



# ММА

**МОСКОВСКАЯ  
МЕЖДУНАРОДНАЯ  
АКАДЕМИЯ**

Министерство образования и науки  
Российской Федерации  
Образовательное частное учреждение высшего  
образования  
«МОСКОВСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ»

## ВЕСТНИК

Московской международной академии  
№ 2 – 2021

**Учредитель:** ОЧУ ВО «Московская международная академия»  
Регистрационный номер: ПИ № ФС 77-37854  
ISSN 2541-8343

***Редакционный совет***

**Александрова О.В.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Гриценко Е.С.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Демьянков В.З.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Егоров М.А.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Коттхофф Хельга**, доктор филологических наук, профессор, Фрайбургский университет  
им. Альберта Людвига, ФРГ.  
**Карасик В.И.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Красных В.В.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Поляков Ф.Б.**, доктор филологических наук, профессор, Венский университет, Австрия.  
**Радченко О.А.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Слышкин Г.Г.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Тарасов Е.Ф.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Тер-Минасова С.Г.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Уфимцева Н.В.**, доктор филологических наук, профессор.  
**Халеева И.И.**, доктор педагогических наук, профессор.  
**Шоре Элизабет**, доктор филологических наук, профессор, Фрайбургский университет  
им. Альберта Людвига, ФРГ.

***Редакционная коллегия***

**Терентий Л.М.**, ректор ОЧУ ВО «Московская международная академия», кандидат  
политических наук, доктор филологических наук, *главный редактор*.  
**Кирилина А.В.**, доктор филологических наук, профессор, *заместитель главного  
редактора*.  
**Дмитрюк С.В.**, кандидат филологических наук, *выпускающий редактор*.  
**Лапин А.А.**, кандидат политических наук.  
**Сподах Г.Г.**, кандидат экономических наук.  
**Усачев Е.В.**, проректор по внешним связям ММА.  
**Хаимова В.М.**, кандидат филологических наук, доцент.

Научный журнал теоретических и прикладных исследований.  
Выходит 2 раза в год.  
Перепечатка материалов из журнала допускается только по согласованию  
с редакцией.  
Адрес редакции: Москва, ул. Новомосковская, д.15а  
e-mail: [info@mmamos.ru](mailto:info@mmamos.ru)

Москва 2021  
© ОЧУ ВО «Московская международная академия», 2021  
© Авторы, 2021

Подписано в печать 28.10.2021. Формат 70x100/16. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 9,7. Тираж 500 экз.  
Отпечатано в типографии «Канцлер», г. Ярославль, e-mail: [kancler2007@yandex.ru](mailto:kancler2007@yandex.ru)

**Founder:** Moscow International Academy  
Registration number: ПИ No. ФС 77-37854  
ISSN 2541-8343

*Academic Advisory Board*

**Alexandrova O.V.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Gritsenko E.S.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Demyankov V.Z.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Egorov M.A.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Kotthoff Helga**, Doctor of Philology, Professor, University of Freiburg Albert Ludwig, Germany.  
**Karasik V.I.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Krasnykh V.V.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Polyakov F.B.**, Doctor of Philology, Professor, University of Vienna, Austria.  
**Radchenko O.A.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Slyshkin G.G.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Tarasov E.F.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Ter-Minasova S.G.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Ufimtseva N.V.**, Doctor of Philology, Professor.  
**Khaleeva I.I.**, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor.  
**Shore Elizabeth**, Doctor of Philology, Professor, University of Freiburg Albert Ludwig, Germany.

*Editorial Board*

**Terenty L.M.**, Candidate of Political Science, Doctor of Philology, Rector of the Moscow International Academy, *Editor-in-Chief*  
**Kirilina A.V.**, Doctor of Philology, Professor, *Deputy editor*  
**Dmitryuk S.V.**, Candidate of Philology, *Executive secretary*  
**Lapin A.A.**, Candidate of political sciences.  
**Spodakh G.G.**, Candidate of economic sciences.  
**Usachev E.V.**, Vice-rector for External Relations of MMA.  
**Khaimova V.M.**, Candidate of philological sciences, associate professor.

Scientific journal of theoretical and applied research.  
2 issues per year.  
Editorial office: Moscow, ul. Novomoskovskaya, 15a  
e-mail: [info@mmamos.ru](mailto:info@mmamos.ru)  
All rights reserved.

The materials of the journal may not be translated or copied in whole or in part without the written permission of the publisher, except for brief excerpts in connection with reviews or scholarly analysis.

Moscow, 2021  
© Moscow International Academy, 2021  
© Authors, 2021

## VI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СУИЦИДОЛОГИЯ – АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВЫЗОВЫ И СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ»

<b>Абриталин Е.Ю., Рухлова И.А.</b> Особенности суицидогенных конфликтов, мотивы и способы совершения суицидов подростками с психическими расстройствами.....	12
<b>Иванов О.В.</b> Когнитивные паттерны латерализации у лиц, совершивших суицидальную попытку.....	26
<b>Ковпак А.И., Ковпак Д.В.</b> Социальный проект ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии «Самоубийству стоп!».....	32
<b>Ковпак Д.В.</b> Использование «третьей» волны когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении и профилактике суицидального поведения.....	38
<b>Ковпак Д.В.</b> Когнитивно-поведенческая терапия суицидального поведения.....	55
<b>Кошанская А.Г.</b> Особенности профилактики суицидального поведения несовершеннолетних в образовательной среде.....	64
<b>Любов Е.Б.</b> Суицидология на марше: задания на сегодня и завтра.....	70
<b>Магурдумова Л. Г.</b> Лечебно-реабилитационная помощь лицам после суицидальной попытки во внебольничных условиях.....	73
<b>Петрова Н.Н.</b> Депрессия, антидепрессивная терапия и суицидальное поведение	77
<b>Соловьева С.Л.</b> Картина мира суицидентов как объект психологической помощи.....	80
<b>Тарасова Е.В.</b> Суицид и дестигматизация.....	86
<b>Черенков А.А., Бурт А.А.</b> Новая организационная структура деятельности по профилактике суицидов в уголовно-исполнительной системе.....	94
<b>Черенков А.А., Бурт А.А., Пономарев А.А., Ильинцев Е.В.</b> Некоторые методические аспекты оказания помощи при незавершенных суицидах в практике пенитенциарного врача.....	100

## **ПЕДАГОГИКА И ЛИНГВОДИДАКТИКА**

**Хаткевич О.В.**

- Применение образовательной технологии эдьютейнмент в практике преподавания английского языка на базе курсов по изучению иностранных языков..... 106

## **МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ И ЛИНГВОКУЛЬТУРОЛОГИЯ**

**Агафонова Н.А.**

- Особенности уголовно-правовой системы Японии XVII в. – второй половины XIX вв. .... 114

**Тумакова Т.В.**

- Становление и развитие культа предков на Японских островах..... 132

## **СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНОЕ ЗНАНИЕ В XXI ВЕКЕ**

**Нечувилин С.Б.**

- Национальные системы лицензирования специалистов по виду спорта при профильных спортивных федерациях, союзов и ассоциаций, как стратегический инструмент развития вида спорта..... 142

## **ИНФОРМАЦИЯ**

- Правила представления рукописей ..... 150

**VI SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE  
«SUICIDOLOGY – ACTUAL PROBLEMS, CHALLENGES  
AND MODERN SOLUTIONS»**

<b>Abritalin E.Y., Rukhlova I.A.</b>	
Features Of Suicidal Conflicts, Motives And Methods Of Committing Suicide By Adolescents With Mental Disorders.....	12
<b>Ivanov O.V.</b>	
Cognitive Lateralization Patterns In Suicidal Individuals.....	26
<b>Kovpak A.I., Kovpak D.V.</b>	
Social Project Of The Association Of Cognitive Behavioral Psychotherapy “Stop Suicide!”.....	32
<b>Kovpak D.V.</b>	
The Use Of The “Third” Wave Of Cognitive Behavioral Therapy In The Complex Treatment And Prevention Of Suicidal Behavior.....	38
<b>Kovpak D.V.</b>	
Cognitive Behavioral Therapy Of Suicidal Behavior.....	55
<b>Koshanskaya A.G.</b>	
Features Of Prevention Of Suicidal Behavior Of Minors In The Educational Environment.....	64
<b>Lyubov E.B.</b>	
Suicidology On The March: Tasks For Today And Tomorrow.....	70
<b>Magurdumova L.G.</b>	
Medical And Rehabilitation Assistance To Persons After A Suicidal Attempt In Out-Of-Hospital Conditions.....	73
<b>Petrova N.N.</b>	
Depression, Antidepressant Therapy And Suicidal Behavior.....	77
<b>Solovyova S.L.</b>	
The Picture Of The World Of Suicides As An Object Of Psychological Help.....	80
<b>Tarasova E.V.</b>	
Suicide And Destigmatization.....	86
<b>Cherenkov A.A., Burt A.A.</b>	
New Organizational Structure Of Suicide Prevention Activities In The Penal System.....	94
<b>Cherenkov A. A., Burt A. A., Ponomarev S. B., Ilyintsev E. V.</b>	
Some Methodological Aspects Of Providing Assistance For Incomplete Suicides In The Practice Of A Penitentiary Doctor.....	100

## **PEDAGOGY AND LINGUODIDACTICS**

**Khatkevich O.V., Lapin A.A.**

The Use Of Educational Technology Edutainment In The Practice Of Teaching English On The Basis Of Foreign Language Courses..... 106

## **CROSSCULTURAL COMMUNICATION AND CULTURAL LINGUISTICS**

**Agafonova N.A.**

The Particularities Of The Criminal Legal System Of Japan XVII Century – Second Half Of The XIX Century..... 114

**Tumakova T.V.**

Formation And Development Of The Ancestor Worship In The Japanese Islands..... 132

## **SOCIO-HUMANITARIAN KNOWLEDGE IN THE XXI CENTURY**

**Nechuvilin S.B.**

National Systems Of Licensing For Sports Specialists At Sports Federations, Unions And Associations, As A Strategic Tool For The Development Of A Sport..... 142

## **INFORMATION**

Manuscript Submission Rules..... 150



**ММА**

**МОСКОВСКАЯ  
МЕЖДУНАРОДНАЯ  
АКАДЕМИЯ**



**Ректор ММА  
Терентий Ливиу Михайлович  
получил правительственную награду от  
ВЛАДИМИРА ВЛАДИМИРОВИЧА ПУТИНА**



11 октября случилось радостное и долгожданное событие: Терентий Ливиу Михайлович – ректор Московской международной академии – указом Президента Российской Федерации был удостоен почетной грамоты за «Заслуги в научно-педагогической деятельности, подготовке квалифицированных специалистов и многолетнюю добросовестную работу».

«Коллеги, это не только моя награда – это наша общая награда, это заслуга всего вуза!» – прокомментировал теплые слова поздравления своих коллег Ливиу Михайлович.

АССОЦИАЦИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ  
СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ  
«САМОУБИЙСТВУ СТОП!»

## VI научно-практическая конференция «Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения»

4 ноября 2021

Московская Международная Академия

+ онлайн-трансляция



**Уважаемые коллеги,**

данный выпуск журнала «Вестник Московской международной академии» является тематическим и приурочен совместному с Ассоциацией когнитивно-поведенческой психотерапии проведению VI научно-практической конференции «СУИЦИДОЛОГИЯ – АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВЫЗОВЫ И СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ».

Эта тематическая часть Вестника представлена сборником статей, посвященным актуальной социальной проблеме – профилактике и превенции суицидального поведения. Рост суицидов в России и расширение групп риска – это вызов для профессионального сообщества. Статьи сборника отражают современные тенденции в практике специалистов различных профессий.

Мультидисциплинарность проблемы отражена в результатах исследований, которые представлены для дискуссий в научном сообществе. Научно-практическая конференция, посвященная актуальным проблемам и современным решениям в области суицидологии, направлена на развитие информированности профессионального сообщества и общества в целом по острой проблеме суицидальности, повышение качества образования специалистов, так или иначе работающих или соприкасающихся с группами риска.

**Ковпак Дмитрий Викторович**

Северо-Западный государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова,

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии,  
Российская Психотерапевтическая Ассоциация

**VI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ  
«СУИЦИДОЛОГИЯ – АКТУАЛЬНЫЕ  
ПРОБЛЕМЫ, ВЫЗОВЫ  
И СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ»**

**ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДОГЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, МОТИВЫ  
И СПОСОБЫ СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДОВ ПОДРОСТКАМИ  
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Абриталин Евгений Юрьевич**

д.м.н. профессор, заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии лечебного факультета Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, профессор кафедры неврологии и психиатрии Института медицинского образования Национального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова

Email: e@abritalin.ru

**Рухлова Ирина Александровна**

врач психиатр-нарколог ООО «Медикум»,  
ООО «Адмиралтейские верфи»

**Аннотация.** В статье описано исследование особенности суицидогенных конфликтов, мотивов и способов совершения суицидальных попыток подростками с психическими расстройствами. В исследовании изучались обстоятельства и характер актуальной суицидогенной ситуации, приведшей к совершению пациентом акта аутоагрессии. По результатам клинико-психопатологического исследования было выделено три группы суицидентов. В первую группу вошло 52 пациента, которые совершили суицидальные попытки при реакциях на тяжелый стресс и расстройствах адаптации (F 43). Вторую группу обследованных составили 49 пациентов, совершивших попытки самоубийства при имеющейся психической патологии пограничного регистра и / или зависимостях от психоактивных веществ (ПАВ). В третью группу вошло 22 суицидента, которые страдали различными психическими расстройствами с имеющейся в клинике актуальной психотической симптоматикой (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F31.5, F 32.3)

**Ключевые слова:** суицидогенные конфликты, мотивы и способы совершения суицидов, суицидальные действия детей и подростков

## FEATURES OF SUICIDAL CONFLICTS, MOTIVES AND METHODS OF COMMITTING SUICIDE BY ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

**Arbitalin E.Y., Rukhlova I.A.**

**Abstract.** The article describes the study of the features of suicidal conflicts, motives and methods of committing suicide attempts by adolescents with mental disorders. The study examined the circumstances and nature of the actual suicidal situation that led to the patient committing an act of autoaggression. According to the results of clinical and psychopathological research, three groups of suicides were identified. The first group included 52 patients who made suicidal attempts in response to severe stress and adaptation disorders (F 43). The second group of examined patients consisted of 49 patients who had attempted suicide with the existing mental pathology of the borderline register and/or addictions to psychoactive substances (surfactants). The third group included 22 suicides who suffered from various mental disorders with actual psychotic symptoms available in the clinic (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F31.5, F 32.3)

**Keywords:** suicidal conflicts, motives and methods of suicide prevention, suicidal actions of children and adolescents

**Введение.** Аутоагрессивное поведение детей и подростков, одним из проявлений которого являются суицидальные действия, является одной из ведущих проблем в современной психиатрии [2-4; 6; 11; 14].

