей требует осторожной интерпретации. Из социально-демографических характеристик статистически значимую связь только с субшкалой «Изоляция/депрессия» сохранял язык заполнения опросника.

Полученные результаты расширяют представления о стигме суицида, и могут быть использованы при разработке программ профилактики суицидального поведения, антистигматизационных мероприятий и психообразовательных инициатив. Они также создают основу для культурной адаптации и психометрической валидации диагностических инструментов, предназначенных для изучения стигмы суицида и других стигматизирующих установок.

К ограничениям исследования относятся кросс-секционный дизайн, формирование выборки методом добровольного онлайн-опроса, ограниченный набор психологических и социально-демографических переменных. Результаты, связанные с языком, требуют осторожной интерпретации, поскольку язык заполнения отражает лишь одну из характеристик участников и не позволяет делать выводы обо всех этнопсихологических и этнокультурных особенностях респондентов. Кроме того, проверка межъязыковой измерительной инвариантности казахской и русской версий SOSS-SF не являлась задачей настоящего исследования.

Перспективы дальнейших исследований связаны с проведением лонгитюдных исследований, проверкой межъязыковой измерительной инвариантности опросников стигмы суицида, а также применением качественных и смешанных методов для более глубокого понимания механизмов её формирования. Учитывая культурную чувствительность данного социально-психологического феномена, важным направлением является анализ роли и вклада более широкого круга индивидуальных, социальных и культурных факторов.

Финансирование

Данное исследование выполнено в рамках проекта «Предсуицидальные установки как комплексный индикатор и объект мониторинга: популяционное исследование молодежи и молодых взрослых в Казахстане» (BR24993083), финансируемого Министерством науки и высшего образования Республики Казахстан.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в финансовой или какой-либо иной сфере.

Соблюдение этических норм

Протокол исследования соответствует стандартам Хельсинкской декларации и получил одобрение Локального этического комитета Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова (протокол № 4, регистрационный номер 04.01/01 от 26 апреля 2024 года).

Вклад авторов

С.К. Кудайбергенова – концепция исследования, статистический анализ, интерпретация результатов и написание текста статьи;

Р.Х. Музафаров и А.А. Абетова – организация исследования и сбор данных;

Н.Ж. Сексенбаев – интерпретация результатов исследования;

Е. Лашкова – статистический анализ и написание текста статьи;

Р.Х. Мухзафаров, А.А. Абетова, Н.Ж. Сексенбаев и Е. Лашкова – редактирование и обсуждение финальной версии статьи.

Список литературы:

Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan, Bureau of National Statistics. (2024). *Women and men of Kazakhstan 2019–2023*. <https://stat.gov.kz>

An, S., Lee, H., & Cho, J. (2022). The relationships between rural elderly's suicide literacy, suicide stigma and coping advice for suicide prevention: The moderated mediation effect of social expectations for experiencing negative emotions. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 33(2), 164–174. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2022.33.2.164>

Athinarayanan Rao, K., Ah Gang, G. C., & Ading, C. E. (2024). Cross-cultural comparison of self-stigma in psychological help-seeking: A study of local and international university students in Malaysia. *Jurnal Psikologi dan Kesehatan Sosial (JPsiKS)*, 8, 72–84.

Cai, H., Xie, X.-M., Zhang, Q., Cui, X., Lin, J.-X., Sim, K., Ungvari, G. S., Zhang, L., & Xiang, Y.-T. (2021). Prevalence of suicidality in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 690130. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.690130>

Güler, C., Kaya, K., & Acu, B. G. (2025). Self-stigma to psychological help-seeking among university students in the health sciences: The role of suicide literacy, suicide stigma, and other predictors. *BMC Psychology*, 13, 779. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03005-3>

Hernández-Torrano, D., Ibrayeva, L., Muratkyzy, A., Lim, N., Nurtayev, Y., Almukhambetova, A., Clementi, A., & Sparks, J. (2021). Validation of a Kazakhstani version of the Mental Health Continuum–Short Form. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 754236. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.754236>

Hsu, L.-C., Shaikh, A. N., Chang, C. Y., Wang, K., Rice, K. G., & Suh, H. N. (2025). Culturally relevant risk and well-being factors of suicide and perceived burdensomeness in an Asian young adult sample. *Asian American Journal of Psychology*, 16(3), 231–240. <https://doi.org/10.1037/aap0000377>

Jahan, I., Sharif, A. B., & Hasan, A. B. M. N. (2023). Suicide stigma and suicide literacy among Bangladeshi young adults: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1160955. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1160955>

Jumageldinov, A., Nuradinov, A., Einloft Brunnet, A., & Derivois, D. (2020). Cultural risk factors of suicidal behavior among adolescents in Kazakhstan. *L'Encephale*, 46(6), 500–502. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.02.003>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & 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>

Kudaibergenova, S., Zhamaliyeva, L., Seksenbayev, N., Muzafarov, R., Madaliyeva, Z., Abetova, A., & Bex, T. (2025). Cultural adaptation and validation of the stigma of suicide scale–short form (SOSS-SF) in Kazakh and Russian among the population of Kazakhstan. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2598309>

