

Научная статья | Original paper

Индивидуальное и воспринимаемое общественное отношение к самоубийству и их взаимосвязь с суицидальным риском

С.А. Говоров¹✉, В.К. Солондаев²,
М.И. Олейчик^{1,3}, Е.М. Иванова^{1,4}

¹ Научный центр психического здоровья,
Москва, Российская Федерация

² Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова,
Ярославль, Российская Федерация

³ Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,
Москва, Российская Федерация

⁴ Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация
✉ stsgovorov@hotmail.com

Резюме

Контекст и актуальность. Влияние отношения общества к суицидам на их распространенность продолжает оставаться предметом научных споров.

Цель. Настоящее исследование было направлено на изучение как индивидуального, так и воспринимаемого общественного отношения к суициду в их связи с уровнем суицидального риска. **Гипотезы:** 1) люди с разным уровнем суицидального риска различаются по своему индивидуальному и воспринимаемому общественному отношению к самоубийству; 2) повышенный суицидальный риск взаимосвязан с более позитивным индивидуальным и более негативным воспринимаемым общественным отношением к самоубийству.

Методы и материалы. 520 респондентов приняли участие в онлайн-опросе, который включал сбор социально-демографической информации, заполнение опросника депрессии Бека и опросника «Авто- и гетероагgression» Е.П. Ильина, оценку индивидуальной и воспринимаемой общественной репрезентаций суицида, а также вопросы, связанные с социальной активностью, психическим здоровьем и суицидальным поведением. **Результаты.** С помощью кластеризации были выделены 4 группы респондентов с разным уровнем суицидального риска. Высокий уровень образования, большое

количество близких людей, широкий круг общения могут рассматриваться как защитные факторы, препятствующие суицидальному поведению. Самоповреждающее поведение, аутоагgression, семейная история суицидов могут служить предикторами суицидального поведения. Гетероагgression, брак и наличие детей в молодом возрасте не связаны с суицидальным риском. Повышенная чувствительность к стигме суицидента и внутренний конфликт с обществом, выраженные в «разрыве» между позитивным индивидуальным и крайне негативным воспринимаемым общественным отношением к самоубийству, являются надежными индикаторами острого суицидального кризиса. **Выводы.** В отношении населения в целом негативное отношение общества к самоубийству может рассматриваться как защитный фактор, однако оно оказывает сильное неблагоприятное воздействие на людей с высоким уровнем суицидального риска, следствием чего становится их нежелание говорить о своих проблемах и обращаться за профессиональной помощью.

Ключевые слова: суицидальный риск, стигматизация, отношение к суициду, суицидальное поведение, депрессия

Для цитирования: Говоров, С.А., Солондаев, В.К., Олейчик, М.И., Иванова, Е.М. (2025). Индивидуальное и воспринимаемое общественное отношение к самоубийству и их взаимосвязь с суицидальным риском. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(3), 81—104. <https://doi.org/10.17759/cpr.2025330304>

Individual and perceived social attitudes towards suicide in relation to suicide risk

S.A. Govorov¹ , V.K. Solondaev²,

M.I. Oleychik^{1, 3}, E.M. Ivanova^{1, 4}

¹ Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

² P.G. Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russian Federation

³ Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation

⁴ Pirogov Russian National Research Medical University,

Moscow, Russian Federation

 stsgovorov@hotmail.com

Abstract

Context and relevance. The relationship between social attitudes towards suicide and the actual suicidal behavior of individuals remains a matter of unresolved scientific dispute. **Objective.** The present study aimed to examine both individual and perceived social attitudes towards suicide in their connection to low or high suicide risk.

Hypothesis. 1) persons with different levels of suicide risk vary in their individual and perceived social attitudes towards suicide; 2) higher levels of suicide risk are interrelated with a more positive individual attitude and a more negative perceived social attitude towards suicide. **Methods and materials.** 520 respondents participated in an online survey, which included sociodemographic information; Beck Depression Inventory; “Auto- and Hetero-Aggression” questionnaire; measuring individual and perceived social representations of suicide; and questions related to social engagement, mental health and suicidal behavior. **Results.** A fuzzy clustering procedure yielded 4 clusters of respondents. These clusters varied significantly across most of the examined suicidality-related parameters, reflecting different levels of suicide risk. Higher levels of education, high numbers of individuals considered close and a subjective assessment of one's social circle as wide may be considered to be protective factors for suicidal behavior. Self-harm behavior, auto-aggression, and a family history of suicide may all serve as predictors of suicidal behavior. Hetero-aggression, marriage and having children among youth were not shown to be interrelated with suicidality. Greater susceptibility to suicide stigma and having an inner conflict with society, defined by a “gap” between positive individual and extremely negative perceived social attitudes towards suicide, may be considered to be strong indicators of acute suicide crisis. **Conclusions.** Relative to the general population, negative attitudes towards suicide might serve as a protective factor, but they have a very strong detrimental effect on those in most need of compassion — people with the highest levels of suicide risk. This results in their reluctance to self-disclose and seek help.

Keywords: suicide risk, suicide stigma, attitudes towards suicide, suicidal behavior, depression

For citation: Gоворов, С.А., Солондаев, В.К., Олейчик, М.И., Иванова, Е.М. (2025). Individual and perceived social attitudes towards suicide in relation to suicide risk. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(3), 81—104. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330304>

Введение

Суициды остаются одной из самых острых проблем общественного здравоохранения во всем мире. Ежегодно более 700 000 человек погибают в результате суицида. Это четвертая по распространенности причина смерти среди молодых людей в возрасте 15—29 лет (WHO, 2021). В России уровень самоубийств неуклонно снижается с момента своего пика в 1995 году (41,4 на 100 000 населения в 1995 году; 39,1 в 2000 году; 23,4 в 2010 году; 11,3 в 2020 году; 9,2 в 2022 году) (Российский статистический ежегодник, 2023). Однако из-за различий в категориях, определениях и методах оценки ВОЗ продолжает оценивать уровень суицидов в Рос-

ции как высокий. По данным отчета ВОЗ (WHO, 2021), Россия заняла 11-е место в списке стран с самым высоким уровнем суицидов.