Большинство исследователей сходятся во мнении, что причинами детских и подростковых самоубийств являются не общественные и экономические факторы, социальные и бытовые стрессы, как это нередко происходит со взрослыми, а процессы, связанные с отношениями в семье, с друзьями, в школе [8; 9]. В то же время, анализ современной научной литературы показывает, что проблеме суицидальности детей и подростков, процент и количество которой растет ежегодно, уделяется недостаточно внимания [5; 7; 10-14]. В частности, мало изучены особенности суицидогенных конфликтов, ведущих к формированию и реализации суицидального поведения, а также мотивы и способы совершения подростками суицидальных попыток в современных условиях. Вышеуказанное обуславливает актуальность данного исследования.



**Цель исследования** – изучить особенности суицидогенных конфликтов, мотивов и способов совершения суицидальных попыток подростками с психическими расстройствами.

**Объект и методы исследования.** С помощью клинико-психопатологического и клинико-анамнестического методов было проведено обследование 123 подростков (47 - 38,21% юношей и 76 - 61,79% девушек, средний возраст -  $16,41 \pm 1,12$  лет), которые совершили суицидальную попытку и были госпитализированы в психиатрическую больницу. Изучались обстоятельства и характер актуальной суицидогенной ситуации, приведшей к совершению пациентом акта аутоагрессии. Информацию получали непосредственно от самого госпитализированного, а также от родственников и ближайшего окружения, что позволяло верифицировать характер суицидогенного конфликта, его личностное содержание и квалифицировать мотив суицидального поведения. Регистрировались данные о способе суицидальной попытки, дата и время ее совершения, наличие соматических осложнений. Квалифицирование мотива суицидального поведения проводилось в соответствии с классификацией А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980) [1]. Комплексная оценка степени серьезности суицидальной попытки проводилась с помощью специальной оценочной шкалы А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980) [1], позволяющей оценить ее в баллах. Шкала включала в себя блок оценки обстоятельств попытки, субъективные сведения и медицинские критерии. По суммарному баллу аутоагрессивные действия оценивались как суицидальные попытки низкой серьезности (меньше 14 баллов) и высокой серьезности (больше 14 баллов). Исследование проводилось только среди подростков, совершивших суицидальную попытку, случаи завершенных суицидов нами не анализировались.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам клинико-психопатологического исследования было выделено три группы суицидентов. В первую группу вошло 52 пациента, которые совершили суицидальные попытки при реакциях на тяжелый стресс и расстройствах адаптации (F 43). Вторую группу обследованных составили 49 пациентов, совершивших попытки самоубийства при имеющейся психической патологии пограничного регистра и / или зависимостях от психоактивных веществ (ПАВ) в рамках реакции на тяжелый стресс и расстройств адаптации (F 43 – по основному диагнозу, F 07, F 91, F 10.2, F 11.2, F 19.2 – по коморбидному диагнозу).

В третью группу вошло 22 суицидента, которые страдали различными психическими расстройствами с имеющейся в клинике актуальной психотической симптоматикой (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F31.5, F 32.3). Возраст обследованных находился в диапазоне от 11 до 18 лет (средний возраст –  $16,41 \pm 1,12$  лет).

Изучение характера суицидогенного конфликта, мотивации и способов совершения суицидальной попытки проводилось отдельно по каждой клинико-нозологической группе.

При изучении характера суицидогенного конфликта оказалось, что у всех обследованных первой клинической группы он имел истинный характер. У 38 (73,08%) суицидентов конфликт был связан с семейными проблемами. Среди них жестокое обращение с подростком одного из родителей (чаще всего отца) служило причиной семейного конфликта у 20 (52,63%) обследованных, материально-бытовые проблемы – у 12 (31,58%) и у 6 (15,79%) суицидентов причиной семейного конфликта оказалось неприятие родителями поведения подростка (употребление ПАВ, взаимоотношения со сверстниками). Суицидогенный конфликт на почве несемейных межличностных отношений имел место у 14 (26,92%) обследованных, причем у 10 (71,43%) из них он был вызван интимными проблемами во взаимоотношениях со сверстниками (чаще противоположного пола) и у 4 (28,57%) – проблемами во взаимоотношениях в школьном коллективе. У 4 (7,69%) суицидентов основной конфликт сочетался с действием дополнительных психогений (конфликт в школе, материальные проблемы, смерть близкого, ссора со сверстниками). Приведенные данные свидетельствуют о преимущественно внутрисемейном характере конфликтов у пациентов первой клинической группы.

Изучение личностной мотивации суицидальной попытки у госпитализированных первой группы выявило, что у 25 (48,08%) лиц она имела демонстративно-шантажный характер, у 10 (19,23%) – мотивом был отказ от жизни, у 9 (17,31%) – протест, у 4 (7,69%) – устранение и у 4 (7,69%) обследованных мотивом суицидального поведения оказалась месть и призыв (по 2 наблюдения соответственно). Распределение мотивов попытки самоубийства в зависимости от психопатологического синдрома представлено в таблице 1.

**Таблица 1.**

Распределение суицидентов первой группы в зависимости от мотива суицидального поведения и ведущего психопатологического синдрома (N=52)

Мотив суицидального поведения	Ведущий психопатологический синдром (абс. / в %)					Всего
	истеро-дисфорический	тревожно-истерический	астено-депрессивный	депрессивный	тревожно-депрессивный	
демонстративно-шантажный	<u>17</u> 32,69%	<u>7</u> 13,46%	<u>1</u> 1,92%	-	-	<u>25</u> 48,08%
отказ от жизни	-	-	<u>5</u> 9,62%	<u>3</u> 5,78%	<u>2</u> 3,85%	<u>10</u> 19,23%
«протест»	<u>4</u> 7,69%	<u>4</u> 7,69%	<u>1</u> 1,92%	-	-	<u>9</u> 17,31%
«устранение»	-	-	-	<u>2</u> 3,85%	<u>2</u> 3,85%	<u>4</u> 7,69%
«призыв»	<u>1</u> 1,92%	<u>1</u> 1,92%	-	-	-	<u>2</u> 3,85%
«месть»	<u>2</u> 3,85%	-	-	-	-	<u>2</u> 3,85%
Всего	<u>24</u> 46,15%	<u>12</u> 23,08%	<u>7</u> 13,46%	<u>5</u> 9,62%	<u>4</u> 7,69%	<u>52</u> 100,0%

Как следует из представленной таблицы 1, у суицидентов с истеро-дисфорическим синдромом мотивация суицидального поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести. Аналогичная картина имела место у обследованных подростков с симптоматикой тревожно-истерического регистра, то есть они также стремились повлиять на объекты суицидогенного конфликта путем собственных суицидальных действий. Подростки с ведущим в клинике расстройстве



астено-депрессивным синдромом совершали попытки самоубийств преимущественно по мотиву отказа от жизни, т.е. суицидальные действия у них имели истинный характер, и только в 2 случаях (3,85%) наблюдалась демонстративно-шантажная и протестная мотивация. Истинный характер суицидальной попытки по преимуществу наблюдался и у госпитализированных с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой, у которых доминировали мотивы отказа от жизни и «устранения» («бегства»). Таким образом, наиболее потенциально опасные мотивы (отказ от жизни и «устранение») наблюдались у подростков с имеющимся в структуре психопатологического синдрома депрессивным компонентом.

Способом совершения суицидальной попытки у 4 юношей и 30 (57,69%) девушек было отравление медикаментозными средствами, 4 (7,69%) юноши и 2 (3,85%) девушки совершили самоповешение, 8 (15,38%) юношей – самопорезы предплечий, 3 (5,78%) девушки – отравление инсектицидами и 1 (1,92%) суицидентка в качестве способа самоубийства внутривенно вводила воздух.

Таким образом, заведомо летальные способы суициденты первой клинической группы выбрали в 10 (19,23%) случаях. Распределение способов реализации суицида в зависимости от пола обследованных выявило достоверное преобладание медикаментозных отравлений среди девушек, в то время как юноши чаще совершали самопорезы ( $p < 0,01$ ).

В состоянии алкогольного опьянения суицидальную попытку совершили 26 (50,0%) подростков данной клинической группы.

Определение степени серьезности попытки самоубийства с помощью специальной оценочной шкалы в баллах показало, что 10 (19,23%) обследованных получили от 14 до 21 балла (средний балл – 16,7), что соответствует высокой степени серьезности попытки. Низкие показатели серьезности попытки обнаружили 42 (80,77%) подростка, которые получили от 2 до 13 баллов (средний балл – 6,89).

Изучение характера суицидогенного конфликта у обследованных второй клинической группы показало, что у всех подростков он также имел реальное основание. У 29 (59,18%) обследованных конфликт был связан с семейными проблемами, причем у всех из них причиной семейной ссоры послужил факт алкогольной или наркотической зависимости подростка, которая негативно воспринималась родителями. У остальных 20 (40,82%) обследованных суицидогенный конфликт развился на почве несемейных межличностных отношений: у 7 (14,29%) – вследствие интимных проблем взаимоотношения со сверстниками, у

13 (26,53%) – вследствие алкогольной или наркотической зависимости подростка. В 7 (14,29%) наблюдениях основной конфликт сочетался с действием дополнительных психогений (болезнь близкого человека, ссора со сверстником, кража личного имущества). Таким образом, суицидогенные конфликты в данной группе преимущественно возникали в семье, причем во всех случаях причиной служила химическая зависимость суицидента.

Распределение мотивов суицидальных действий в зависимости от ведущего психопатологического синдрома у обследованных второй группы представлено в таблице 2.

Как следует из таблицы 2, основными мотивами суицидальных действий у обследованных оказались отказ от жизни и протест (по 32,65%), несколько реже (22,45%) суицидальная попытка носила демонстративно-шантажный характер.

**Таблица 2.**

Распределение суицидентов второй группы в зависимости от мотива суицидального поведения и ведущего психопатологического синдрома (N=49)

Мотив суицидального поведения	Ведущий психопатологический синдром (абс. / в %)				
	астено-депрессивный	истеро-депрессивный	депрессивный	депрессивно-тревожный	Всего
отказ от жизни	<u>9</u> 18,37%	-	<u>7</u> 14,29%	-	<u>16</u> 32,65%
демонстративно-шантажный	-	<u>11</u> 22,45%	-	-	<u>11</u> 22,45%
«призыв»	<u>3</u> 6,12%	-	-	-	<u>3</u> 6,12%
«протест»	<u>5</u> 10,20%	<u>5</u> 10,20%	-	<u>6</u> 12,24%	<u>16</u> 32,65%
самонаказание	<u>3</u> 6,12%	-	-	-	<u>3</u> 6,12%
Всего	<u>20</u> 40,82%	<u>16</u> 32,65%	<u>7</u> 14,29%	<u>6</u> 12,24%	<u>49</u> 100,0%

В 12 наблюдениях (24,49%) астено-депрессивного синдрома суициденты сознательно выбирали самоубийство способом выхода из существующего конфликта (отказ от жизни и самонаказание), а в 8 (16,33%) – суицидальные действия служили способом активизировать помощь окружающих (призыв) либо выражали протест против сложившейся ситуации.

Открытых демонстративно-шантажных мотивов в данной подгруппе не обнаружилось. У подростков с истеро-депрессивной симптоматикой в большинстве случаев (68,75%) мотивация суицидального поведения определялась рентными установками, то есть имела демонстративно-шантажную природу, а у 5 (10,20%) суицидентов выражала протестную позицию в суицидогенном конфликте. Все госпитализированные с ведущим депрессивным синдромом совершили попытку самоубийства при совпадении цели и мотива (отказ от жизни), а у всех обследованных с депрессивно-тревожным симптомокомплексом мотивация заключалась в «протесте».

Способом совершения суицидальной попытки у 9 (18,37%) юношей и 13 (26,53%) девушек было отравление медикаментозными средствами, 5 (10,20%) юношей и 5 девушек совершили самоповешение, 11 (22,45%) юношей и 2 (4,08%) девушки – самопорезы предплечий, 3 (6,12%) юноши совершили отравление газом и 1 (2,04%) – подкожное введение аммиака. Таким образом, заведомо летальные способы (самоповешение, тяжелые ранения, отравление токсическими дозами медикаментов) суициденты второй группы выбрали в 25 (51,02%) наблюдениях, достоверно отличаясь от обследованных первой группы ( $p < 0,01$ ).

В состоянии алкогольного опьянения суицидальную попытку совершило 35 (71,43%) подростков, в то время как 14 (28,57%) в момент совершения самоубийства были трезвыми. В сравнении с первой группой, обследованные второй чаще находились в состоянии алкогольного опьянения во время совершения суицидальных действий, но без статистической достоверности ( $p > 0,05$ ).

При определении степени серьезности суицидальной попытки в баллах установлено, что 25 (51,02%) госпитализированных получили от 14 до 22 баллов (средний балл – 18,09), что соответствует высокой степени серьезности попытки. Практически такое же количество обследованных (24 – 48,98%) получило от 10 до 13 баллов (средний балл – 6,82), что соответствует низкой степени серьезности попытки. Таким образом, подростки-суициденты данной группы в сравнении

с обследованными первой, достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) совершали суицидальные попытки высокой степени серьезности.

При изучении характера суицидогенного конфликта у подростков третьей клинической группы оказалось, что все обследованные совершили попытку суицида на фоне болезненных переживаний под непосредственным влиянием психотических расстройств, то есть реальный конфликт отсутствовал. У 4 (18,18%) подростков наблюдались дополнительные психогении, которые, однако, не играли ведущей роли в мотивообразовании суицидального поведения. Данные о распределении мотивации самоубийства в зависимости от синдромальной принадлежности пациентов третьей клинической группы представлены в таблице 3.

Как следует из представленной таблицы 3, у 6 (27,27%) пациентов с депрессивно-параноидной симптоматикой и сенестопатическим компонентом стержневым мотивом совершения суицидальных действий было «устранение» («бегство»), направленное на избавление от болезненных сенестопатических страданий. Именно наличием этих нестерпимых ощущений больные объясняли совершенную попытку самоубийства, которое приобретало характер «анальгетического суицида». Бредовый компонент психопатологии в данном случае не имел ведущего иницирующего значения, однако служил «логическим» обоснованием принятого решения. У 2 (9,09%) обследованных с депрессивно-параноидным синдромом ведущим мотивом совершения суицидальных действий также было «устранение», обусловленное, однако, стремлением избавиться от тяжести психического состояния, которое воспринималось как мучительное, усиливаясь бредовым компонентом в виде идей отношения. Мотивация самонаказания была ведущей у 1 (4,55%) обследованного подростка с депрессивно-параноидным синдромом, причем бредовый компонент (бред заражения венерическим заболеванием) также способствовал мотивообразованию.