Lehmann, C. S., Leung, C. A., Miller, I., & Girguis, S. M. (2021). An action research framework for religion and the stigma of suicide. *Religions*, 12(10), 802. <https://doi.org/10.3390/rel12100802>

Ludwig, J., Dreier, M., Liebherz, S., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2022). Suicide literacy and suicide stigma – Results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health*, 31(4), 517–523. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875421>

Lyu, S., Jiang, S. Y., & Li, Y. (2025). Associations of suicide stigma internalization with risk factors of suicidal thoughts and behaviors among Chinese college students: A multi-wave longitudinal study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 55(5), e70053. <https://doi.org/10.1111/sltb.70053>

Maclean, B. R., Forrester, T., Hawgood, J., O'Gorman, J., & Rimkeviciene, J. (2023). The personal suicide stigma

questionnaire (PSSQ): Relation to self-esteem, well-being, and help-seeking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3816. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053816>

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A., & Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 67(3), 431–440. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018>

Świtaj, P., Grygiel, P., Leciak, J., Stefaniak, I., Opozda-Suder, S., & Anczewska, M. (2025). Examining the relationships between self-stigma, loneliness, depressive symptoms, and suicidal ideation among people with bipolar disorder. *Scientific Reports*, 15, 3432. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-87559-7>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/75166>

World Health Organization. (2025a, January 10). *Suicide rates*. Global Health Observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

World Health Organization. (2025b, March 25). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Wyllie, C., Cleare, S., Eschle, S., O'Connor, R. C., & Rowe, S. L. (2025). Suicide stigma and its association with mental health, help-seeking, and suicidality: A scoping review. *BJPsych Open*, 11(1), e12. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.765>

**С.Қ. Құдайбергенова*¹, Р.Х. Музафаров², А.Ә. Абетова³,
Н.Ж. Сексенбаев⁴, Е.И. Лашкова⁵**

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан

^{2,3}ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы»
ШЖҚ РМҚ, Алматы, Қазақстан

⁴КеАҚ «Семей медицина университеті», Семей, Қазақстан

⁵«BeAlive» клиникалық психология және психотерапия орталығы, Алматы, Қазақстан

Суицид стигмасының депрессиялық симптоматикамен және психологиялық әл-ауқатпен өзара байланысы (Қазақстан материалдары негізінде)

Андатпа. Суицид стигмасы психологиялық көмекке жүгінуге және суицидтік мінез-құлықтың алдын алуға кедергі келтіретін факторлардың бірі ретінде қарастырылады. Зерттеудің мақсаты – қазақстандық іріктеме материалдары негізінде суицид стигмасының депрессиялық симптоматикамен және психологиялық әл-ауқатпен өзара байланысын зерттеу.

Зерттеуге жасы 18 бен 87 жас аралығындағы 1139 респондент қатысты. Суицид стигмасын бағалау үшін Stigma of Suicide Scale – Short Form (SOSS-SF) шкаласы, депрессиялық симптоматиканы бағалау үшін PHQ-9 сауалнамасы, психологиялық әл-ауқатты бағалау үшін Mental Health Continuum – Short Form (МНС-SF) шкаласы қолданылды. Деректерді талдау барысында сипаттамалық статистика, корреляциялық және регрессиялық талдау әдістері пайдаланылды.

Ең жоғары көрсеткіштер «оқшаулану/депрессия» субшкаласы бойынша анықталды. Суицид стигмасының компоненттері, депрессиялық симптоматика мен психологиялық әл-ауқат арасында статистикалық тұрғыдан мәнді өзара байланыстар анықталды. Психологиялық көрсеткіштермен ең айқын статистикалық байланыстар «Оқшаулану/депрессия» субшкаласы бойынша анықталды. Депрессиялық симптоматика суицид стигмасының әртүрлі компоненттерінің психологиялық предикторы ретінде жүйелі түрде анықталды.

Алынған нәтижелер суицид стигмасының әртүрлі компоненттерімен байланысты психологиялық

және әлеуметтік-демографиялық факторлар туралы түсініктерді кеңейтеді және Қазақстанда суицидтік мінез-құлықтың алдын алу бағдарламаларын, антистигматизациялық іс-шараларды және психологиялық ағарту бастамаларын әзірлеу барысында қолданылуы мүмкін.

Түйін сөздер: суицид стигмасы, депрессия, психологиялық әл-ауқат, суицидтік қауіп, психикалық денсаулық, антистигматизация, Қазақстан

**S. Kudaibergenova*¹, R. Muzafarov², A. Abetova³,
N. Seksenbayev⁴, Y. Lashkova⁵**

¹*Farabi University, Almaty, Kazakhstan*

^{2,3}*Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Almaty, Kazakhstan*

⁴*NCJSC «Semey Medical University», Semey, Kazakhstan*

⁵*“BeAlive” Center for Clinical Psychology and Psychothera, Almaty, Kazakhstan*

Associations Between Suicide Stigma, Depressive Symptoms, and Psychological Well-Being in a Kazakhstani Sample

Abstract. Suicide stigma is considered one of the factors that hinder help-seeking behavior and the prevention of suicidal behavior. The aim of the study was to examine the relationship between suicide stigma, depressive symptoms, and psychological well-being in a Kazakhstani sample.