Уровень суицидов в России имеет существенные региональные различия. Например, в 2015 году уровень суицидов в Алтайском крае составил 56,4 на 100 000 населения, в Чечне — 0,6 на 100 000, тогда как средний показатель по стране за тот же год составил 17,4 на 100 000 человек. Такая существенная разница в показателях часто объясняется культурными различиями в отношении к самоубийству. В то время как строгие табу в исламских регионах (Чечня, Ингушетия, Дагестан и др.) считается сильным защитным фактором, терпимость к суицидам у некоторых этнических групп, таких как алтайцы и буряты, взаимосвязана с высоким уровнем суицидов (такое отношение может быть объяснено распространностью буддизма в этих группах, который не так строго, как ислам, осуждает суицид) (Положий, 2019). Важно отметить, что строгие культурные табу также могут быть связаны с занижением статистики самоубийств (Rezaeian, 2010). Однако, несмотря на возможное занижение, Д. Лестер утверждает, что уровень самоубийств в мусульманских странах действительно ниже, чем в других странах, в то время как уровень суицидальных попыток, по всей видимости, не различается (Lester, 2006).

Исследователи показывают, что между суицидальным поведением и просуицидальными установками существует положительная корреляция (Argaftovska, Grad, 2010; Kodaka, Inagaki, Yamada, 2013). Поэтому негативные установки часто рассматриваются как защитный фактор суицидального поведения среди населения в целом, побуждающий людей пересматривать суицидальные намерения. В то же время этот, казалось бы, защитный эффект имеет и свою обратную сторону. Стигматизация совершивших суицидальные попытки и тех, кто пережил утрату близкого в результате самоубийства, удерживает многих от обращения за профессиональной помощью и усугубляет их социальную изоляцию (Борисоник, Любов, 2016; Чистопольская, Ениколов, 2018). Исследования стигматизации и самостигматизации лиц с психическими расстройствами, совершивших суицидальную попытку, показывают, что стигматизация, связанная с самоубийством, у непсихотических пациентов преобладает над стигматизацией, связанной с психическим заболеванием (Положий, Руженкова, 2016). Хотя медицинские работники, в сравнении с населением в целом, говорят о более толерантном отношении к пациентам с суицидальным поведением, 61,5% психиатров и 77,4% медицинских сестер заявляют, что не рассматривают возможность интимных отношений с человеком, который в прошлом предпринимал

суициdalную попытку. 43,2% психиатров и 74,9% медсестер заявили, что запретили бы лицам с суициdalной попыткой в анамнезе занимать преподавательские должности (Положий, Руженков, Руженкова, 2017). Очевидно, что такое отношение усугубляет социальную изоляцию и отсутствие карьерных возможностей для суицидентов. До 60% людей, испытывающих суициdalные мысли, скрывают их, что препятствует получению ими профессионального лечения (Hallford et al., 2023). Причины такого сокрытия включают самостигматизацию и чувство стыда. Исследователи подчеркивают взаимную связь между стигмой и суициdalностью: попытка самоубийства может вызывать стигматизирующие и самостигматизирующие установки, в то время как стигма самоубийства и психического заболевания становится фактором риска суициdalного поведения (Carpinello, Pinna, 2017).

Как показывают вышеупомянутые исследования, на текущий момент специалисты в области психического здоровья не пришли к единому мнению и зачастую высказывают противоположные мнения о том, можно ли считать негативное отношение общества к самоубийству защитным фактором в отношении суициdalного поведения. Несмотря на то, что общественное отношение к самоубийству уже исследовалось в российской популяции (например: Букин, Тищенко, 2016; Сурмач, Зверко, Холопица, 2019), мы не обнаружили попыток одновременной оценки индивидуального и воспринимаемого общественного отношения к самоубийству в их связи с разным уровнем суициdalного риска. Мы предполагаем, что сравнение этих двух типов отношения может дать важную информацию для прояснения данной исследовательской проблемы. Цель исследования — изучение индивидуального и воспринимаемого общественного отношения к суициду в их связи с уровнем суициdalного риска. Гипотезы: 1) люди с разным уровнем суициdalного риска различаются по своему индивидуальному и воспринимаемому общественному отношению к самоубийству; 2) повышенный суициdalный риск взаимосвязан с более позитивным индивидуальным и более негативным воспринимаемым общественным отношением к самоубийству.

Материалы и методы

Процедура. Данная работа является частью более масштабного исследовательского проекта, посвященного изучению восприятия суициdalно-депрессивного юмора. Исследование было проведено в соответствии

с Хельсинской декларацией. Лицам в возрасте 15 лет и старше предлагалось пройти добровольный анонимный онлайн-опрос, размещенный в различных социальных сетях. При распространении ссылки особое внимание уделялось интернет-сообществам и чатам, посвященным юмористическому общению на такие темы, как психические расстройства, депрессия, суицид. Форма согласия предоставляла потенциальным респондентам информацию о значимости и целях исследования.

Онлайн-опрос.

1. Демографические данные: пол; возраст; уровень образования; семейное положение (не состоит в романтических отношениях; состоит в романтических отношениях; не состоит в браке, но проживает вместе; женат/замужем); наличие детей; количество человек в домохозяйстве.

2. Социальная вовлеченность: количество людей, которых респондент считает близкими; круг общения (почти никто; очень узкий; довольно узкий; довольно широкий; очень широкий).

3. Информация о психических расстройствах и суицидальных попытках (вопросы с вариантами ответов «да» или «нет»): испытуемых спрашивали, были ли у них диагностированы какие-либо психические расстройства, предпринимали ли они ранее попытки суицида и/или совершили самоповреждения; страдал ли кто-либо из близких психическими заболеваниями и/или совершал суицид/суицидальную попытку. Важно отметить, что исследование не включало врачебное подтверждение диагноза психического расстройства.

4. Вопросы об индивидуальном и воспринимаемом общественном отношении к суициду (авторская методика, разработанная на основе обзора литературы о преобладающих установках в отношении самоубийства (например: Любов 2019; Таланов, Киселева 2018)). Методика включает группу вопросов о личном отношении к суициду («По вашему мнению, самоубийство — это проявление трусости/мужества», «...слабости/силы», «...глупое решение / обдуманное, взвешенное решение») и о воспринимаемых общественных установках по отношению к суициду («По мнению общества, самоубийство — это <те же варианты>»). Ответы фиксировались с использованием 7-балльной шкалы Лайкера: от «-3» до «+3». Итоговые баллы рассчитывались путем суммирования баллов, набранных при ответе на соответствующие вопросы, и варьировались от «-9» до «+9». Внутренняя согласованность: α Кронбаха = 0,82 для индивидуального отношения и α = 0,85 для воспринимаемого общественного отношения к суициду.