У 5 (22,73%) пациентов с ведущим в клинике психического расстройства депрессивным синдромом основными мотивами саморазрушения были устранение и самонаказание (4 и 1 наблюдения соответственно). Мотивообразование самоубийства базировалось у них на основании депрессивной деперсонализации, конгруэнтных аффективному состоянию идей самообвинения и греховности с характерной для депрессии психалгией.

Таблица 3.

Мотив суицидального поведения	Ведущий психопатологический синдром (абс. / в %)						Всего
	Депрессивно-параноидный		Депрессивный		Галлюцинаторно-параноидной	Параноидный	
	с сенестопатиями	без сенестопатий	с сенестопатиями	без сенестопатий			
«устранение»	<u>6</u> 27,27%	<u>2</u> 9,09%	<u>4</u> 18,18%	-	-	-	<u>12</u> 54,55%
самонаказание	-	<u>1</u> 4,55%	<u>1</u> 4,55%	-	-	-	<u>2</u> 9,09%
отказ от жизни	-	-	-	<u>1</u> 4,55%	-	-	<u>1</u> 4,55%
самопожертвование	-	-	-	<u>1</u> 4,55%	-	<u>1</u> 4,55%	<u>2</u> 9,09%
отсутствие мотивации	-	-	-	-	<u>5</u> 22,73%	-	<u>5</u> 22,73%
Всего	<u>6</u> 27,27%	<u>3</u> 13,64%	<u>5</u> 22,73%	<u>2</u> 9,09%	<u>5</u> 22,73%	<u>1</u> 4,55%	<u>22</u> 100,0%

Распределение суицидентов третьей группы по мотиву суицидальных действий и ведущему психопатологическому синдрому (N=22)

Сенестопатические ощущения, наблюдавшиеся у таких подростков, не имели решающего значения в принятии суицидального решения, уступая по субъективному значению другим расстройствам аффективного регистра. Наличие сенестопатий в данной подгруппе обследованных только в 3 (13,64%) случаях служило первотолчком к совершению суицидальной попытки путем «анальгетического» устранения, причем сенестопатии в данных случаях имели интенсивный мучительный характер.

Доминирующий мотив самопожертвования, обусловленный конгруэнтными депрессии бредовыми идеями вины перед родителями, наблюдался у 1 (4,55%) обследованного подростка. Также у 1 (4,55%) больного с депрессивным синдромом, сопровождавшемся анестетическим компонентом, мотивацией самоубийства оказался отказ от жизни, обусловленный утратой эмоционального реагирования и ангедоническими проявлениями, субъективно воспринимавшимися пациентом, как «потеря смысла существования».

Пациенты с галлюцинаторно-параноидными расстройствами во всех случаях совершали суицидальные действия под доминирующим влиянием вербальных императивных псевдогаллюцинаций суицидального содержания. При анализе мотивообразования было установлено, что суицидальные действия у них совершались по типу самопроизвольной реализации, когда даже «псевдореальный» суицидогенный конфликт отсутствовал, и личностная структура больного не влияла на принятие им фатального решения. Наличие элементов психических автоматизмов (в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо) у 2 (9,09%) суицидентов способствовало тому, что пресуицидальный период у них был крайне короткий (почти молниеносный).

Ведущим мотивом совершения самоубийства у 1 (4,55%) подростка с параноидным синдромом было самопожертвование, обусловленное спецификой бредовых идей воздействия и преследования, на почве которых сформировался «псевдореальный» конфликт.

Таким образом, доминирующими мотивациями совершения суицидальных действий у обследованных третьей группы оказались «устранение» («бегство») и амотивационное суицидальное поведение (77,27%) ( $p < 0,01$ ), как формы личностного реагирования в «псевдореальном» конфликте, обусловленном психотическими симптомами. У суицидентов третьей клинической группы по сравнению с первой и второй статистически значимо преобладали потенциально летальные мотивы совершения суицидальных действий ( $p < 0,01$ ).

Самоповешение в качестве способа совершения самоубийства выбрали 8 (36,36%) юношей и 2 (9,09%) девушки, ранения острыми предметами совершили 4 (18,18%) девушки, отравление медикаментозными препаратами – 4 (18,18%) девушки, падение с высоты – 3 (13,64%) девушки, применение электротока наблюдалось у 1 (4,55%) суицидентки. Следует отметить, что в большинстве случаев – 15 (68,18%) – суициденты третьей группы выбирали ожидаемо летальные способы суицидальных действий (самоповешение, падение с высоты, тяжелые ранения, электротравма), достоверно отличаясь по этому показателю от суицидентов первой ( $p < 0,01$ ) и недостоверно от суицидентов второй ( $p > 0,05$ ).

Суицидальную попытку только 3 (13,64%) пациента данной группы совершили в состоянии алкогольного опьянения, тогда как большинство госпитализированных (86,36%) совершали суицидальные действия в трезвом состоянии.

При определении степени серьезности суицидальной попытки установлено, что 19 (86,36%) обследованных третьей группы получили от 14 до 22 баллов (средний балл – 17,44), что соответствует высокой степени серьезности попытки. 3 (13,64%) подростка получили от 10 до 13 баллов (средний балл – 11,42), что соответствует низкой степени серьезности попытки. Таким образом, суициденты третьей группы достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) совершали попытки самоубийства высокой степени серьезности, по сравнению с подростками первой и второй клинических групп.

Заключение и выводы. Изучение характера, мотивации и способа совершения суицидальных действий показало, что основной причиной суицидогенного конфликта у подростков в первой (F 43) и второй (F 43 – по основному диагнозу, F 07, F 91, F 10.2, F 11.2, F 19.2 – по коморбидному диагнозу) группах были нарушения внутрисемейной коммуникации, причем злоупотребление ПАВ служило основой семейного конфликта среди подростков второй группы. У суицидентов с психотическим нарушениями (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F 31.5, F 32.3) психогенный фактор не имел решающего значения в формировании и реализации суицидального поведения. Основной причиной суицидогенного конфликта у них были психопатологические расстройства, послужившие почвой для развития «псевдореального» конфликтного состояния. Доминирующие мотивы «устранения» («бегства») и отказа от жизни среди суицидентов этой группы объясняли суицидальный акт как способ поведения в «псевдореальном» суицидальном конфликте, в то время как основной мотивацией подростков с пограничными расстройствами было воздействие на социальное окружение. Наличие в клинической картине психического расстройства болезненных сенестопатий является важным фактором риска совершения суицидальной попытки, серьезность которой значительно возрастает в случае их первичного характера с последующим развитием катететического депрессивно-бредового симптомокомплекса.

Заведомо летальные способы совершения попытки самоубийства суициденты третьей группы выбирали достоверно чаще, однако подобная ситуация имела место и во второй группе, где практически половина (51,02%) обследованных также совершила заведомо летальные попытки. По всей видимости, это свидетельствует о серьезной роли зависимости от ПАВ в совершении истинных самоубийств среди подростков.



Проведенное изучение характера суицидогенного конфликта, мотивации и способа совершения суицидальных действий обнаружило существенные отличия между подростками-суицидентами разных клинических групп, что подтверждает необходимость дифференцированного подхода в процессе разработки схем ранней диагностики, коррекции и профилактики суицидального поведения.

### Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Глоссарий суицидологических терминов: Метод. пособие. – Киев, 1998. – 54 с.
3. Горюнов А.В. Клинические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. Т. 102, № 11. – С. 25–28.
4. Корнетов А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9, № 2. – С. 75–90.
5. Липанов Р.Г. К вопросу о психическом состоянии суицидентов / Таврический журнал психиатрии. Симферополь, 2000. v.4. № 2(13). – С. 62–70.
6. Суицидология. Теория и практика / Под ред. А.М. Морозова, А.П. Чуприкова. – Киев: КИВД, 1998. – 187 с.
7. Чуприкова Е.Г., Древицкая О.О., Чуприков А.П. Депрессии и суициды у детей и подростков // Таврический журнал психиатрии. 2000. V.4, №2 (13). – С. 49–51.
8. Шипицина Л.М., Иванов Е.С., Стеценко Н.В. Мотивы суицидального поведения у подростков // Российский психиатрический журнал. 2000. № 5. – С. 40–44.
9. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: Пер. с англ. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
10. Beautrais A.L. Gender issues in youth suicidal behavior // Emerg. Med. (Fremantle). 2002. V. 14 (1). – P. 35–42.
11. Bell C.C., Clark D.C. Adolescent suicide // Pediatric Clin. North Am. 1998. V. 45, N. 2. – P. 365–380.
12. Gould M.S., Greenberg T., Velting D.M., Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 2003. N. 42. – P. 386–405.



13. McClure G.M.G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970–1998 // *British Journal of Psychiatry*. 2001. N. 178. – P. 469–474.

14. Rubenstein J.L., Halton A., Kasten L. et al. Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts // *Am. J. Orthopsychiatry*. 1998. V. 68, N. 2. – P. 274–284.

## КОГНИТИВНЫЕ ПАТТЕРНЫ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

**Иванов Олег Васильевич**

кандидат медицинских наук, врач-психиатр амбулаторной службы,  
ПНД №2 Выборгско-Калининского районов,  
Санкт-Петербург

*Аннотация.* В статье описывается исследование с изучением функциональной асимметрии мозга и латерализации функций у психически больных в контексте суицидального поведения.

*Ключевые слова:* латерализация функций, когнитивные паттерны, суицидальная попытка, когнитивные профили латерализации

## COGNITIVE LATERALIZATION PATTERNS IN SUICIDAL INDIVIDUALS

**Ivanov O.V.**

*Abstract.* The article describes a study of functional asymmetry of the brain and lateralization of functions in mentally ill patients in the context of suicidal behavior.

*Keywords:* lateralization of functions, cognitive patterns, suicidal attempt, cognitive profiles of lateralization

В течение 40 лет изучение функциональной асимметрии мозга и латерализации функций у психически больных привлекает внимание исследователей, поскольку это, с одной стороны, помогает понять мозговые механизмы тех или иных нарушений, а с другой, выявить специфические признаки, облегчающие их диагностику. Сегодня факт нарушения межполушарных отношений в генезе психических расстройств считается общепризнанным (Введенский, 1990; Деглин, 1996; Егоров, 2003; Flor-Henry, 1983 и др.). Сравнительно недавно в литературе стали появляться исследования функциональной асимметрии мозга при различных формах девиантного поведения: аддиктивного (Егоров, Тихомирова, 2004; Москвин, 2002; London et al., 1990; Sperling et al., 2000), агрессивного (Golden et al., 1996; Mayer, Kosson, 2000; Teichner, Golden, 2000), у сексуальных девиантов (Введенский и др., 1998; Bogaert, 2001; Springer, Deutsch, 1998), а также у лиц с суицидальным поведением (Егоров и др., 2005; Graae et al., 1996; Weinberg, 2000). Несмотря на определенную противоречивость полученных результатов, абсолютное большинство авторов констатируют факт нарушения латерализации при различных формах девиантного поведения. Целью настоящей работы было изучение профилей когнитивной асимметрии у лиц, совершивших суицидальную попытку.

Было обследовано 60 суицидентов. Возраст обследованных варьировал от 17 до 66 лет, (средний возраст  $30 \pm 6,2$ ). Из них 38 чел. (63,3%) – женщины, 22 чел. (36,7%) – мужчины. В группе суицидентов были 25 чел. (41,7%), которые не имели психиатрических диагнозов и находились на лечении в токсикологическом отделении НИИ Скорой помощи. После детоксикации и осмотра психиатра их не переводили в психиатрический стационар, а выписывали. Другую подгруппу суицидентов составили 35 человек, страдавшие психическими заболеваниями и госпитализированные (или переведенные из других стационаров) в городскую психиатрическую больницу после совершения суицидальной попытки. Среди суицидентов с психической патологией более половины (51,4%) страдают различными формами шизофрении (по МКБ-10). Кроме того, отмечались расстройства личности – 20%, умственная отсталость – 11,4%, аффективные расстройства и органическое поражение головного мозга по 8,6%. В контрольную группу вошли психически здоровые лица (26 человек) в возрасте 17-22 лет (средний возраст  $20 \pm 4,4$ ).

Батарей тестов для определения когнитивных профилей латерализации (полушарного модуля в решении когнитивной задачи) состояли из: 1)

Теста Деглина-Николаенко на классификацию римских и арабских цифр (1, 2, I, II). Испытуемым предлагались четыре карточки, на каждой из которых была изображена цифра. Предлагалось разложить карточки на две группы. При классификации цифр по их значению (напр., 1 и I) определялся левополушарный модус, а при классификации по форме (римские – арабские) – правополушарный. 2) Теста на классификацию букв Ш и Б, изображенных в контурной форме и нарисованных с помощью противоположных маленьких букв (напр., Ш изображалась с помощью маленьких букв Б). Испытуемым предлагалось разложить четыре карточки, на каждой из которой изображалась буква, на две группы. Когда одинаковые буквы попадали в одну группу определялся левополушарный модус, а когда они классифицировались по форме – правополушарный. То же самое проводилось для латинских букв А и S. 3) Тест на классификацию 8 слов (умный, неумный, глупый, неглупый, плохой, неплохой, хороший, нехороший). Испытуемым предлагалось разложить восемь карточек на любое количество групп. В случае классификации по лингвистическому принципу (напр., антонимы – синонимы: умный – глупый или умный – неумный и т.д.) определялся левополушарный модус, а в случае классификации по портретному признаку (положительные черты – отрицательные черты: напр., 1-я группа – умный, неглупый, хороший, неплохой; 2-я – глупый, неумный, плохой, нехороший) – правополушарный модус. Преобладание правополушарного или левополушарного модуса по всей батарее тестов определялось в случае однотипного выполнения не менее 3-х из 4-х заданий. В противном случае полушарный модус выполнения когнитивной задачи определялся как смешанный.

При решении когнитивных задач у суицидентов, по сравнению с контролем, достоверно преобладал правополушарный модус ( $66,7 \pm 8,3$  и  $23,8 \pm 9,2$  соответственно,  $P < 0,01$ ). При классификации букв лица совершившие суицидную попытку руководствовались внешним сходством: в одну группу попадали контурное изображение Б и Ш, а во вторую контурная Б и Ш, выполненная с помощью маленьких Б и Ш. Здоровые испытуемые чаще в одну группу помещали контурную Б с Ш, выполненную с помощью маленьких Б, а во вторую контурную Ш и Б, выполненную с помощью маленьких Ш. При классификации цифр (тест Деглина-Николаенко) также достоверно преобладал правополушарный модус по сравнению с контролем ( $68,4 \pm 8,0$  и  $23,0 \pm 8,8$  соответственно,  $P < 0,001$ ). Они чаще группировали карточки, опираясь на внешнее сходство: арабские цифры в одну группу, римские – в другую. Здоровые

испытуемые чаще опирались на значения цифр: в одну группу попадали римская и арабская цифра один, а в другую – римская и арабская два. При классификации слов больные с зависимостью достоверно чаще опирались на портретный признак, когда в одну группу попадали положительные характеристики, а в другую – отрицательные: 1-я группа – умный, неглупый, хороший, неплохой; 2-я – глупый, неумный, плохой, нехороший. Здоровые испытуемые чаще руководствовались лингвистическим принципом, классифицируя слова по принципу антонимии – синонимии (Табл. 1).