The study included 1,139 respondents aged 18 to 87 years. Suicide stigma was assessed using the Stigma of Suicide Scale – Short Form (SOSS-SF), depressive symptoms were evaluated using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and psychological well-being was assessed using the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). Descriptive statistics, correlation analysis, and regression analysis were used for statistical data analysis.

The highest scores were identified on the “Isolation/Depression” subscale. Statistically significant associations were found between components of suicide stigma, depressive symptomatology, and psychological well-being. The strongest statistical associations with psychological indicators were identified for the “Isolation/Depression” subscale. Depressive symptomatology consistently emerged as a psychological predictor of different components of suicide stigma.

The findings expand the current understanding of the psychological and sociodemographic factors associated with different components of suicide stigma and may contribute to the development of suicide prevention programs, anti-stigma interventions, and mental health promotion initiatives in Kazakhstan.

Keywords: suicide stigma, depression, psychological well-being, suicide risk, mental health, anti-stigma, Kazakhstan

Авторлар туралы мәлімет

Кудайбергенова С.К. – хат-хабар авторы, психология ғылымдарының кандидаты, жалпы және қолданбалы психология кафедрасының ассистент-профессоры, Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, 050040, Әл-Фараби даңғылы, 71, Алматы, Қазақстан. E-mail: sandugash.kudaibergenova@kaznu.kz

Музафаров Р.Х. – психиатр, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК халықаралық ынтымақтастық және қоғаммен байланыс бөлімінің басшысы, 050016, Амангелді көшесі, 88, Алматы, Қазақстан. E-mail: rinat.muzafarov@bk.ru

Абетова А.Ә. – психиатр, медицина ғылымдарының кандидаты, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК ғылыми менеджмент және білім беру бөлімінің басшысы, 050016, Амангелді көшесі, 88, Алматы, Қазақстан. E-mail: aigul-abetova@mail.ru

Сексенбаев Н.Ж. – PhD, КеАҚ «Семей медицина университеті» психиатрия және наркология кафедрасы, Абай көшесі, 103, 071400, Семей, Қазақстан. E-mail: nursultan.zhaksylykovich@smu.edu.kz

Лашкова Е.И. – психология магистрі, «BeAlive» клиникалық психология және психотерапия орталығының ғылыми консультанты, Мақатаев көшесі, 131, 050002, Алматы, Қазақстан. E-mail: Ye.Lashkova@outlook.com

Сведения об авторах

Кудайбергенова С. К. – автор-корреспондент, кандидат психологических наук, ассистент-профессор кафедры общей и прикладной психологии, Казахский национальный университет имени аль-Фараби, пр. аль-Фараби, 71, 050040, г. Алматы, Республика Казахстан. E-mail: sandugash.kudaibergenova@kaznu.kz

Музафаров Р. Х. – психиатр, руководитель отдела международного сотрудничества и связей с общественностью РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, ул. Амангельды, 88, 050016, г. Алматы, Республика Казахстан. E-mail: rinat.muzafarov@bk.ru

Абетова А. А. – психиатр, кандидат медицинских наук, руководитель отдела научного менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, ул. Амангельды, 88, 050016, г. Алматы, Республика Казахстан. E-mail: aigul-abetova@mail.ru

Сексенбаев Н. Ж. – PhD, кафедра психиатрии и наркологии НАО «Медицинский университет Семей», ул. Абая, 103, 071400, г. Семей, Республика Казахстан. E-mail: nursultan.zhaksylykovich@smu.edu.kz

Лашкова Е.И. – магистр психологии, научный консультант центра клинической психологии и психотерапии «BeAlive», ул. Макатаева, 131, 050002, г. Алматы, Казахстан. E-mail: Ye.Lashkova@outlook.com

Information about the authors

Kudaibergenova S.K. – corresponding author, Candidate of Psychological Sciences, Assistant Professor, Department of General and Applied Psychology, Farabi University, 71 Al-Farabi Ave., 050040, Almaty, Republic of Kazakhstan. E-mail: sandugash.kudaibergenova@kaznu.kz

Muzafarov R.Kh. – psychiatrist, Head of the Department of International Cooperation and Public Relations of the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, 88 Amangeldy str., 050016, Almaty, Republic of Kazakhstan. E-mail: rinat.muzafarov@bk.ru

Abetova A.A. – psychiatrist, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Scientific Management and Education of the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, 88 Amangeldy str., 050016, Almaty, Republic of Kazakhstan. E-mail: aigul-abetova@mail.ru

Seksenbayev N.Zh. – PhD, Department of Psychiatry and Narcology, Semey Medical University, 103 Abay str., 071400, Semey, Kazakhstan. E-mail: nursultan.zhaksylykovich@smu.edu.kz.

Lashkova E.I. – Master of Psychology, Scientific Consultant of the Center for Clinical Psychology and Psychotherapy “BeAlive”, 131 Makataev str., 050002, Almaty, Kazakhstan. E-mail: Ye.Lashkova@outlook.com