5. «Опросник депрессии» Бека в русской адаптации (Тарабрина, 2001). Включает 21 группу утверждений, соответствующих различным

степеням выраженности того или иного симптома депрессии. Внутренняя согласованность (в данном исследовании): α Кронбаха = 0,94.

6. Опросник «Авто- и гетероагрессия» (Ильин, 2001), состоящий из 20 вопросов, относящихся к двум шкалам: «Автоагрессия» (агрессия, направленная на себя) и «Гетероагрессия» (направленная на внешний мир). Внутренняя согласованность (в данном исследовании): α Кронбаха = 0,76 для автоагрессии и α = 0,69 для гетероагрессии.

На последней странице анкеты испытуемым предлагалось поделиться самым приятным воспоминанием. Основной целью этого вопроса был психологический дебрифинг, поскольку значительная часть вопросов, включенных в анкету, была связана с суицидом и могла вызвать негативные эмоции. Ответы были проанализированы с целью определить, действительно ли испытуемые поделились приятными воспоминаниями или нет (1/0).

Статистический анализ. Поскольку каждый испытуемый характеризуется набором факторов суициального риска, взаимодействующих друг с другом, мы применили метод нечеткой кластеризации. Целью кластеризации было выявление групп респондентов с разным уровнем суициального риска по всей совокупности факторов. Кластеризация проводилась с использованием статистического пакета R (R Core Team, 2024), функция «fannpy», с использованием квадрата евклидова расстояния. Число кластеров определялось: 1) с помощью силуэтного графика и диаграммы рассеяния; 2) концептуальными соображениями (4 группы с разными уровнями суициального риска, которые возможно детально проанализировать).

Затем мы сравнили четыре группы по каждому из параметров отдельно. Точный тест Фишера и Хи-квадрат использовались для категориальных данных. Результаты сравнения количественных параметров рассчитаны с использованием двухвыборочного критерия Вилкоксона. Значения p для всех сравнений скорректированы поправкой Бенджами-ни–Хохберга.

Результаты

Описание выборки. Полученная выборка включила 520 участников: 409 женщин и 111 мужчин в возрасте от 15 до 61 года ($M = 30,22$; $SD = 9,8$). Семейное положение: 40% одиноки, 14% — в романтических отношениях, но живут раздельно, 15% — живут вместе с партнером, но

не состоят в браке; 31% — состоят в браке. Что касается образования, 3% указали неполное среднее образование, 7% — среднее образование, 9% — среднее специальное образование, 23% — незаконченное высшее образование, 56% — высшее образование, 2% — ученую степень. Почти половина участников (44%) сообщили о наличии у них диагностированного психического расстройства.

Результаты нечеткого кластерного анализа. Нечеткая кластеризация полученных данных (функция FANNY в R) позволила выделить 4 кластера респондентов. Значимых межкластерных различий по полу ($p > 0,05$), гетероагgressии ($p > 0,05$) и наличию приятных воспоминаний ($p > 0,05$) обнаружено не было. Остальные параметры показали значимые межкластерные различия (табл. 1).

Описание полученных кластеров. Кластер 1 — самая большая группа ($n = 152$ чел.), включает молодых людей ($M = 25,68$ лет; $SD = 5,1$). Большинство респондентов из этого кластера сообщили о наличии высшего образования или ученой степени (57,9%) и о том, что они состоят в отношениях (57,24%) (либо в официальном браке, либо не расписаны). У них преимущественно «довольно широкий» или «широкий» круг общения, в среднем 5 человек, которых они считают близкими ($M = 4,94$). 15,13% сообщили о наличии психического расстройства, 15,13% — о попытках суицида, 36,84% — о предшествующем самоповреждающем поведении. В сравнении с другими кластерами, респонденты из кластера 1 имеют самый низкий уровень депрессии (69,74% сообщили об отсутствии симптомов депрессии). Что касается их отношения к самоубийству, то и индивидуальное ($M = -3,12$,ср. балл; $SD = 3,8$), и воспринимаемое общественное ($M = -5,76$,ср. балл; $SD = 3,5$) отношение к суициду было негативным. 27,63% указали, что среди их близких был по крайней мере один человек с психическим расстройством, 25% — что кто-то из их близких предпринимал суицидальную попытку или умер в результате суицида.

Кластер 2 — самая старшая группа, в основном состоящая из людей в возрасте от 30 до 50 лет ($M = 42,6$ лет; $SD = 6,7$). Неудивительно, что эти респонденты характеризуются как имеющие самый высокий процент (среди всех кластеров) людей с высшим образованием или ученой степенью (85,8%), состоящие в браке (60,81%) и имеющие детей (70,27%). Они также сообщили о наибольшем количестве человек в домохозяйстве ($M = 3,96$). Что касается количества людей, которых они считают близкими, и размера их круга общения, кластеры 2 и 1 продемонстрировали схожие результаты. Хотя в кластере 2 (в сравнении с кластером 1) был более высокий средний балл депрессии ($M = 9,57$,ср. балл) меньшее

**Описательная статистика и значимые межклUSTERные различия /
 Descriptive statistics and significant inter-cluster differences**

Таблица 1/Table 1

Переменная / Variable		МежклUSTERные различия/Inter-cluster differences					
		p (1-2)	p (1-3)	p (1-4)	p (2-3)	p (2-4)	p (3-4)
Средний возраст, лет / Mean age, years	25,68	42,6	25,9	24,4 n = 126	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Семейное положение / Marital status				< 0,001		< 0,001	
Не состоят в романтических отношениях / Not engaged in a romantic relationship, %	42,76	18,24	56,38	51,59			
Состоят в романтических отношениях, но не живут вместе / Engaged in a romantic relationship, but not living together, %	19,08	9,46	11,71	12,7			
Не состоят в браке, но живут вместе / Not married, but living together, %	15,79	11,49	14,89	19,05			
В браке/Married, %	22,37	60,81	17,02	16,66			
Наличие детей / Presence of children, %	9,87	70,27	7,45	5,56 n = 94	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Уровень образования / Level of education				< 0,001	< 0,05	< 0,001	< 0,001
Неполное среднее / Incomplete Secondary, %	1,97	0,68	9,57	3,17			