**Таблица 1.**  
**Показатели латерализации когнитивной асимметрии**  
**(в %)**

Испытуемые	Тестовые задания					
	Классификация букв		Классификация цифр		Классификация слов	
	Левополушарный модус	Правополушарный модус	Левополушарный модус	Правополушарный модус	Левополушарный модус	Правополушарный модус
Суициденты	33,3±8,3*	66,7±8,3*	31,6±8,0*	68,4±8,0*	40,8±6,5	59,2±6,5
Контроль	76,2±9,2	23,8±9,2	67,0±8,8	23,0±8,8	57,2±9,3	42,8±9,3

\*  $\geq$  – различия достоверны по сравнению с контрольной группой.

Значимых различий в модусах выполнения когнитивных задач между подгруппами психотических и непсихотических суицидентов не было.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о существенном нарушении функциональной асимметрии мозга у лиц, совершивших суицидальную попытку. Лица, совершившие суицидальную попытку достоверно чаще, чем в контроле используют правополушарный модус решения зрительно-пространственных и вербальных задач. Полученные нами результаты перекликаются с данными ЭЭГ исследований (Graae et al., 1996) о преобладании активности правого полушария у суицидентов. Обнаруженное нами ранее преобладание левосторонних признаков моторной и сенсорной асимметрии, косвенно также свидетельствует о большей активности правого полушария в этой группе, по сравнению с нормой (Егоров и др., 2005). В этом мы расходимся во мнении с I. Weinberg (2000), который считает, что суицидальное поведение связано с дефицитом функций правого полушария. Однонаправленность изменений профилей асимметрии

в обеих подгруппах свидетельствует, что они не связаны только с психической патологией. Известно, что при депрессии отмечается патологическая гиперактивация структур правого полушария (см. Егоров, 1999; 2003; Flor-Henry, 1983; Davidson, 1991 и др.). Среди наших испытуемых были лица как с разнообразной психопатологией (при которой отмечаются различные, в т.ч. и разнонаправленные нарушения латерализации), так и лица без психоза. Схожесть данных в обеих подгруппах свидетельствует скорее, что правополушарная дисфункция (активация) является общим нейropsychологическим паттерном у различных категорий суицидентов.

### Литература

1. Введенский Г.Е. Функциональные асимметрии у больных с эндогенными психозами // Журн. невропатол. и психиатр. 1990. Т. 90. № 5. – С. 129–140.
2. Введенский Г.Е., Батамиров И.И., Пережогин Л.О., Ткаченко А.А. Функциональная асимметрия мозга у лиц с аномальным сексуальным поведением// Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Том 8. Выпуск 3. – С. 14–16
3. Деглин В.Л. Лекции о функциональной асимметрии. Амстердам – Киев: Изд-во Женевская инициатива в психиатрии. 1996. – 151 с.
4. Егоров А.Ю. Координация деятельности полушарий мозга человека при осуществлении когнитивных функций. Авт. дисс... докт. мед. наук. СПб. 1999. – 48 с.
5. Егоров А.Ю. О нарушении межполушарного взаимодействия при психопатологических состояниях // Журнал эволюционной биохимии и физиологии. 2003. Т. 39. № 1. – С.41–52.
6. Егоров А.Ю., Тихомирова Т.В. Профили функциональной асимметрии мозга у больных алкоголизмом и наркоманией// Журнал эволюционной биохимии и физиологии. 2004. Т. 40. № 5. – С. 450–454.
7. Егоров А.Ю., Иванов О.В., Игумнов С.А. Нейropsychологические паттерны суицидального поведения// В кн.: Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. СПб, Речь. 2005. – С. 305–310.
8. Москвин В.А. Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий. М.: Изд-во МГУ; – Оренбург: ИПК ОГУ, 2002. – 288 с.
9. Bogaert A.F. Handedness, criminality, and sexual offending// Neuropsychologia. 2001. V. 39. N 5. – P. 465–469.

10. Davidson R.J., Tomarken A.J. Laterality and emotion: an electrophysiological approach //: Handbook of Neuropsychology, 1989. Vol. 3 / F. Boller and J. Grafman (Eds). Elsevier Science Publishers B.V. (Biomedical Division). – P. 419.

11. Flor-Henry P. Functional hemispheric asymmetry and psychopathology // Integrative Psychiatr. – 1983.- V. 1, N 2. – P. 46–52.

12. Golden C.J., Jackson M.L., Peterson-Rohne, A Gontkovsky, S., Neuropsychological correlates of violence and aggression: a review of the clinical literature// Aggression and Violent Behavior. 1996. V. 1. N. 1. P. 3–25.

13. Graae F., Tenkeb C., Bruderb G., Rotherama M.-J., Piacentinia J., Castro-Blanco D., Leiteb P., Toweyb J. Abnormality of EEG alpha asymmetry in female adolescent suicide attempters. Biological Psychiatry Volume 40, Issue 8, 15 October 1996, – P. 706–713 .

14. London E.D., Broussolle E.P., Links J.M., Wong D.F., Cascella N.G., Dannals R.F., Sano M., Herning R., Snyder F.R., Rippetoe L.R., et al. Morphine-induced metabolic changes in human brain. Studies with positron emission tomography and [fluorine 18] fluorodeoxyglucose // Arch Gen Psychiatry. 1990. Jan. V. 47, N 1. – P. 73–81.

15. Mayer A.R., Kosson D.S. Handedness and psychopathy// Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol. 2000 Oct. V. 13. N 4. – P. 233–238.

16. Teichner G., Golden C.J. The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: A conceptual review// Aggression and Violent Behavior. 2000. V. 5. N. 6. – P. 509–528.

17. Sperling W., Frank H., Martus P., Mader R., Barocka A., Walter H., Lesch O.M. The concept of abnormal hemispheric organization in addiction research // Alcohol and Alcoholism 2000. V. 35. N 4. – P. 394–399.

18. Springer S.P., Deutch G. Left Brain. Right Brain. Perspectives from Cognitive Neuroscience. W.H. Freeman and Company., N.Y., 1998. – 406 p.

19. Weinberg I. (2000). The prisoners of despair: right hemisphere deficiency and suicide. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 24, – P. 799–815.



## СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ АССОЦИАЦИИ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ «САМОУБИЙСТВУ СТОП!»

**Ковпак Алиса Игоревна, Ковпак Дмитрий Викторович**  
Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии,  
Северо-Западный государственный медицинский университета  
им. И.И. Мечникова, кафедра психотерапии, медицинской психологии и  
сексологии, Санкт-Петербург

*Аннотация.* В статье описан опыт сотрудничества с Американским Национальным Фондом по превенции суицидов (AFSP) в осуществлении социального проекта Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии «Самоубийству стоп!». Этот фонд успешно реализует поддержку как организациям, так и лицам, пострадавшим после суицида и их родственникам. AFSP ежегодно инициирует и проводит около 20% всех исследований, посвященных суицидальному поведению, привлекает доноров и создает гранты, выделяемые на изучение данной остроактуальной для США темы. Общественная и просветительская деятельность фонда распространяется на законодателей и страховые компании, для того чтобы направлять средства конкретным группам людей, имеющих риск суицидального поведения и проводить с ними первичную и вторичную профилактику

*Ключевые слова:* социальный проект, Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, Американским Национальным Фондом по превенции суицидов (AFSP), превенция суицидов

## SOCIAL PROJECT OF THE ASSOCIATION OF COGNITIVE BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY “STOP SUICIDE!”

**Ковпак А.И., Ковпак Д.В.**

*Abstract.* The article describes the experience of cooperation with the American National Foundation for Suicide Prevention (AFSP) in the implementation of the social project of the Association of Cognitive Behavioral Psychotherapy “Stop Suicide!”. This fund successfully provides support to both organizations and individuals affected by suicide and their relatives. AFP annually initiates and conducts about 20% of all research on suicidal behavior, attracts donors and creates grants allocated for the study of this highly topical topic for the United States. The foundation’s public and educational activities extend to legislators and insurance companies in order to direct funds to specific groups of people at risk of suicidal behavior and conduct primary and secondary prevention with them

*Keywords:* social project, Association of Cognitive Behavioral Psychotherapy, American National Foundation for Suicide Prevention (AFSP), suicide prevention



В 2021 году Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (АКПП) продолжает проводить мероприятия Социального и просветительского направления и уже шестой год поддерживает Социальный проект «Самоубийству стоп!». Ассоциация активно разрабатывает стратегический план, который ставит социально ориентированную задачу — привлечение внимания широкой общественности к острейшей проблеме суицидов в России. Ожидаемыми результатами долгосрочного социального просветительского проекта являются редукция суицидального поведения, развитие междисциплинарного и межведомственного взаимодействия.

Рост суицидов в России и расширение групп риска – это вызов для профессионального сообщества. Среди многих причин смертности процент суицидов остается устойчивым, это означает, что необходимо развивать интерес общества и инвестирование в исследования проблемы, образование специалистов, работающих и так или иначе касающихся групп риска, просвещение населения.

Общественные организации – это один из способов интеграции междисциплинарного и отраслевого взаимодействия. АКПП предлагает воспользоваться опытом, предоставленным Американским Национальным Фондом по превенции суицидов (AFSP).

Этот фонд успешно реализует поддержку как организациям, так и лицам, пострадавшим после суицида и их родственникам. AFSP ежегодно инициирует и проводит около 20% всех исследований, посвященных суицидальному поведению, привлекает доноров и создает гранты, выделяемые на изучение данной остроактуальной для США темы. Общественная и просветительская деятельность фонда распространяется на законодателей и страховые компании, для того чтобы направлять средства конкретным группам людей, имеющих риск суицидального поведения и проводить с ними первичную и вторичную профилактику, например, инициация программ помощи военными и ветеранами войн. Также специалистами фонда разработана интерактивная скрининговая программа, которую прошли уже более 25 000 человек. Программа рассчитана на людей, которые имеют риск реализации суицида, но желают обращаться за помощью к специалистам. Специалистами AFSP создано большое количество методических, документальных, организационных, статистических, программных и IT-разработок, которыми они готовы поделиться с другими странами, и в частности, с Россией.

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии создала

инициативную группу и фонд, чтобы осуществлять, координировать и развивать деятельность, направленную на превенцию суицидов и профилактику суицидального поведения. Эта группа будет фокусировать свою работу на объединении людей и организаций, способствующих борьбе с различными формами суицидального поведения.

Расширяя рамки сотрудничества АКПП, эта группа готова организовывать такие события, как Международный День Борьбы с Суицидом, «прогулка из темноты к свету», в которой участвуют более 180 000 человек, пострадавших от суицидального поведения, и 600 000 доноров в США. Количество людей, участвующих в международных событиях, посвященных борьбе с суицидом, неумолимо растет во всем мире, и мы призываем продолжить и присоединиться к развитию данного движения по всей России.

Инновационные области мультидисциплинарных исследований для развития научного направления по превенции суицидов на сегодняшний день:

- В нейробиологии основным вопросом является понимание, какие мозговые структуры и нейромедиаторное функционирование связано с суицидом.

Изучается:

- генетическая обусловленность индивидуальных изменений в мозге обуславливающих суицидальное поведение посредством использования инновационных техник исследования мозга.

- Как нейрокогнитивные нарушения при депрессии увеличивают подверженность суицидальному поведению.

- Роль нейронных предикторов суицидального риска у подростков и молодежи с биполярным расстройством.

- Психологические исследования посвящены факторам риска и распознаванию знаков готовности к совершению суицида.

Изучается:

- влияние факторов риска и адаптации относящихся к суицидальному поведению при переходе в период взросления.

- Выявляют наличие связи между повторяющимся самоповреждением и проблемами со сном, суицидальными мыслями, устойчивостью к дистрессу.

- Продолжительный контакт с пестицидами влияет на мозг и усиливает депрессивный аффект, импульсивность и риск суицидального поведения.

- Изменения эпидемиологии суицида – возрастные периоды и возрастные группы.

- Является ли работа в психологической и социальной сферах значительным фактором риска суицида.

- Как можно выявить суицидальный риск, если пациент не сообщает о своем замысле.

- Апробируются шкалы направленные на выявление мотивации к суициду.

- Генетика изучает, каким образом соотносятся генетические особенности и суицидальный риск, и как в связи с этим возможно развитие биологического лечения.

- Изучаются генетические основания анти-суицидальных свойств антипсихотика клозапина.

- В терапии исследуются, какие виды лечения – психотерапия или медикаментозное лечение – эффективны для снижения суицидов.

Изучается:

- влияние комплексного лечения ночных кошмаров и идей у пациентов с ПТСР на снижение риска суицида.

- Превенция суицида посредством выявления студентов с высоким риском суицидального поведения коллегами и своевременная скорая помощь.

- Влияет ли мотивационное интервью, направленное на работу с алкоголизацией, на лечение пациентов после суицидальной попытки.

- В общественных науках наиболее актуальный вопрос заключается в измерении эффективности таких общепринятых программ превенции, как телефон доверия, горячая линия, тренинги, работа с сообществом суицидентов.

- Выявляют специфические элементы масс-медиа, влияющие на суицидальное поведение

- Общим, интегрирующим направлением в науке является изучение людей потерявших близких в результате суицида, как переживается потеря и как помочь исцелиться.

Борьба с навешиванием ярлыков, просвещение членов общества и лидеров здравоохранения, воспитание культуры поощрения поиска помощи у людей, имеющих психологические проблемы и психические расстройства, являются важнейшими направлениями по предотвращению суицидов.

Важным шагом в данном направлении является создание таких средств, которые могли бы предоставить анонимный и простой доступ к лечению для людей, которые не ищут помощи у специалистов напрямую. Просвещение населения и представителей в различных

инстанциях должно использовать доказательные подходы, чтобы они могли работать в обычной жизни, помогая учителям, родителям, молодежи и общественным лидерам противостоять суицидам. Для этого создаются тренинги, вебинары, фильмы, упражнения, презентации и другие мероприятия и программы, чтобы научить специалистов и обычных людей распознавать факторы риска и признаки суицидальной готовности.

Общественные организации показывают, как помочь тем, кто находится в группе риска так же, как бороться со стигматизацией людей с психическими расстройствами, которая удерживает их от поиска квалифицированной помощи. АКПП также готова предоставлять актуальные исследования, посвященные изучению суицидов и их превенции врачам и другим специалистам в области психического здоровья, которые могут распознать риск суицидального поведения у своих пациентов, а также обеспечить им адекватную помощь.

Нужно отметить, что каждая потеря вследствие суицида влечет за собой переживание тяжелой утраты сразу у большого количества людей. Проект «Самоубийству стоп!» призван координировать и осуществлять помощь выжившим после попытки суицида и их близким на всех этапах переживания горя, обеспечивая программы и ресурсы для излечения, а также возможности волонтерства для выживших, которые находят поддержку в объединении и обмене опытом и мнениями с людьми, попавшим похожую сложную жизненную ситуацию.

Межведомственное и междисциплинарное взаимодействие способно снизить количество суицидов. Мы должны объединять усилия на федеральном и местном уровнях, чтобы улучшить уровень психического здоровья и сделать более эффективной превенцию и профилактику суицидов.

18 ноября тысячи людей, переживших потерю после суицида, объединяются вместе по всему миру. Более 275 мероприятий проводится в этот день в местных сообществах для того, чтобы каждый смог найти комфорт, понимание и утешение, поделившись своей историей исцеления и надежды.

В 2021 году уже в 23-й раз пройдет Международный день победы над суицидом. Новые участники программы смогут сделать первый шаг к исцелению, приняв участие в Дне победы над суицидом, поделившись своей историей, найдя свою организацию или специалиста.

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии готова предоставить такую возможность взаимодействия на федеральном

уровне, объединив усилия всех отделений АКПП, ее членов и опытных специалистов, а также за счет предоставления опыта коллег из США и по всему миру.

### Литература

1. Замалиева С.А., Ковпак А.И., Ковпак Д.В. Превенция суицидального поведения и общественные организации //Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи: сборник научных статей – С. 110 / XX Клинические Павловские чтения; [сост.: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2016. – 118 с.

2. Ковпак Д.В. Суицидальное поведение и «третья» волна когнитивно-поведенческой терапии //Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи: сборник научных статей – с. 45 / XX Клинические Павловские чтения; [сост.: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2016. – 118 с.

3. Любов Е.Б. Комментарий. Предупреждение суицидов: информированный оптимизм // Социальная и клиническая психиатрия №1/ т.23/ 2013 г. – М.: ИД «Медпрактика – М». – С. 49.

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «ТРЕТЬЕЙ» ВОЛНЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Ковпак Дмитрий Викторович**

Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова кафедра психотерапии, медицинской психологии и  
сексологии, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии  
Российская Психотерапевтическая Ассоциация  
Санкт-Петербург

*Аннотация.* В статье описывается условно выделяемая «третья» волна когнитивно-поведенческой терапии и интеграции в нее концептов и «практик» осознанности, принятия и сострадания. Рассматриваются возможности использования подходов «третьей» волны для расширения арсенала терапии и профилактики суицидального поведения.

*Ключевые слова:* когнитивно-поведенческая терапия, осознанность, принятие, сострадание, превенция суицидального поведения

## THE USE OF THE “THIRD” WAVE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT AND PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR

**Kovpak D.V.**

*Abstract.* The article describes the conditionally distinguished “third” wave of cognitive behavioral therapy and the integration of concepts and “practices” of mindfulness, acceptance and compassion into it. The possibilities of using the “third” wave approaches to expand the arsenal of therapy and prevention of suicidal behavior are considered.

*Keywords:* cognitive behavioral therapy, awareness, acceptance, compassion, prevention of suicidal behavior

На протяжении последних двух десятилетий ряд исследователей и методологов психотерапии стали выделять среди вновь возникших за последнее время видов когнитивно-поведенческой терапии тенденцию к выделению так называемой «третьей волны». К первой волне они относят поведенческую терапию, ко второй когнитивную, раскрывшую «черный ящик» промежуточной переменной, а третью волну характеризуют выходом за пределы когнитивной сферы психики человека, с использованием концептов осознанности, принятия и сострадания, хорошо известных в буддизме и, так называемых, восточных практиках.

Компилируя данные методологов, можно выделить в ряду основных видов или школ когнитивно-поведенческой терапии «третьей волны» следующие варианты:

1. Основанная на осознанности редукция стресса – Mindfulness-Based Stress Reduction (KabatZinn, 1990).
2. Когнитивная терапия основанная на осознанности – Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2002).
3. Терапия принятия и ответственности – Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).
4. Диалектико-поведенческая терапия – Dialectical behavior therapy (DBT) (Linehan, 1996).
5. Функционально-аналитическая терапия – Functional analytic psychotherapy (FAP) (Kohlenberg, Tsai, 1991).
6. Схемотерапия – Schema Therapy (Young, 1990).
7. Десенсибилизация и переработка движениями глаз – Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989)
8. Метакогнитивная терапия – Metacognitive Therapy (Clark, Wells, 1994).
9. Терапия сфокусированная на сострадании – Compassion focused therapy (CFT) (Gilbert, 2005)
10. Когнитивная аналитическая терапия – Cognitive analytic therapy (CAT) (A. Ryle, 1990)

В первых трех направлениях концепт Mindfulness является центральным компонентом, в 4м, 5м и 8м – дополнительным.

Mindfulness, обычно передается термином «безоценочное осознание». Это процесс, при котором внимание направляется на настоящий момент, человек воспринимает то, что сейчас происходит в его внутреннем или внешнем мире, и стремится при этом к



безоценочности и принятию. Он входит в роль доброжелательного и любопытного наблюдателя, который созерцает внутренние процессы, но не отождествляет себя с ними и не дает им себя поглотить.

Соответственно, и негативные мысли и чувства он наблюдает с приятием, не критикуя себя за них и не пытаясь их подавить. Внимание направляется на непосредственное восприятие через пять органов чувств, мысли и чувства наблюдаются в их текучести. При этом практикующий сознательно противостоит тенденции нашего ума оценивать, критиковать, искать причины, планировать и т.д., а развивает в себе способность принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и преходящее. В практике безоценочного осознания не преследуется никакая цель, а воспринимается процесс.

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается рост интереса к изучению концепции осознанности как психологического конструкта и как формы психотерапевтического вмешательства для профилактики и лечения разных форм психоэмоциональных расстройств и психической патологии. Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в клинической психологии и психотерапии началось в 1980-х годах и на сегодняшний день оформилось в самостоятельное направление. В современной психологии принято разделять два термина: осознанность (англ. awareness) и внимательность (англ. mindfulness). Осознанность обычно трактуется как способность произвольно сосредоточивать внимание на текущих событиях и ощущениях, произвольно переключать внимание с одних предметов на другие, управляя за счет этой произвольности процессом фокусировки.

В переводе с английского «mindfulness» означает «внимательность, памятьливость». Изначально это слово использовалось (а некоторые авторы утверждают, что было специально «изобретено») для перевода с пали буддийского термина «сати» (санскр. «смрити», тиб. Drenpa). В палийских текстах слово «сати» на русский язык обычно переводят как «внимательность», но в действительности это понятие имеет более широкий смысл. Майндфулнесс – это осознанность или более функционально – направление внимания на текущий момент и бесстрастная, не реагирующая, принимающая все таким как есть осведомленность о нем.

Буддийские приемы культивирования «сати» (осознанности) были адаптированы западной психологией в 80-х гг. XX века. К настоящему времени концептуально mindfulness достаточно далеко ушел от своих

восточных корней, вписался в контекст западной психотерапии, практической психологии и даже нейронауки. Сегодня говорят о существовании самостоятельного mindfulness approach (майндфулнесс-подхода) в психотерапии.

Джон Кабат-Зинн (одним из первых ввел этот термин в научный и практический оборот) – определяет mindfulness как «безоценочную осведомленность, возникающую в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося опыта». В своей работе «Coming to our senses» он утверждает: «Mindfulness может рассматриваться как делящаяся от одного момента к другому, не основанная на рассуждениях осведомленность, вырабатываемая благодаря направлению внимания особым образом: то есть на текущий момент, максимально нереагирующим образом и с открытостью сердца».

Другой авторитет, Бишоп дает следующее определение: «Mindfulness – это саморегулирование внимания с тем, чтобы оно направлялось на текущий опыт таким образом, чтобы усилить распознавание психических событий, имеющих место в данный момент... ему присущи такие качества как «любопытство, открытость, принятие».

В Institute for Meditation and Psychotherapy используется самое краткое определение «Mindfulness – осведомленность о настоящем моменте с его принятием».

В работе «The Mindful Waythrough Depression» под mindfulness понимают «внимание, которое мы направляем намеренно, на настоящий момент, безоценочно к существующему положению вещей».

В конце 90-х годов двадцатого века и начале 2000-х на Западе на стыке психологии, нейронаук, философии и религиоведения складывается новая междисциплинарная область, которая приобретает условное название «contemplative science» – «созерцательная наука». Основным предметом исследования в данной области становятся техники созерцания и эффекты от практики таких техник. Уровень осознанности некоторые исследователи связывают с различиями в ряде параметров мозговой активности. Так, например, J. D. Creswell [13] с использованием функциональных методов нейровизуализации обнаружил, что высокий уровень осознанности был связан с уменьшением активации в области миндалины и более широким полем активации префронтальной коры головного мозга. Была зафиксирована выраженная обратная связь между активацией префронтальной коры и миндалины среди испытуемых с высоким уровнем осознанности, в отличие от испытуемых, с низким уровнем, у которых такой связи не обнаруживалось.

Это позволяет предполагать, что более «осознающие» испытуемые лучше способны регулировать эмоциональные реакции за счет активности префронтальной коры и ингибирования активности в области миндалины. Осознанность также отрицательно коррелирует с активностью в миндалине, медиальной префронтальной и теменной областях мозга во время сосредоточения испытуемого на своих ощущениях, в то время как высокий уровень выраженности симптомов депрессии положительно коррелирует с активностью в этих областях [40].

Эти техники не новость и открытие для человеческой цивилизации. Многие из даже являются прямыми заимствованиями из условно обозначаемыми как «восточные практики» техническими приемами, например, буддизма. В южной ветви буддизма – школе Тхеравады – уже не первое тысячелетие большое внимание уделяется осознанию различных психических процессов и бесстрастному наблюдению за ними. Школа Дзен строится на осознании происходящего в данный момент в повседневной жизни. Под влиянием буддийских школ в статьях различных западных исследователей появляются такие термины как «принятие своего опыта («acceptance of experience» (Hahn, 1998; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), «сострадательное отношение к себе и страданиям других» (Gilbert, 2005), «способность к безоценочному самонаблюдению» (Kabat-Zinn, 1990)). Безусловно, психология со времени своего появления старалась проникнуть в суть подобных явлений и феноменов, практик и традиций, стараясь описать их феноменологически и каузально посредством научного языка. В свое время такие формы терапии как, например, гештальт давал свой контекст и язык описания данных процессов и феноменов. Видимо, пришло время когнитивно-поведенческому направлению психотерапии, вслед за экзистенциально-гуманистическим, приступить к переработке и описанию на своем терминологическом языке богатого наследия так называемых духовных практик и традиций.

Снижение стресса с помощью осознанности (Mindfulness-based stress reduction, MBSR), это программа, созданная Джоном Кабат-Зинном в медицинском центре университета Массачусетса. Программа была разработана для помощи людям с хроническим дистрессом, хронической болью и другими дисфункциями. Рандомизированные контролируемые клинические исследования продемонстрировали значительную положительную динамику пациентов с хроническим болевым синдромом, прошедших программу MBSR.

Когнитивная терапия основанная на осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, МВСТ) это вид терапии «третьей волны» основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии. МВСТ разрабатывалась как подход к предотвращению рецидивов, использующийся во время ремиссии. Зиндел Сигал, Джей Марк Уильямс и Джон Тисдейл создали основанную на осознанности когнитивную терапию в значительной степени приспособившая MBSR, с целью предотвращения рецидивов депрессии. Авторы подхода высказывали опасения, что интенсивность негативного мышления и трудности концентрации в активной фазе депрессивного расстройства помешают получить необходимый эффект от терапии. Однако результаты сравнения эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии второй волны и МВСТ для лечения пациентов в период активного депрессивного эпизода показали схожую эффективность обоих методов [27]. У значительного числа пациентов наблюдалась существенная редукция симптомов депрессии. В исследованиях отмечается факт, что многие пациенты продолжают использовать техники осознанности после прохождения курса МВСТ убеждаясь в их полезности [16].

МВСТ противопоставляет дисфункциональным мыслям ряд метакогнитивных навыков:

- способность занимать метапозицию по отношению к потоку своего мышления;
- способность осознавать текущий поток внутренних и внешних раздражителей;
- принятие определенной ориентации к опыту своих переживаний как к относительному и проходящему, включая отношение любопытства, открытость и принятие;
- способность произвольно переключать свое внимание с одного аспекта опыта на другой.

Принятие – один из ведущих принципов и приемов практики майндфулнесс. Принятие – это настолько могущественный фактор трансформации, что он лег в основу самостоятельного вида психотерапии – АСТ – Acceptance and Commitment Therapy – Терапии Принятия и Ответственности. Основная идея этого подхода состоит в том, что с какими бы переживаниями не столкнулся человек он способен принять их и действовать, невзирая на них, в соответствии со своими внутренними ценностями.

Следует отметить, что «принятие» в контексте осознанности не

следует отождествлять с пассивностью или отстраненностью. В большей степени, принятие в данном контексте относится к способности испытывать события во всей их полноте, не прибегая к одной из крайностей, как например, чрезмерной озабоченности, избеганию или подавлению опыта. Как отмечал Д. Кабат-Зинн: «Принятие – это не пассивное подчинение, а акт распознавания того, что вещи таковы, какими они являются. Иногда они не такие, какими мы бы хотели их видеть. Принятие не означает, что мы не можем работать над тем, чтобы поменять мир или изменить те или иные обстоятельства. Но это означает, что пока мы не примем вещи такими, какие они есть, мы будем пытаться заставить вещи быть тем, чем они не являются, и это может породить многочисленные трудности. Некоторые вещи тяжело принять. Например, иногда вы испытываете боль в теле и не знаете, отчего это происходит. Это очень и очень тяжело принять, потому что в первую очередь вы хотите знать, в чем причина происходящего и устранить ее. И если у вас нет ответа на вопрос о причине боли, может быть очень и очень трудно принять это. Но что мы обнаружили при работе с пациентами с хроническими болями, так это то, что прежде чем по-настоящему работать с болью и страданием, нужно развернуть для боли и страдания ковровую дорожку с надписью «Добро пожаловать» и принять их такими, какие они есть».

Задача терапии, основанной на осознанности, «вернуть человека в настоящее», этот метод фокусирует внимание человека на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от избыточной стереотипичности и автоматизированности мышления, содержащего дисфункциональные паттерны.

В отличие от традиционной когнитивно-бихевиоральной терапии, условно выделяемой «второй волны», терапия, основанная на осознанности, ставит перед собой задачи не изменить содержание мыслей, а лишь сосредоточиться на отношении человека к этому потоку и его содержанию. Задача этой терапии – научить человека воспринимать собственные состояния без веры в то, что они объективны и отражают реальность. В данном подходе тренируется неосуждающее и безоценочное восприятие, в том числе негативных эмоциональных переживаний, физиологических дисфункций как проходящих и небесконечных [35]. Технически это предполагает развитие у пациентов/клиентов навыка безоценочного содержания негативных мыслей в качестве ментальных событий, элементов собственного внутреннего поведения, а не как фактов и элементов реальности.