Переменная / Variable	Межкластерные различия/Inter-cluster differences					
	p (1-2)	p (1-3)	p (1-4)	p (2-3)	p (2-4)	p (3-4)
Кластер 1, Cluster 1, n = 152						
Кластер 2, Cluster 2, n = 148						
Кластер 3, Cluster 3, n = 94						
Кластер 4, Cluster 4, n = 126						
Среднее / Secondary, %	7,89	0	11,7	10,32		
Среднее специальное / Special Secondary, %	3,95	5,41	10,64	19,05		
Незаконченное высшее / Incomplete Higher, %	28,29	8,11	32,98	26,19		
Высшее / Higher, %	57,24	81,76	32,98	40,48		
Ученая степень / Post-graduate levels, %	0,66	4,04	2,13	0,79		
Количество человек в домохозяйстве,ср. значение / Number of people in a household, mean score	3,59	3,96	3,43	3,48	< 0,05	< 0,001 < 0,001
Круг общения, средний балл / Social circle, mean score	3,35	3,27	2,4	2,79	< 0,001 < 0,001 < 0,001 < 0,001	< 0,05
Количество близких,ср. значение / Number of close ones, mean score	4,94	5,18	2,9	3,47	< 0,001 < 0,001 < 0,001 < 0,001	
Психическое расстройство (по данным самоотчета) / Mental disorder (self-reported), %	35,53	19,59	74,47	61,11	< 0,001 < 0,001 < 0,001 < 0,001	
Самоповреждения в прошлом / Prior self-harm behavior, %	36,84	18,92	87,23	71,43	< 0,001 < 0,001 < 0,001 < 0,001	< 0,001
Суицидальные попытки/Prior suicide attempts, %	15,13	10,14	54,26	35,71	< 0,001 < 0,001 < 0,001 < 0,001	< 0,001

Переменная / Variable	Межкластерные различия/Inter-cluster differences					
	p (1-2)	p (1-3)	p (1-4)	p (2-3)	p (2-4)	p (3-4)
Кластер 1, Cluster 1, n = 152						
Кластер 2, Cluster 2, n = 148						
Кластер 3, Cluster 3, n = 94						
Кластер 4, Cluster 4, n = 126						
Психические расстройства у близких / Mental disorders among close ones, %	27,63	31,08	43,62	48,41	< 0,05	< 0,001
Суицид/суициальная попытка среди близких / Suicide and/or suicide attempts among close ones, %	25	21,62	34,04	38,89	< 0,05	< 0,001
BDI, средний балл / Mean BDI score	6,97	9,57	38	20,6	< 0,001	< 0,001
Уровень депрессии (BDI) / Levels of depression (BDI)				< 0,001	< 0,001	< 0,001
Отсутствие депрессивных симптомов / No depression, %	69,74	56,76	0	0		
Легкая депрессия / Mild depression, %	30,26	25	0	16,67		
Умеренная депрессия / Moderate depression, %	0	11,49	0	26,98		
Выраженная депрессия / Severe depression, %	0	6,75	9,57	56,35		
Тяжелая депрессия / Extreme depression, %	0	0	90,43	0		
Суицидальные мысли (BDI), средний балл / Suicidal ideation (BDI), mean score	0,12	0,18	1,82	0,72	< 0,001	< 0,001

Переменная / Variable	Межкластерные различия/Inter-cluster differences					
	p (1–2)	p (1–3)	p (1–4)	p (2–3)	p (2–4)	p (3–4)
Кластер 1 / Cluster 1, n = 152						
Кластер 2 / Cluster 2, n = 148						
Кластер 3 / Cluster 3, n = 94						
Кластер 4 / Cluster 4, n = 126						
Автоагgression, средний балл / Mean autoaggression score	3,22	3,34	6,41	5,56	< 0,001	< 0,001
Индивидуальное отношение к суициду, средний балл / Individual representation of suicide, mean score	-3,12	-3,25	2,1	0,35	< 0,001	< 0,001
Воспринимаемое общественное отношение к суициду, средний балл / Perceived social representation of suicide, mean score	-5,76	-5,97	-7,4	-6,3	< 0,05	< 0,05

Примечание: p (1–2), p (1–3), p (1–4), p (2–3), p (2–4), p (3–4) обозначают значения р для межкластерных сравнений кластеров 1 и 2, 1 и 3, 1 и 4, 2 и 3, 2 и 4, 3 и 4 соответственно. Пустые ячейки в столбцах «Межкластерные различия» обозначают р > 0,05.

Note: p (1–2), p (1–3), p (1–4), p (2–3), p (2–4), p (3–4) stand for p-values of inter-cluster comparisons between clusters 1 and 2, 1 and 3, 1 and 4, 2 and 3, 2 and 4, 3 and 4 respectively. Empty cells in “Inter-cluster differences” columns stand for p > 0,05.

количество респондентов сообщили о наличии у них психического расстройства (19,59%) и о предшествующем самоповреждающем поведении (18,92%). Суицидальные попытки, психические расстройства и попытки суицида/суициды среди близких существенно не отличались от кластера 1. Индивидуальное ($M = -3,25$, ср. балл; $SD = 3,8$) и воспринимаемое общественное ($M = -5,97$, ср. балл; $SD = 3,2$) отношение к суициду было негативным и не продемонстрировало значимых отличий от кластера 1.

Кластер 3 — самая малочисленная группа ($n = 94$). Он включает молодых людей ($M = 25,9$ лет; $SD = 7,1$), большинство из которых не состоят в романтических отношениях/брачке (56,38%). По сравнению с другими группами, респонденты кластера 3 характеризуются самым низким уровнем образования (только 35,11% имели высшее образование или учченую степень), самой высокой долей суицидальных попыток (54,26%) и предшествующего самоповреждающего поведения (87,23%). Они также продемонстрировали самые высокие баллы по следующим клиническим параметрам, связанным с суицидальностью: уровень депрессии ($M = 38$, ср. балл; у 90,43% этих респондентов наблюдалась тяжелая степень депрессии), аутоаггрессия ($M = 6,41$, ср. балл), суицидальные мысли ($M = 1,82$, ср. балл). Что касается их отношения к самоубийству, их индивидуальное отношение было наиболее позитивным ($M = 2,1$, ср. балл; $SD = 3,9$), в то время как воспринимаемое общественное отношение было наиболее негативным ($M = -7,4$, ср. балл; $SD = 2,7$) по сравнению с другими кластерами. Доля респондентов с психическими расстройствами (74,47%) была значительно выше, чем в кластерах 1 и 2. Доля людей с психическими расстройствами среди их близкого окружения (43,62%) была значительно выше, чем в кластере 1 (27,63%).