Полученный результаты J. Teasdale [38] связывает с возрастанием автоматизации запуска и поддержания механизмов формирования депрессии. С каждым последующим эпизодом ассоциативная связь между плохим настроением и паттернами негативного мышления натренировывается и становится крепче. Это способствует все большей чувствительности и уязвимости, в результате которой для рецидива достаточно все меньше стрессогенных факторов. У пациентов с тремя и более эпизодами в анамнезе приемы МВСТ, позволяющие снизить использование дисфункциональных автоматических мыслей и повысить осознанность каждого проживаемого момента и совершаемого выбора, закономерно оказываются эффективными. В пользу этого предположения свидетельствует факт соотношения эффективности профилактики рецидива у пациентов с четырьмя и более эпизодами: рецидив имел место в 38% случаев после МВСТ и в 100% случаев после традиционного лечения [26, 38].

Одним из ведущих факторов суицидального поведения считается непреодолимая психологическая боль, связанная с потерей и ее непринятием. При активном и длительном подобном переживании пациент теряет веру в позитивное будущее. Его ожидания носят негативистичный, а порой и катастрофический характер. Внимание такого человека становится предельно избирательным к негативным событиям прошлого, настоящего и моделируемого будущего и сосредотачивается в большей степени на тех, что подтверждают безысходность положения. Чувства безнадежности и беспомощности, как ключевые элементы одного из центральных глубинных убеждений в когнитивной терапии поддерживаются особым вниманием к любым негативным сигналам. Эта тенденция замыкает круг автоматических мыслей, типичных для депрессии и суицидального поведения.

Механизм повторяющихся суицидальных попыток похож на механизм возникновения рецидива при депрессии: с каждой новой попыткой все меньше стрессовых воздействий необходимо для возобновления суицидального поведения [18].

Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) – это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональный ценностей (жизненных смыслов). Целью ACT является увеличение психологической гибкости, то есть осознанного контакта с



текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии с выбранными ценностями. С точки зрения подхода АСТ, избегание опыта происходит в связи с нашей способностью оценивать, предсказывать и избегать события. Созданный в начале 1980-х годов американским психологом Стивеном Хайесом, АСТ использует метафоры, парадоксы и практики осознанности, а также широкий спектр упражнений и ценностных интервенций. По своей сути, АСТ – это поведенческая терапия, поскольку речь идет о совершении конкретных действий. В АСТ есть и существенная экзистенциальная составляющая, поскольку важно быть в контакте с тем, что действительно представляет ценность. Мы можем использовать эти ценности, чтобы двигаться вперед и быть вдохновленными и мотивированными. Кроме того, действия направляются ценностями, этот подход внимательных и осознанных действий – когда мы полностью открываемся и полностью включаемся во все, что мы делаем. АСТ получила свое название от одного из своих основных смыслов: принятие того, что находится за пределами личного контроля, и ответственность за свою жизнь, выборы делать то, что ее развивает и обогащает. Цель АСТ в том, чтобы помочь нам создать насыщенную, полную и осмысленную жизнь, одновременно принимая все трудности и даже боль, которую жизнь неизбежно приносит. Но, на пути реализации человеком своих ценностей лежит целый ряд преград и препятствий.

Когнитивное спутывание означает тенденцию человека застревать в ловушке содержания того, что они думают. Это приводит к преобладанию мышления над другими способами поведенческой регуляции. Под «думанием» в АСТ понимается любое произвольно возникающее символическое или сравнительное мышление, включающее, например, слова, догадки, мысли, знаки и образы. Мы используем наш ум для того, чтобы судить, оценивать, сортировать, маркировать и группировать информацию. Но эти полезные свойства ума могут стать ловушкой, если мы начинаем воспринимать его содержание буквально, думать, что мы только такие и есть как представляемся себе. Человеческая способность занимать метапозицию по отношению к своему потоку сознания и осознавать субъективность внутриспсихической картины реальности рассматривается как потенциально эффективный антидот против распространенных форм психоэмоционального стресса – тревоги, страха, раздражения, гнева, обиды, руминаций и других форм стресса, дисфункциональный характер которых определяется во многом крайне деструктивными стратегиями избегания, подавления или избыточной



озабоченности негативными переживаниями и мыслями.

В состоянии когнитивного спутывания и слияния мы становимся «пойманными» нашими мыслями и попадаем ловушку их содержания. Наши мысли воспринимаются нами как «правда» буквально. Они легко принимаются на веру в качестве: правил, которые должны соблюдаться; важных событий, которые требуют нашего полного внимания; угрожающих событий, которые мы должны устранить и тому подобное. Когда мы сливаемся с нашими мыслями, они имеют сильное влияние на нас и наше поведение.

Когнитивное расцепление позволяет отступить, метафорически сделать шаг назад, позволяет занять позицию наблюдателя (метапозицию) и осознавать мысли, не будучи ими пойманными. Так мы получаем практическую возможность распознавать, что наши мысли – не более и не менее, чем постоянно меняющийся поток второй сигнальной системы, различных слов, звуков и картинок, даже запахов и телесных ощущений, не связанных с текущим перцепторным опытом. Когда мы расцепляемся, дистанцируемся от мыслей, они значимо снижают влияние на нас и перестают жестко детерминировать наше поведение.

Большое количество книг по АСТ описывают свыше сотни различных техник расцепления. Например, чтобы справиться с провоцирующими мыслями мы можем просто отстраненно наблюдать их; громко повторять их снова и снова, пока это не станет просто бессмысленным набором звуков; представить их звучащими голосом персонажа из мультфильма; спеть их на легкомысленный мотив или про себя сказать «Спасибо, ум, благодарю тебя за такие необычные / регулярные / интересные мысли». Существуют неисчерпаемые возможности для творчества.

В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, ни один из этих методов расцепления не включает оценивание, обсуждение нежелательных мыслей. Не принципиально, иррациональные это мысли или нет. Более функционально с позиции АСТ действие - остановить эту мысль или быть ею пойманным.

Ведущая идея АСТ – это функциональность, «применимость», полезность. В ответ на вопрос: «То, что ты делаешь сейчас, – сделает ли это твою жизнь более наполненной, насыщенной и значимой?». Вопрос «Что ты делаешь?» и осознаешь ли ты это, один из ключевых и в терапии реальности У. Глассера. И Уильям Глассер, так же обращал внимание своих пациентов, на деятельность. И даже предлагал сместить внимание с существительных на глаголы, отражающие текущее функционирование, посредством акцента на настоящее. «Ты не пациент с

депрессией/ тревожным расстройством, ты делаешь себя депрессивным / тревожным». «И что ты теперь планируешь делать, чтобы получить желаемое?»

Мы можем использовать осознанность, чтобы «проснуться», соединиться с самими собой и ценить полноту каждого момента жизни. Мы можем использовать осознанность, чтобы лучше узнать себя – узнать больше о том, как мы чувствуем, думаем и реагируем. Мы можем использовать осознанность для более глубокой и тесной связи с людьми, о которых мы заботимся – и, в том числе, о себе. И мы можем использовать ее, чтобы сознательно влиять на наше собственное поведение, расширить свой поведенческий репертуар в мире, в котором мы живем. Это действие, сознательная жизнь, – мудрый способ повышения психологической устойчивости и удовлетворенности жизнью. Это объясняет, в частности, почему АСТ широко применяется для усиления эффективности терапии и уменьшения профессионального выгорания самих терапевтов.

АСТ выделяет четыре психологических навыка осознанности:

1. Расцепление / не-слияние: дистанцирование от бесполезных мыслей, убеждений и воспоминаний, и последующее их отпусkanie.
2. Принятие: предоставление пространства для болезненных чувств, желаний и ощущений, позволение им приходить и уходить без усилий.
3. Связь с настоящим моментом: полное взаимодействие с опытом здесь и сейчас, с отношением открытости и заинтересованности.
4. Всеобъемлющее осознание: доступ к всеобъемлющему переживанию себя, к трансцендентному аспекту Я, осознающему мысли и чувства как текущий опыт, но не отождествляющемуся с ними.

Навык расцепления позволяет просто наблюдать угнетающие или тревожные мысли также, как мы наблюдаем проезжающие мимо машины, капли дождя или волны моря. Таким подходом мы можем формировать позицию и поведение, которое в восточных практиках обычно именуют «недеятелем». Созерцательные практики позволяют разделить себя и того, что ранее было раздражителем, когда мы были с ним сцеплены. Так же и навык принятия позволяет людям оставить бессмысленную и беспощадную борьбу с чувствами и ощущениями тревоги, позволяет просто быть, несмотря на дискомфорт и не требуя немедленного комфорта.

В подходе АСТ для наполненной и значимой жизни одной осознанности недостаточно. АСТ учит навыкам осознанности в контексте жизненных ценностей и ответственных действий. Другими словами, клиенты учатся идентифицировать, прояснять для себя и

воссоединяться с ключевыми ценностями, чтобы четче устанавливать цели, ориентиры, формировать необходимые для их реализации процессы и осуществлять изменения в жизни. Осознанность не только помогает людям преодолеть психологические барьеры к изменениям, но также способствует наполненному вовлечению в путешествие жизни, ориентированному на осознание себя и своих ценностей.

Диалектическая поведенческая терапия, или ДПТ – в основном представляет собой адаптацию широкого спектра методов когнитивной и поведенческой терапии специально для проблемы ПРЛ, включая различные виды суицидального поведения. М. Linehan разработала диалектическую поведенческую терапию в связи с недостаточной эффективностью стандартных протоколов для терапии суицидальных пациентов (Linehan & Dimeff, 2001).

Основополагающий аспект этой диалектики – необходимость принимать пациентов такими, какие они есть, и, в то же время, пытаться научить их меняться.

Акцент на принятии как противовесе изменениям вытекает непосредственно из интеграции психологической практики Запада и восточной философии (дзэн). Термин “диалектика”, кроме того, подразумевает необходимость диалектического мышления со стороны терапевта, а также работу над изменениями собственного недиалектического, дихотомического, негибкого мышления со стороны пациента. Стил ДПТ представляет собой сочетание основанного на фактах, несколько негативного, порой даже жестокого отношения к парасуицидальному поведению и другим дисфункциональным типам поведения в настоящем и прошлом, с одной стороны, и теплоты, гибкости, чуткости и стратегического самораскрытия терапевта – с другой. Постоянные попытки в рамках ДПТ произвести «рефрейминг» суицидального и других дисфункциональных поведенческих паттернов и представить их в качестве одного из множества средств решения проблем, приобретенных пациентами, уравниваются акцентом на валидации текущих эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций в том виде, в котором они проявляются. Сосредоточение на решении проблем требует от терапевта систематической работы над всеми дисфункциональными поведенческими паттернами пациента (как во время психотерапевтических сеансов, так и вне их) и терапевтическими ситуациями, включая проведение совместного поведенческого анализа, формулирование гипотез относительно возможных факторов влияния на данную проблему, генерирование возможных изменений (поведенческих

решений), а также испытание и оценку этих решений. Пациентов активно обучают эмоциональной регуляции, межличностной эффективности, навыкам перенесения дистресса, общей психической вовлеченности и самоконтролю. Все терапевтические модели приветствуют и разъясняют применение упомянутых навыков. Использование стрессовых ситуаций в терапевтическом контексте требует, чтобы терапевт внимательно отслеживал влияние обоих участников – себя и пациента – друг на друга. Хотя основной упор делается на естественно возникающих стрессовых обстоятельствах как средстве воздействия на поведение пациента, терапевту позволено использовать как произвольное подкрепление, так и ситуации дистресса, если данное поведение может иметь летальный исход или если в обычных терапевтических условиях трудно добиться от пациента необходимого поведения. В ДПТ постоянно подчеркивается тенденция пациентов с пограничным расстройством личности активно избегать угрожающих ситуаций. Поэтому в рамках ДПТ одобряется экспозиция угрожающих раздражителей как в терапевтическом контексте, так и *in vivo* (в условиях реальной жизни, лат.).

Валидация (от англ. *valid* – действительный, веский) – распознавание и признание окружением эмоциональных реакций индивида. Валидация чувств поощряет «Я» индивида – он чувствует поддержку, одобрительные комментарии окружения вселяют в него чувство полноценности. В какой бы форме ни осуществлялась валидация чувств, индивид всегда понимает ее содержание одинаково: «Ваши чувства приемлемы, вы имеете на них право».

Акцент ДПТ на валидации требует, чтобы терапевт искал частицу смысла или истины, которая заключена в каждой реакции пациента, и доносил этот смысл или истину до своего подопечного. Вера в то, что пациент желает добиться терапевтического прогресса и личностного роста, а также вера в присущую ему способность к изменениям является основой данной терапевтической системы. Валидация включает также частое, благожелательное признание терапевтом того эмоционального отчаяния, которое испытывает пациент. На протяжении всего терапевтического процесса сохраняется ориентация на построение и поддержание позитивных межличностных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом.

Акцент на диалектических принципах в ДПТ больше всего похож на терапевтическую направленность в гештальт-терапии, которая также берет начало в холистической теории систем и ориентируется на такие идеи, как синтез. Интересно, что новейшие подходы когнитивной

терапии к ПРЛ, разработанные А. Беком и его коллегами (Beck, Freeman, & Associates, 1990; Young, 1988), открыто заимствуют методики гештальт-терапии.

Таким образом, мы можем наблюдать значимую динамику и эволюцию когнитивно-поведенческого подхода и направления психотерапии, которая позволяет помочь справиться с проблемами суицидального поведения гораздо более широкому контингенту пациентов за счет привлечения нового психологического инструментария и «переоткрываемых» КПТ с переводом на научный язык описания методов восточных практик, таких как осознанность (майндфулнесс) и принятие.

### Литература

1. Кабат-Зинн Дж., Куда бы ты ни шел – ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни/Пер. с англ. М. Белобородовой. – М.: Независимая фирма “Класс”, Издательство Трансперсонального института, 2001. – 208 с.
2. Ковпак Д. В. Олимпийское спокойствие. Как его достичь? – СПб.: Питер, 2014 – 208 с.
3. Ковпак Д. В. «Тетья волна» когнитивно-поведенческой терапии. Майндфулнесс в терапии хронической боли // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В.И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2015. – 158 с.
4. Лайнен, Марша М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. - М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. - 592 с.
5. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. et al. Mindfulness: A proposed operational definition // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2004. – Vol. 11. – P. 230–241.
6. Brown K.W., Ryan R.M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2003. – Vol. 84. – P. 822–848.
7. Brown K.W., Ryan R.M., Creswell J.D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects // *Psychological Inquiry*. 2009. Vol. 18. P. 211–237.
8. Cardaciotto L., Herbert J.D., Forman E.M., Moitra E., Farrow V. The as-sessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale // *Assessment*. – 2008. – Vol. 15. – P. 204–223.

9. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and metaanalysis // *Psychiatry Research*. 2001. Vol. 187. P. 441–453.
10. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. // *J Altern Complement Med*. 2009. 15(5): 593 – 600.
11. *Clinical handbook of mindfulness* / Didonna F. (Ed.). New York: Springer, 2009.
12. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse / Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. // *Archives of General Psychiatry*. 2006. Vol. 63. P. 749–755.
13. Creswell J.D., Way B.M., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – Vol. 69. – P. 560–565.
14. Dekeyser M., Raes F., Leijssen M., Leysen S., Dewulf D. Mindfulness skills and interpersonal behavior // *Personality and Individual Differences*. – 2008. – Vol. 44. – P. 1235–1245.
15. Evans S., Ferrando S., Findler M., Stowell C., Smart C., Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2008. – Vol. 22. – P. 716–721.
16. Finucane A, Mercer S.W. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care // *BMC Psychiatry*. – 2006. – Vol. 6. – P. 14–24.
17. How does mindfulness based cognitive therapy work? / Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. // *Behaviour Research and Therapy*. 2010. Vol. 48. P. 1105–1112.
18. Joiner T.E., Rudd M.D. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous attempts and negative life events // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68. – P. 909–916.
19. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta, 1990.
20. Kaplan K.H., Goldenberg D.L., Galvin-Nadeau M. The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. // *General Hospital Psychiatry* 1993. 15(5): 284–9.
21. Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31. P. 1041–1056.



22. Kim B., Lee S.H., Kim Y.W., Choi T.K. et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2010. – Vol. 24. – P. 590–595.

23. Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E. et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2008. – Vol. 76. – P. 966–978.

24. Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? // *Behaviour Research and Therapy*. – 2010.

25. Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J.L., Weissbecker I., Sephton S.E. Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2009 Jun; 16 (2): 200–7.

26. Ma S.H., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention Effects // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72. – P. 31–40.

27. Manicavasgar V., Parker G., Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for nonmelancholic depression // *Journal of Affective Disorders*. – 2011. – Vol. 130. – P. 138–144.

28. Miklowitz D., Alatiq Y., Goodwin G.M., Geddes J.R. et al. A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder // *International Journal of Cognitive Therapy*. – 2009. – Vol. 2. – P. 373–382.

29. Powell J., Geddes J., Deeks J., Goldacre M., Hawton K. Suicide in psychiatric patients: Risk factors and their predictive power // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 176. – P. 266–272.

30. Rosenzweig S., Greeson J.M., Reibel D.K., Green J.S., Jasser S.A., Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. // *J Psychosom Res*. 2010. 68(1): 29–36.

31. Segal Z.V., Gemar M., Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1999. – Vol. 108. – P. 3–10.

32. Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse // *Archives of General Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 749–755.

33. Segal Z.V., Williams J., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. – New York:



Guilford Press, 2002.

34. Shapiro, S., et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. // International Journal of Stress Management. 2005. Vol. 12(2), P. 164 – 176.

35. Sipe W, Eisendrath S. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice // Can J Psychiatry. – 2012. – Vol. 57. – P. 63–69.

36. Teasdale J.D. Emotional processing, three modes of mind, and the prevention of relapse in depression // Behaviour Research and Therapy. – 1999. – Vol. 37. – P. 53–78.

37. Teasdale J.D., Segal Z., Williams J. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help // Behaviour Research and Therapy. – 1995. – Vol. 33. – P. 25–39.

38. Teasdale J.D, Segal Z.V., Williams J. et al. Prevention of re-lapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68. – P. 615–623.

39. Treadway M.T., Lazar S.W. The neurobiology of mindfulness // Didonna F. (Ed.), Clinical handbook of mindfulness . – New York: Springer, 2009. – P. 45–58.

40. Way B.M., Creswell J.D., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest // Emotion. – 2010. – Vol. 10. – P. 12–24.

## КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Ковпак Дмитрий Викторович**

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им.  
И. И. Мечникова, кафедра психотерапии, медицинской психологии и  
сексологии лечебного факультета

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, Санкт-  
Петербург

*Аннотация.* В статье рассматривается методологическая основа когнитивно-поведенческой терапии суицидального поведения. Описаны диагностика и патогенез на основе биопсихосоциальной модели, представлена когнитивно-поведенческая концептуализация суицидального поведения и модель поддерживающего цикла депрессии и суицидального поведения. Описаны ключевые стратегические и тактические цели краткосрочной помощи и долгосрочной терапии.

*Ключевые слова:* Биопсихосоциальная модель, когнитивно-поведенческая терапия суицидального поведения, модель поддерживающего цикла депрессии, суицидальные риски

## COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY OF SUICIDAL BEHAVIOR

**Kovpak D.V.**

*Abstract.* The article discusses the methodological basis of cognitive behavioral therapy of suicidal behavior. Diagnostics and pathogenesis based on a biopsychosocial model are described, cognitive-behavioral conceptualization of suicidal behavior and a model of a supportive cycle of depression and suicidal behavior are presented. The key strategic and tactical goals of short-term care and long-term therapy are described.

*Keywords:* Biopsychosocial model, cognitive behavioral therapy of suicidal behavior, model of supportive cycle of depression, suicidal risks

А. Г. Амбрумова и ряд других исследователей выдвинули концепцию о том, что суицид – это феномен социально-психологической дезадаптации личности, то есть ключевые понятия для данного явления – социально-психологическая адаптация и дезадаптация.

Под адаптацией вообще понимается приспособление – соответствие между живой системой и внешними условиями, причем адаптация – это и процесс, и его результат.

Тогда как понятие «дезадаптация» отражает различную степень и качество несоответствия организма и среды. Полное соответствие способствует развитию, полное несоответствие несовместимо с жизнедеятельностью. К системам, занимающим промежуточное положение между этими двумя полюсами, в одинаковой мере применим термин адаптация и дезадаптация; первый из них отражает позитивные приспособительные и компенсаторные компоненты, а второй характеризует систему со стороны ее недостаточности или дезорганизованности.

На уровне личности акцент в процессе адаптации переносится на социальные взаимодействия, опосредованные психической деятельностью и ее высшей формой – сознанием. Объективным критерием успешности социально-психологической адаптации человека служит его поведение в обычных и экстремальных ситуациях. Многие авторы различают лимитирующую и трансформирующую адаптацию.

По А. Г. Амбрумовой основной причиной суицидальных действий выступает социальнопсихологическая дезадаптация личности. Помимо главной причины могут быть еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности и т.д.).

От причины следует отличать условия и повод. Под условиями понимают такой комплекс явлений, который хотя и не порождает конкретные следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития. Нет причин и следствий без определенных условий. Условия существенно влияют не только на действия причин, но и на характер следствий. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям. Анализируя причины суицидов, приходится повсеместно встречаться с зависимостью их от условий.

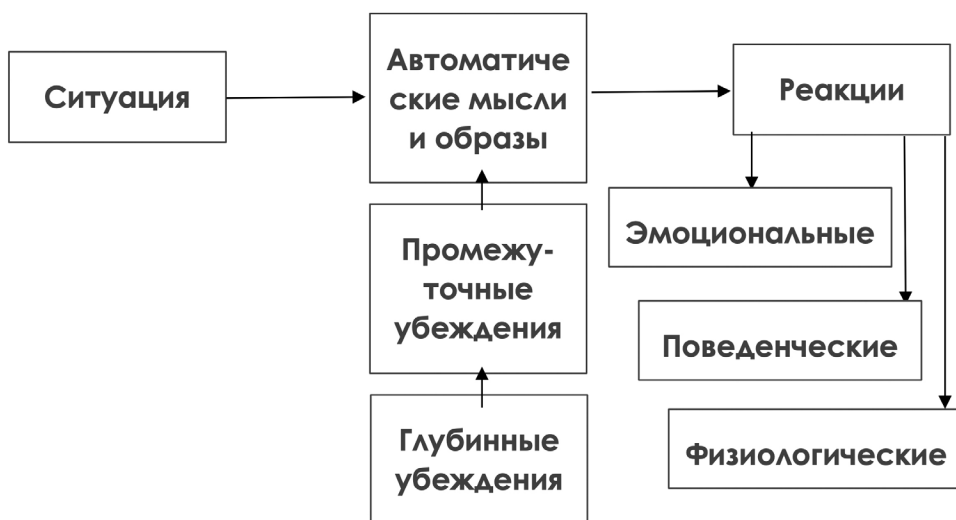
Дезадаптация человека наглядно описывается механизмами, рассматриваемыми в когнитивно-поведенческом подходе. КПТ опирается на теории научения и проясняет модели, построенные

человеком на основании полученного им опыта. С точки зрения КПТ, человек обучается шаблонам обработки поступающей информации, ее интерпретации и предписаний, формируемых на их основе. Часть таких моделей становится в силу ряда разных причин дисфункциональными.

КПТ направлена на изменение широкого круга проблем и расстройств, включая депрессивные и суицидальное поведение, путем изменения мыслей, убеждений и поведения и базируется на сочетании основных принципов поведенческой и когнитивной психологии. Она является «проблемно-ориентированной» и «ориентированной на действия» формой терапии. Ключевые особенности и ведущие принципы КПТ, которые подчеркнула в своем руководстве Дж. Бек – сотрудничество с клиентом/пациентом, являющегося для терапевта равноценным партнером. [2] С этим связана другая характерная черта данного направления – использование понятного языка, изучение и использование в диалогах языка описания клиента. Если вы хотите с кем-то сотрудничать, крайне важно, чтобы человек вас понимал.

*Диаграмма 1.*

Когнитивная модель депрессии



Когнитивная триада Бека, также известная как негативная триада, [1][2] представляет собой взгляд когнитивной терапии на три ключевых элемента системы убеждений человека, присутствующей в депрессии. Она была предложена Аароном Т. Беком в 1967 году [3]. Триада является частью его когнитивной теории депрессии [4], и эта концепция

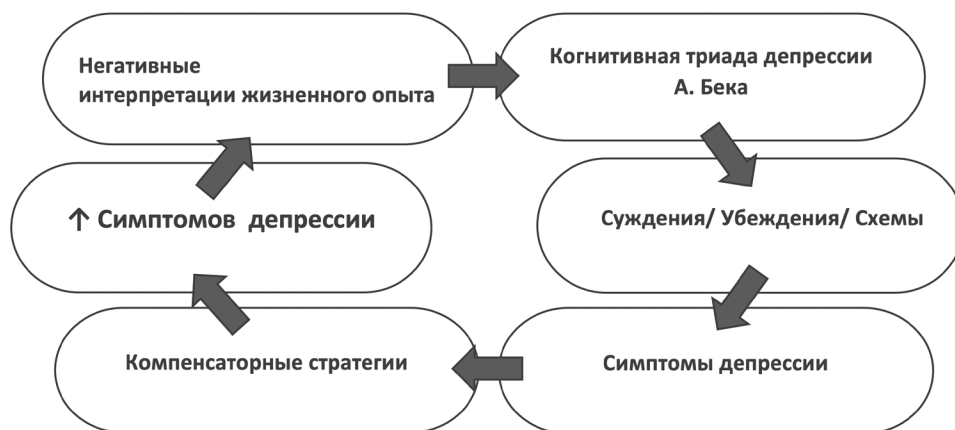
используется как когнитивная модель КПТ (СВТ). Триада включает в себя «автоматические, спонтанные и, казалось бы, неконтролируемые негативные мысли»[5] о: Себе («Я»), окружающей действительности («Мир») и ожидания («Будущее»).

Примеры такого негативного мышления включают: «Я» – «Я никчемный и уродливый» или «Я хотел бы быть другим». Мир – «Никто меня не ценит» или «люди все время игнорируют меня». Будущее – «Я безнадежен, потому что никогда не изменюсь к лучшему» или «все может стать только хуже!»

На основе когнитивной триады негативного отношения к себе, миру и будущему формируется поддерживающий цикл депрессии.

*Диаграмма 2.*

Модель поддерживающего цикла депрессии в КПТ



Под влиянием депрессогенной триады формируется устойчивая динамическая система схем, убеждений разного уровня и суждений на их основе. Производные от этих дисфункциональных убеждений автоматические дисфункциональные мысли в триггерных ситуациях генерируют аффективную, соматическую и поведенческую симптоматику депрессии. Эти неприятные состояния, ощущения и явления пациент с депрессией склонен подавлять или редуцировать прибегая к помощи различных компенсаторных стратегий. Наиболее частыми из них являются руминации, поиск одобрения, различные зависимости, избегание, перфекционизм, прокрастинация и в том числе, аутоагрессивное и суицидальное поведение, как одни из крайних мер направленных на избавление от страдания. Компенсаторные стратегии

принося лишь временное облегчение или не давая его вовсе, приводят к усилению депрессивных симптомов и негативным интерпретациям полученного опыта. «Ничего не получается и не получится», «Я не справлюсь», «выхода нет» и другие подобные негативные интерпретации приводят к усилению убеждений безнадежности, беспомощности, катастрофизации и других глубинных и промежуточных дисфункциональных убеждений, усиливающих негативную триаду депрессии А. Бека и приводя к замыканию круга патогенеза депрессии, превращая его в спираль негативной динамики депрессии. Поэтому на фоне тягостного состояния, испытываемого пациентом с депрессией, негативно относящимся к себе, разочарованному окружающей действительностью и не верящим в перспективы в будущем, возникает мнимо логичное предположение о «спасительном» выходе из этого замкнутого круга при помощи добровольного ухода из жизни, как избавлению от нескончаемых по собственным прогнозам страданий. Таким образом, тактическими задачами оперативной помощи суицидальным пациентам выступает анализ их поддерживающего депрессогенного и суицидогенного цикла, и рассмотрение в качестве тактических целей ближайшими терапевтическими воздействиями ключевых элементов этого поддерживающего цикла депрессивного расстройства.

Вклад А. Бека в исследование суицидального поведения:

- Выделил ключевые факторы риска: намерение, степень намерения, попытку, летальный исход
- Разработал Шкалу суицидальных интенций
- Описал дисфункциональное убеждение безнадежности, как ключевую промежуточную переменную в патогенезе суицидального поведения.

Исследование взаимосвязи между безнадежностью и суицидальностью в работах А. Бека:

- Бек и др. (1975) обнаружили, что показатели по шкале безысходности явились более сильными предикторами рисков суицидальных попыток, чем данные по шкале депрессии Бека.
- Бек и др. (1985) обнаружили, что повышенные показатели по шкале безысходности были сильными предикторами последующих попыток самоубийства у депрессивных стационарных больных.