Кластер 4 включает молодых людей ($M = 24,4$ лет; $SD = 4,7$), 51,59% из которых не состоят в романтических отношениях/брачке, а 41,27% имеют высшее образование или учченую степень. По сравнению с кластерами 1 и 2, у этих респондентов были более высокие показатели депрессии ($M = 20,6$, ср. балл; у 56,35% наблюдалась выраженная степень депрессии), суицидальных мыслей ($M = 0,72$, ср. балл) и аутоаггрессии ($M = 5,56$, ср. балл), также они характеризовались более высокой долей участников с суицидальными попытками (35,71%) и предшествующим самоповреждающим поведением (71,73%). В то же время эти показатели оказались ниже, чем в кластере 3. Среднее количество людей, которых испытуемые считали близкими ($M = 3,47$), было статистически равнозначно кластеру 3 ($M = 2,9$) и ниже, чем в кластере 1 ($M = 4,94$) и кластере 2 ($M = 5,18$). Доля испытуемых с психическими расстройствами в

кластере 4 составила 61,11%, что выше, чем в кластерах 1 и 2, но значительно не отличается от кластера 3. Кластер 4 также характеризовался склонностью к позитивным индивидуальным отношениям к суициду ($M = 0,35$, ср. балл; $SD = 3,9$). Воспринимаемое общественное отношение к суициду было менее негативным ($M = -6,3$, ср. балл; $SD = 3,4$), чем в кластере 3. Процент людей, сообщивших о том, что у них есть близкий человек с психическим расстройством (48,81%) и суициальными попытками либо умерший в результате суицида (38,89%), был выше, чем в кластерах 1 и 2, но статистически не отличался от кластера 3.

Обсуждение

Суицидальный риск. Несмотря на обширные исследования, посвященные изучению факторов суицидального риска (далее — СР), прогнозирование суицидального поведения остается сложной задачей (Чистопольская, Колачев, Ениколовов, 2023). В настоящее время суицид рассматривается как сложное явление, обусловленное сочетанием психологических, клинических, биологических и средовых/социальных факторов риска. К таким сильным прогностическим факторам относятся следующие: предшествующие суицидальные попытки, депрессия, любое диагностированное психическое расстройство, низкий уровень образования, высокая степень изоляции и слабая социальная поддержка (Jha, Chan, Orji, 2023). Как можно видеть из результатов настоящего исследования, выделенные кластеры существенно различаются по всем вышеперечисленным факторам. Это позволяет описать их в соответствии с разными уровнями СР (относительно общей выборки).

Кластеры 1 и 2 включают респондентов с низким СР. Они имеют сильную социальную поддержку и более высокий уровень образования. Значимо меньший процент этих респондентов предпринимали суицидальные попытки или сообщали о наличии у них психического расстройства. В этих кластерах также были выявлены более низкие показатели депрессии и суицидальных мыслей в сравнении с кластерами 3 и 4.

Что касается кластеров 3 и 4, значимо более высокий процент этих респондентов сообщили о суицидальных попытках. Кроме того, для них были характерны более высокий уровень депрессии, суицидальных мыслей и более низкий уровень образования. Таким образом, СР респондентов из кластера 4 можно охарактеризовать как умеренно высокий, а СР респондентов из кластера 3 — как высокий (в сравнении с кла-

стером 4, респонденты из кластера 3 показали значимо более высокие результаты по большинству параметров, связанных с суицидальностью).

Сравнение кластеров 1 и 2 (респонденты с низким суицидальным риском). Сравнение кластеров 1 и 2 показывает, что они существенно различаются по возрасту: в то время как кластер 1 в основном состоит из молодых людей в возрасте 20—30 лет, кластер 2 включает респондентов в возрасте 30—50 лет. Результаты показывают, что психические расстройства чаще встречаются среди молодого поколения. Поскольку психические заболевания стали одной из самых популярных тем в социальных сетях, молодое поколение лучше осведомлено о проблемах психического здоровья и более мотивировано обращаться за профессиональной помощью при необходимости. В 2020 году 46% молодых людей (18—24 лет) в России сообщили о росте доверия к психологам (этот процент был значительно ниже среди других возрастных групп) (ВЦИОМ, 2020). Вероятно, психические расстройства у представителей старшего поколения реже диагностируются. Это объяснение косвенно подтверждается следующим: несмотря на более низкий процент респондентов с психическими расстройствами, кластер 2 характеризовался значимо более высокой долей респондентов с симптомами депрессии, степень которой варьировалась от легкой до выраженной.

Несмотря на низкий уровень депрессии и суицидальных мыслей среди респондентов кластера 1, процент респондентов, сообщивших о самоповреждающем поведении, был значительно выше, чем в кластере 2. Несуицидальное самоповреждающее поведение (далее — НСПП) действительно является наиболее распространенным среди молодежи и подростков (Дарынин, Зайцева, 2023). Хотя большое количество исследований показывает, что НСПП является фактором СР, самоповреждение часто совершается и в отсутствие суицидальных мыслей (Klonsky, Victor, Saffer, 2014). Предположительно, высокая доля с респондентов, сообщивших об НСПП на фоне легких или отсутствующих депрессивных симптомов, в кластере 1 может быть связана с относительно низкой частотой и длительностью НСПП (в настоящем исследовании данные параметры не измерялись).

Сравнение кластеров 1, 3 и 4 («молодые» кластеры с разным уровнем СР). Обращает на себя внимание, что эти три кластера, хотя и состоят из молодых людей с разным уровнем депрессии и СР, не показывают значимых различий по семейному положению, наличию детей или количеству людей в домохозяйстве. Кластер 2 стал единственной группой, респонденты которой значимо отличались по этим параметрам от остальных

участников выборки — очевидно, из-за разницы в возрасте. Эти данные подтверждают, что вовлеченность в семейную жизнь (брак и рождение детей) не служит защитным фактором для молодежи (Плешкова, 2003), а становится таковым уже для людей более старшего возраста. В то же время субъективное восприятие молодыми людьми своего круга общения как узкого является надежным индикатором более высокого уровня депрессии и СР. Все три «молодых» кластера значимо различались по уровню образования. Это позволяет утверждать, что высшее образование служит сильным защитным фактором среди молодежи. Результаты нашего исследования не выявили значимых различий между кластерами в гетероагgression. Неудивительно, что аутоагgression является гораздо более надежным индикатором СР (показатели аутоагgression увеличивались по мере роста суициальнойности во всех трех «молодых» кластерах). Хотя НСПП может происходить и в отсутствие суициальных мыслей, увеличение доли респондентов с предшествующим НСПП было связано с более высоким уровнем депрессии и СР. Это подтверждает, что НСПП можно рассматривать как значимый фактор СР (например: Duarte et al., 2020). Наличие в семейном анамнезе психических заболеваний и суициального поведения также может считаться фактором СР.

Сравнение кластеров 3 и 4 (респонденты с высоким суициальным риском). Поскольку респонденты кластеров 3 и 4 продемонстрировали высокий уровень уязвимости с точки зрения СР, важно проанализировать основные различия между ними. Во-первых, были получены следующие количественные различия: по сравнению с кластером 3, респонденты кластера 4 имели более высокий уровень образования, более широкий круг общения, меньшую долю респондентов, сообщивших об НСПП и суициальных попытках в прошлом, а также более низкие баллы по аутоагgression и суициальным мыслям. Но особенно важно, что два кластера продемонстрировали ряд различий, позволяющих сделать выводы об их качественных особенностях. Кластер 3 практически полностью состоял из респондентов с тяжелой депрессией (90,43%), в то время как кластер 4 характеризовался легкой, умеренной или выраженной депрессивной симптоматикой (ни один из респондентов не сообщил о тяжелом уровне депрессии). Что касается отношения к самоубийству, респонденты кластера 3 сообщили о более позитивном индивидуальном и более негативном воспринимаемом общественном отношении к самоубийству, в сравнении с кластером 4. Эти результаты, по-видимому, представляют собой наиболее существенные различия, поэтому они будут отдельно проанализированы ниже.

Индивидуальное отношение к самоубийству. Настоящее исследование подтверждает вышеупомянутую корреляцию между суицидальным поведением и просуицидальными установками: с увеличением тяжести депрессии и СР индивидуальное отношение к самоубийству становится более позитивным. Результаты показывают, что молодые респонденты с низким СР и низким уровнем депрессии в основном демонстрируют негативное отношение к самоубийству. Умеренно высокий СР сопровождается слабым положительным, слабым отрицательным или нейтральным отношением (такие типы отношения можно охарактеризовать как «дозволяющие»). Респонденты с самым высоким уровнем СР и тяжелой депрессивной симптоматикой преимущественно демонстрируют умеренно позитивное индивидуальное отношение к самоубийству. Интересно отметить, что возраст, по-видимому, не влияет на индивидуальное отношение к самоубийству (молодые люди из кластера 1 и люди в возрасте 30—50 лет из кластера 2 со схожим уровнем СР не продемонстрировали значимых различий по этому параметру). Мы предполагаем, что люди, не страдающие суицидальной идеацией, более склонны принимать решения, основанные на распространенных в обществе убеждениях и культурных сценариях независимо от возраста, в то время как суицидальные личности склонны подвергать эти убеждения сомнению и формировать собственные установки, соответствующие их суицидальным мыслям. И чем более позитивное отношение к самоубийству у них формируется, тем выше уровень СР.

Воспринимаемое общественное отношение к самоубийству. Что касается восприятия респондентами общественного отношения к самоубийству, то респонденты из кластеров 1, 2 и 4 оценили его как резко негативное. Группа респондентов с тяжелыми депрессивными симптомами и самым высоким уровнем СР (кластер 3) стала единственной группой, существенно отличавшейся от других кластеров по этому параметру: их восприятие общественного отношения к самоубийству было экстремально негативным. Эти результаты подтверждают, что чувствительность к стигме суицида является сильным предиктором тяжести депрессивной симптоматики (Frey, Hans, Cerel, 2016).

У респондентов с низким уровнем СР (кластеры 1 и 2) не было выявлено признаков внутреннего конфликта: у этих респондентов как индивидуальное отношение, так и воспринимаемое общественное отношение к самоубийству было негативным. Предположительно, такие общественные установки могут закреплять их внутреннее табу в отношении самоубийства. Результаты исследования не выявили связи меж-

ду «дозволяющими» установками и повышенной восприимчивостью к стигматизации (восприятие респондентами кластера 4 общественного отношения к самоубийству существенно не отличалось от кластеров 1 и 2). В то же время респонденты с тяжелым уровнем депрессии и высоким СР (кластер 3), по-видимому, попадают в опасную «ловушку». Их собственное отношение к самоубийству умеренно позитивно, что может указывать на то, что они уже достигли точки, когда самоубийство рассматривается как способ прекратить страдания. И одновременно они чувствуют себя отвергнутыми окружающими из-за этих мыслей: налицо острый конфликт с обществом в их внутреннем мире.

Хотя большинство наблюдаемых факторов СР постепенно увеличивалось с ростом суициальности, воспринимаемое общественное отношение к суициду стало единственным параметром, который начал существенно меняться только у респондентов с самым высоким уровнем СР (респонденты с низким и умеренно высоким уровнем риска продемонстрировали схожие результаты). Это свидетельствует о том, что повышенная чувствительность к стигме суицидента действительно может служить надежным индикатором острого суициального кризиса.

Выводы

На основании результатов настоящего исследования сделаны следующие выводы.

1. Более высокий уровень образования, большое количество близких людей и широкий круг общения могут считаться защитными факторами, препятствующими суициальному поведению.
2. Самоповреждающее поведение, аутоаггрессия и семейная история суицидов могут служить предикторами суициального поведения.
3. Гетероаггрессия или вовлеченность в семейную жизнь среди молодежи (брак и наличие детей) не взаимосвязаны с суициальностью.
4. Повышенная чувствительность к стигме суицидента и внутренний конфликт с обществом, выраженные в «разрыве» между позитивным индивидуальным и крайне негативным воспринимаемым общественным отношением к самоубийству, являются надежными индикаторами острого суициального кризиса.

В отношении населения в целом негативное отношение общества к самоубийству может рассматриваться как защитный фактор, однако оно оказывает сильное неблагоприятное воздействие на людей с высо-

ким уровнем суициального риска, следствием чего становится их не- желание говорить о своих проблемах и обращаться за профессиональ- ной помощью.

Ограничения и перспективы исследований

Настоящее исследование имеет ряд ограничений, которые следует учитывать.

1. В выборке наблюдается неравномерное распределение факторов СР по возрасту: большинство респондентов с относительно высоким уровнем СР и депрессии составили молодые люди в возрасте 20—30 лет. Вероятно, это связано с тем, что ссылка на опрос распространялась преимущественно через интернет-сообщества, посвященные юмористической коммуникации на тему психических расстройств, депрессии, суицида. По нашим наблюдениям, аудиторию таких сообществ преимущественно составляют подростки и молодые люди. Оценка отношения к суициду у людей старшего возраста в связи с уровнем СР требует дополнительного исследования.

2. В общей выборке преобладают респонденты женского пола, что типично для психологических исследований. В будущих исследованиях необходимо провести оценку гендерных различий в индивидуальном и воспринимаемом общественном отношении к самоубийству.

3. Настоящее исследование не включало клиническую оценку депрессии и СР. Рекомендуется воспроизведение исследования на клинической выборке.

Список источников / References

1. Борисоник, Е.В., Любов, Е.Б. (2016). Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвты. *Консультативная психология и психотерапия*, 24(3), 25—41. <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240303>
Borisonic E.V., Lyubov E.B. (2016). Clinical and psychological consequences for the families of suicide victims. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 24(3), 25—41. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240303>
2. Букин, С.И., Тищенко, Е.М. (2016). Личность и общественное мнение в этиопатогенезе самоубийств. *Суицидология*, 3(24), 32—39. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnost-i-obschestvennoe-mnenie-v-etiopatogeneze-samoubiystv> (дата обращения: 19.03.2025)
Bukin, S.I., Tishchenko, E.M. (2016). Personality and public opinion in the etiopathogenesis of suicide. *Suicidology*, 3(24), 32—39. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnost-i-obschestvennoe-mnenie-v-etiopatogeneze-samoubiystv> (viewed: 19.03.2025).

3. Всероссийский центр изучения общественного мнения, ВЦИОМ (2020). Психологи среди нас. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/psikhologи-sredi-nas-2020> (дата обращения: 19.03.2025). WCIOM, Russian Public Opinion Research Center 2020. News: Psychologists among us. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/psikhologи-sredi-nas-2020> (viewed: 19.03.2025). (In Russ.).
4. Дарьин, Е.В., Зайцева, О.Г. (2023). Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*, 57(2), 8—19. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-694> Daryin, E.V., Zaitseva, O.G. (2023). Epidemiology of non-suicidal self-injurious behavior (non-systematic narrative review). *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev*, 57(2), 8—19. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-694>
5. Ильин, Е.П. (2001). *Психология индивидуальных различий. Серия Мастера психологии*. СПб: Питер. Ilyin, E.P. (2001). *Psychology of individual differences. Series Masters of Psychology*. St. Petersburg: Peter. (In Russ.).
6. Любов, Е.Б. (2019). Экскурс в историю отношения общества к суициду. В: Б.С. Положий (ред.), *Национальное руководство по суицидологии* (с. 12—39). М.: Медицинское информационное агентство. Lyubov, E.B. (2019). Journey into the history of society's attitude towards suicide. In: B.S. Polozhiy (Ed.), *National Suicidology Guide* (pp. 12—39). Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, (In Russ.).
7. Плешкова, А.Е. (2003). Суицид как девиантная форма поведения. *Известия УТГУ*, 17, 533—536. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/suitsid-kak-deviantnaya-forma-povedeniya> (дата обращения: 19.03.2025). Pleshkova, A.E. (2003). Suicide as a deviant— form of behavior. *News of the USMU*, 17, 533—536. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/suitsid-kak-deviantnaya-forma-povedeniya> (accessed: 19.03.2025).
8. Положий, Б.С. (2019). Этнокультурные детерминанты суицидального поведения. В: Б.С. Положий (Ред.), *Национальное руководство по суицидологии* (с. 194—208). М.: Медицинское информационное агентство. Polozhy, B.S. (2019). Ethnocultural determinants of suicidal behavior. In: B.S. Polozhy (Ed.), *National Suicidology Guide* (pp. 194—208). Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo. (In Russ.).
9. Положий Б.С., Руженков В.А., Руженкова В.В. (2017). Социальный прессинг стигмы самоубийцы: медико-социологическое исследование. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 117(3), 85—88. <https://doi.org/10.17116/jnevro20171173185-88> Polozhy, B.S., Ruzhenkov, V.A., Ruzhenkova, V.V. (2017). The social pressing of self-destroyer stigma: a medico-sociological study. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 117(3), 85—88. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20171173185-88>

10. Положий, Б.С., Руженкова, В.В. (2016). Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами. *Суицидология*, 7(3-24), 12—20. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stigmatizatsiya-i-samostigmatizatsiya-suicidientov-s-psihicheskimi-rasstroystvami> (дата обращения: 20.03.2025).
- Polozhij, B.S., Ruzhenkova, V.V. (2016). Stigmatization and self-stigmatization by persons with mental disorders who committed suicidal attempts. *Suicidology*, 7(3-24), 12—20. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stigmatizatsiya-i-samostigmatizatsiya-suicidientov-s-psihicheskimi-rasstroystvami> (viewed: 20.03.2025).
11. Российский статистический ежегодник: Стат. сб. (2023). М.: Росстат. URL: [https://eng.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Yearbook%202023\(1\).pdf](https://eng.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Yearbook%202023(1).pdf) (дата обращения: 19.03.2025).
Russian Statistical Yearbook: Stat. book (2023). Moscow: Rosstat. (In Russ.). URL: [https://eng.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Yearbook%202023\(1\).pdf](https://eng.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Yearbook%202023(1).pdf) (viewed: 19.03.2025).
12. Сурмач, М.Ю., Зверко, О.И., Холопица, Ю.В. (2019). Влияние приверженности здоровому образу жизни на отношение к суициду. *Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины*, 9, 187—194. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_42839708_84934670.pdf (дата обращения: 20.03.2025).
Surmach, M.Yu., Zverko, O.I., Kholopitsa, Yu.V. (2019). The influence of adherence to a healthy lifestyle on attitudes towards suicide. *Modern Problems of Hygiene, Radiation and Environmental Medicine*, 9, 187—194. (In Russ.). URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_42839708_84934670.pdf (viewed: 20.03.2025).
13. Таланов, С.Л., Киселева, Т.Г. (2018). Отношение к суициду в студенческой среде. *Alma Mater: Вестник высшей школы*, 1, 45—50. <https://doi.org/10.20339/AM.1-18.045>
- Talanov, S.L., Kiseleva, T.G. (2018). Perception of suicide in student midst. *Alma Mater: Vestnik Vysshey Shkoly [Higher School Herald]*, 1, 45—50. (In Russ.). <https://doi.org/10.20339/AM.1-18.045>
14. Тарабрина, Н.В. (2001). *Практикум по психологии посттравматического стресса*. СПб.: Питер.
Tarabrina, N.V. (2001). *Workshop on the psychology of post-traumatic stress*. St. Petersburg: Peter. (In Russ.).
15. Чистопольская, К.А., Ениколов, С.Н. (2018). О связи стигмы психического здоровья и суициdalного поведения. *Российский психиатрический журнал*, 2, 10—18. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-svyazi-stigmy-psihicheskoy-bolezni-i-suitsidalnogo-povedeniya/viewer> (дата обращения: 19.03.2025).
Chistopolskaya, K.A., Enikolopov, S.N. (2018). On the interrelation of mental health stigma and suicidal behavior. *Russian Journal of Psychiatry*, 2, 10—18. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-svyazi-stigmy-psihicheskoy-bolezni-i-suitsidalnogo-povedeniya/viewer> (viewed: 19.03.2025).
16. Чистопольская, К.А., Колачев, Н.И., Ениколов, С.Н. (2023). Вопросы диагностики суициdalного риска: где, когда и как проводить оценку?

- Консультативная психология и психотерапия*, 31(2), 9—32. <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310201>
- Chistopolskaya, K.A., Kolachev, N.I., Enikolopov, S.N. (2023). Questions for suicide risk assessment: where, when and how to measure? *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 31(2), 9—32. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310201>
17. Arnautovska, U., Grad, O.T. (2010). Attitudes Toward Suicide in the Adolescent Population. *Crisis*, 31(1), 22—29. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000009>
18. Carpinello, B., Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8, article 35. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00035>
19. Duarte, T.A., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, H.S., Santos, N., Gouveia-Pereira, M. (2020). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 287, article 112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>
20. Frey, L.M., Hans, J.D., Cerel, J. (2016). Perceptions of suicide stigma: How do social networks and treatment providers compare? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(2), 95—103. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000358>
21. Hallford, D.J., Rusanov, D.J., Winestone, B., Kaplan, R., Fuller-Tyszkiewicz, M., Melvin, G. (2023). Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review*, 101, article 102272. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102272>
22. Jha, S., Chan, G., Orji, R. (2023). Identification of Risk Factors for Suicide and Insights for Developing Suicide Prevention Technologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2023(2), 1—18. <https://doi.org/10.1155/2023/3923097>
23. Klonsky, E.D., Victor, S.E., Saffer, B.Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565—568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
24. Kodaka, M., Inagaki, M., Yamada, M. (2013). Factors Associated with Attitudes Toward Suicide: Among Japanese Pharmacists Participating in the Board Certified Psychiatric Pharmacy Specialist Seminar. *Crisis*, 34(6), 420—427. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000219>
25. Lester, D. (2006). Suicide and Islam. *Archives of Suicide Research*, 10(1), 77—97. <https://doi.org/10.1080/1381110500318489>
26. Rezaeian, M. (2010). Suicide among young Middle Eastern Muslim females. *Crisis*, 31(1), 36—42. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000005>
27. R Core Team (2024). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. URL: <https://www.R-project.org/> (viewed: 20.03.2025).
28. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: World Health Organization, 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789240026643> (viewed: 20.03.2025).

Информация об авторах

Говоров Станислав Александрович, аспирант, отдел медицинской психологии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1799-9944>, e-mail: stsgovorov@hotmail.com

Солондаев Владимир Константинович, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии, Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова (ФГБОУ ВО «ЯрГУ им. П.Г. Демидова»), Ярославль, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4156-5262>, e-mail: solond@yandex.ru

Михаил Игоревич Олейчик, младший научный сотрудник отдела медицинской психологии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ); аспирант кафедры нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), Москва, Российская федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4102-5978>, e-mail: mr.oleychik@mail.ru

Иванова Елена Михайловна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет)), Российской Федерации; старший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3616-9444>, e-mail: ivalenka13@gmail.com

Information about the authors

Stanislav A. Govorov, Postgraduate student, Department of Medical Psychology, Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1799-9944>, e-mail: stsgovorov@hotmail.com

Vladimir K. Solondaev, Candidate of Science (Psychology), Associate Professor, Department of General Psychology, P.G. Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4156-5262>, e-mail: solond@yandex.ru

Mikhail I. Oleychik, Junior Researcher, Department of Medical Psychology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia; Postgraduate student, Department of Neuro- and Pathopsychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4102-5978>, e-mail: mr.oleychik@mail.ru

Elena M. Ivanova, Candidate of Science (Clinical Psychology), Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia; Senior Researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3616-9444>, e-mail: ivalenka13@gmail.com

Вклад авторов

Говоров С.А. — концептуализация исследования; планирование исследования; сбор данных; интерпретация результатов исследования; аннотирование, написание и оформление рукописи.

Говоров С.А., Солондаев В.К.,
Олейчик М.И., Иванова Е.М. (2025)
Индивидуальное и воспринимаемое...
Консультативная психология и психотерапия,
33(3), 81–104.

Govorov S.A., Solondaev V.K.,
Oleychik M.I., Ivanova E.M. (2025)
Individual and perceived social attitudes...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
33(3), 81–104.

Солондаев В.К. — статистическая обработка данных; интерпретация результатов исследования.

Олейчик М.И. — интерпретация результатов исследования; написание и оформление рукописи.

Иванова Е.М. — концептуализация исследования; планирование исследования; контроль всех этапов исследования и подготовки рукописи.

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

Contribution of the authors

Stanislav A. Govorov — conceptualization of the study; planning of the research; data collection; interpretation of the results; annotation, writing and design of the manuscript.

Vladimir K. Solondaev — application of statistical methods for data analysis; interpretation of the results.

Mikhail I. Oleychik — interpretation of the results; writing and design of the manuscript.

Elena M. Ivanova — conceptualization of the study; planning of the research; control of all stages of the research and manuscript preparation.

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

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было рассмотрено и одобрено Этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол №918 от 02.11.2023 г.).

Ethics statement

The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of Mental Health Research Center (protocol № 918, 02.11.2023).

Поступила в редакцию 24.03.2025

Received 2025.03.24

Поступила после рецензирования 21.06.2025

Revised 2025.06.21

Принята к публикации 15.07.2025

Accepted 2025.07.15