Безнадежность:

- Когнитивная особенность, которая наиболее последовательно согласуется с суицидальными идеями, намерениями и завершением

- Лучший индикатор, чем депрессия: идеи и намерение
- Предиктор возможного суицида у взрослых вместе с ангедонией и изменчивостью настроения

- Актуальные и хронические риски

Наиболее часто используемыми эффективными методиками по оценке суицидальности в мировой практике являются:

- Beck Scale for Suicidal Ideation (Шкала суицидальных идей), высокая валидность ([www.psychcorp.com](http://www.psychcorp.com))

- Beck Hopelessness Scale (Шкала безысходности)

- Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, Шкала оценки интенсивности риска суицида Медицинского центра Колумбийского Университета, Нью-Йорк, США) ([www.cssrs.columbia.edu](http://www.cssrs.columbia.edu))

Режим «суицид» в действии рядом авторов, в частности Раддом (Rudd, 2004), проанализирован с помощью следующей последовательности шагов:

Шаг 1

Триггер (что стало триггером попытки?)

Шаг 2

Суицидальная система убеждений (Какие мысли активируют?)

Шаг 3

Аффект (какие чувства присутствуют?)

Шаг 4

Физиология (Какие симптомы присутствуют?)

Шаг 5

Поведенческие/мотивационные (какое поведение ориентировано на смерть?)

Предрасполагающие факторы

Какие факторы делает пациента уязвимым к самоубийству?

Суицидальное поведение может быть рассмотрено как поведение совладания с проблемами. В связи с этим в диагностике и клиническом интервью стоит обращать пристальное внимание на:

- Дефицит навыка решения проблем
- Особенно проблематичным для пациента является решение межличностных проблем

• Часто суициденты рассматривают самоубийство как желательное решение проблемы – иллюзия «выхода»

• Характерными способами совладания суицидальных пациентов являются «тревога об» и «избегание»

Клиническими мишенями терапии суицидального поведения



выступают – элементы суцидодогенных триггеров и суцидального поведения, суцидоопасные симптомы депрессии (отчаяние, душевная боль, тревога, бессонница), и такие концепты когнитивно-поведенческой терапии как беспомощность и безнадежность.

Терапевтическая цель – медикаментозно (особенно в случаях высокого риска) и психологическими методами нейтрализовать изменяемые факторы риска, такие как:

- аффективный фон и неудовлетворенные психологические потребности пациента.

- определить, найти и уменьшить мучительную душевную боль, удовлетворить психологические потребности пациента по мере его восстановления от острого состояния.

- использовать резервы жизнестойкости, развивать навыки совладания с дистрессом обыденной жизни (стрессоустойчивости).

Терапия суцидального поведения:

- Изменить искаженную ценностную ориентацию: положительные ценности смысла жизни против чувства бессмысленности

- Использовать резервы жизнестойкости, развить навыки совладания с дистрессом обыденной жизни (стрессоустойчивости)

- Оптимизация фармакотерапии (соотношение риск / польза) при контроле комплаенса

- Резервы неформальной поддержки (группы самопомощи и ближайшая социальная сеть поддержки)

«Доводы для жизни» выступают вариантом интервенций конфронтующих с суцидальной доминантой в мышлении пациента с суцидальным поведением.

Протокол КПТ (10 сессий).

Ранняя фаза:

- Взаимодействие и эффективный план безопасности

- Суцидальный нарратив и концептуализация

Средний этап:

Оценка проблем копинга, эмоциональной регуляции, социальной поддержки, безнадежности

Финальная фаза:

Профилактика рецидивов

Ключевые особенности:

- Фокус на суцидальном поведении как проблеме первого плана

- Вовлеченность в терапию

- «hope box» («шкатулка надежды»)

- Концептуализация попытки суицида
- Профилактика рецидивов

Цели терапии:

• Пациенту следует помочь увидеть другие возможности помимо суицида, другие взгляды на будущее. «Мишенями» терапии выступают безнадежность и невыносимость. Что осуществляется с помощью целого арсенала диспутов и низко конфронтационных интервенций с дисфункциональными особенностями системы убеждений суицидального пациента.

• Пациенту (с помощью терапевта) необходимо разработать альтернативные способы восприятия, оценки и прогнозирования, также поведения во время дистресса (использование копинг карт, навыка решения проблем, использования практик осознанности и другие методики КПТ арсенала)

• Применение навыков в момент негативных эмоций для профилактики рецидивов

Стратегии управления:

- Безопасность окружающей среды
- Разработать средства оценки рисков
- Сотрудничество в отношениях
- Расписать и согласовать план лечения
- Мишенью в терапии являются суицидальные мысли и безысходность
- Продолжать имеющееся медикаментозное лечение

Таким образом когнитивно-поведенческая терапия используют комплексную терапию суицидального поведения на основе биопсихосоциальной модели современной психиатрии и психотерапии, предлагая решения в биологических, психологических и социальных аспектах лечения многогранной проблемы суицида.

### Литература

1. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 2001. – 245 с.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 298 с.
3. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – 416 с.
4. Гринбергер Д., Падески К. А. Разум рулит настроением. Измени

- свои мысли, привычки, здоровье, жизнь. – СПб.: Питер, 2019 – 416 с.
5. Добсон Д., Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. – СПб.: Питер, 2021. – 400 с.
6. Ковпак Д. В., Третьяк Л. Л. Депрессия. Диагностика. Лечение. – СПб.: Наука и Техника, 2019. – 528 с.
7. Ковпак Д. В., Палкин Ю. Р. Разнообразие аддиктивного поведения / Психиатрия и наркология в XXI веке – СПб, Береста, 2011 – С. 147 – 155.
8. Ковпак Д. В. Соматические проявления депрессии и их комплексная терапия / Депрессивные расстройства в общемедицинской практике / Под общей редакцией В.И. Мазурова. – СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 2005. – С. 19 – 23.
9. Николаева Н.В., Каяшева О.И. Психологические детерминанты комплексного сопровождения личности в ситуации переживания кризиса // Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи: сборник научных статей / XX Клинические Павловские чтения, 21 апр. 2016 г.; [сост.: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак]. – Санкт-Петербург: СИНЭЛ, 2016. – С. 39 – 45.
10. Леонтьев Д.А. Экзистенциальный смысл суицида: жизнь как выбор // Московский психотерапевтический журнал. – 2008. №4. – С.58–82.
11. Леонтьев Д.А., Овчинникова Е.Ю., Рассказова Е.И., Фам А.Х. Психология выбора. – М.: Смысл, 2015. – 464с.
12. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. – СПб.: Питер, 2019 – 656 с.
13. Лихи Р. Терапия эмоциональных схем.– СПб.: Питер, 2019. – 448 с.
14. Лихи Р. Победы депрессию прежде, чем она победит тебя. – СПб.: Питер, 2020. – 288 с.
15. Николаева Н.В. Медико-психологические аспекты профилактики суицидального поведения больных // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, СПб, ноябрь, 2013. – Выпуск XIII./ Под общ. ред. В.И. Мазурова. – СПб, 2013. – С.166 – 171.
16. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: Дис... д-ра мед. наук. – Киев, 2004. – 436 с.
17. Франкл В. Сказать жизни «Да!». Психолог в концлагере. – М.: Альпина нон-фикшн, 2015.
18. Фримен А., Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2018 – 416 с.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Кошанская А.Г.

ФБГОУ ВО «Адыгейский государственный университет»,  
г. Майкоп, Адыгея

**Аннотация:** В статье описаны четыре уровня профилактики суицидального поведения и профилактической работы с несовершеннолетними. Первый уровень направлен на общую профилактику с формированием ценностей здорового образа жизни и повышением групповой сплоченности среди участников образовательного процесса. Второй уровень – выявление психологом образовательного учреждения групп суицидального риска, с осуществлением сопровождения не только несовершеннолетних, но и их семей с целью предупреждения самоубийств. Третий уровень – непосредственное предотвращение самоубийства с оценкой степени риска самоубийства несовершеннолетним. Четвертый уровень позволяет снизить последствия и уменьшить вероятность дальнейших случаев суицидальных попыток при помощи социальной и психологической реабилитации суицидентов.

**Ключевые слова:** профилактика суицидального поведения, группы суицидального риска, социальная и психологическая реабилитация

## FEATURES OF PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR OF MINORS IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT

Koshanskaya A.G.

**Abstract:** The article describes four levels of prevention of suicidal behavior and preventive work with minors. The first level is aimed at general prevention with the formation of healthy lifestyle values and increasing group cohesion among participants in the educational process. The second level is the identification by a psychologist of an educational institution of suicidal risk groups, with the implementation of support not only for minors, but also for their families in order to prevent suicide. The third level is direct suicide prevention with an assessment of the risk of suicide by minors. The fourth level allows to reduce the consequences and reduce the likelihood of further cases of suicidal attempts with the help of social and psychological rehabilitation of suicides.

**Keywords:** prevention of suicidal behavior, suicide risk groups, social and psychological rehabilitation

Проблема профилактики суицидального поведения несовершеннолетних в образовательной среде является значимой социально-психологической проблемой, поскольку в последние годы участились суицидальные наклонности среди детей и подростков. За каждым случаем проявления суицидального поведения несовершеннолетних стоит личная трагедия, состояние безысходности, нередко возникающие на фоне морального и физического насилия, бестактного поведения со стороны взрослых, черствости и безразличия отдельных педагогов или родителей, глубоких конфликтов с ближайшим окружением. У несовершеннолетних переживающих сложные жизненные ситуации формируется страх перед жизнью, побеждающий страх смерти. Следует отметить, что данным ВОЗ [5], большинство родителей не знают о попытках самоубийства своих детей, т.к. более 35% держат это в тайне от них.

При проведении профилактической работы с несовершеннолетними в образовательной среде прежде всего необходимо соблюдать принцип ценности личности каждого несовершеннолетнего, признание их индивидуальности, приоритет личностного развития, который заключается в том, что обучение выступает не как самоцель, а как средство личностного роста с ориентацией на зону ближнего развития каждого ребенка. Профилактическая работа представляет собой четырехуровневую систему [1].

**Первый уровень** направлен на общую профилактику с формированием ценностей здорового образа жизни и повышением групповой сплоченности среди участников образовательного процесса. Для этого в образовательных учреждениях необходимо создавать общешкольные программы психического и физического здоровья, регулярно и систематически проводить внеклассную воспитательную работу, привлекать к профилактическим мероприятиям родителей [3]. В самой же образовательной среде необходимо формировать доброжелательную атмосферу, в которой несовершеннолетние смогут почувствовать, что учителя к ним справедливы и у них есть друзья, это позволит детям ощутить себя частью школьной системы и снизить вероятность возникновения суицидальных мыслей. Психологам образовательных организаций на данном этапе необходимо изучить особенности психолого-педагогического статуса каждого несовершеннолетнего с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии

и обучении. На основании полученных данных создается система психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп как в воспитательно-образовательном процессе, так и в периоды возникновения трудных жизненных ситуаций (составляется программа или план работы по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних). Первый уровень профилактики подразумевает привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты законных прав и интересов ребенка. При этом основной целью данного этапа является формирование позитивного образа «Я» у детей и подростков, развитие их уникальности и неповторимости, привитие существующих в обществе социальных норм поведения, формирование эмпатии, милосердия и ценностных отношений в социуме.

**На втором уровне** психолог образовательного учреждения выявляет группы суицидального риска, осуществляет сопровождение не только несовершеннолетних, но и их семей с целью предупреждения самоубийств [6]. Для этого проводится диагностика суицидального поведения и составляется банк данных несовершеннолетних группы риска и их семей. Психолог образовательного учреждения организует индивидуальные и групповые занятия по обучению проблемно-разрешающему поведению и поиску социальной поддержки, повышению самооценки, развитию эмпатии, адекватного отношения к собственной личности. Могут проводиться классные часы, круглые столы, оформляться тематические стенды. Разрабатывается план действий психолога образовательного учреждения, в котором должен быть четко обозначен алгоритм мер при выявлении несовершеннолетнего группы суицидального риска, при угрозе самоубийства и после него [4]. Необходимо обращать внимание на возрастные психологические новообразования, которые могут возникать у несовершеннолетних, склонных к суицидальному поведению. В 1–4 классах школы у учащихся происходит перестройка их системы отношений с переходом к учебной деятельности, поэтому несовершеннолетние с неадекватной самооценкой, рискованными поступками, которые могут совершаться из-за интереса к новому, в том числе и к смерти, должны попадать в поле зрения психолога образовательного учреждения. В 5 классе, когда у детей активизируется интерес к коллективной деятельности, важна коррекция детской застенчивости с развитием эмоциональной сферы. У учащихся 7 классов возможно резкое падение самооценки с повышением агрессивности, тревожности, ранимости и неадекватности

реагирования. В этом возрасте для несовершеннолетних важна реализация потребности в эмоциональной поддержке со стороны взрослых (семьи, педагогов). Для старшеклассников значимыми становятся раздумья о любви и семейных отношениях, наблюдаются проявления юношеского максимализма и идеализма, радикальность мнений и поступков. В этот возрастной период важна готовность педагогов и психолога образовательного учреждения помочь найти ответы на вопросы с использованием нетрадиционных педагогических и психологических приемов обучения, общения и воспитания. Соответственно, на каждом возрастном этапе психологу образовательного учреждения необходимо выявить несовершеннолетних, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите, сопровождать несовершеннолетних группы риска по суицидальному поведению, проводить терапию кризисных состояний, формировать адаптивные копинг-стратегии, способствующие позитивному принятию себя и позволяющие эффективно преодолевать кризисные ситуации.

**Третий уровень** направлен на непосредственное предотвращение самоубийства с оценкой степени риска самоубийства несовершеннолетним. Выделяется основные три степени риска совершения самоубийства: крайняя – когда несовершеннолетний имеет средство совершения самоубийства и у него выработан четкий план; серьезная, при которой у несовершеннолетнего есть план, но нет орудия осуществления; умеренная – несовершеннолетний озвучивает намерения, но нет четкого плана и орудий. После оценки степени суицидального риска психолог оповещает соответствующие учреждения психического здоровья и ставит в известность родителей, проводит работу с педагогическим коллективом, который был включен во взаимодействие с суицидентом, по разбору данного случая для выражения своих чувств, переживаний, внесения предложений относительно стратегий и плана дальнейших действий. При необходимости психолог организует встречу близких друзей суицидента и его одноклассников с врачом-психотерапевтом.

**Четвертый уровень** позволяет снизить последствия и уменьшить вероятность дальнейших случаев суицидальных попыток при помощи социальной и психологической реабилитации суицидентов. На данном уровне психолог образовательного учреждения особое внимание уделяет эмоциональному климату в школе и его изменению, а суицидента направляет к врачу-психотерапевту для глубинной коррекции состояния, отслеживая его динамику в процессе дальнейшего



обучения в школе. Психолог образовательного учреждения должен быть готов к оказанию экстренной психологической помощи суициденту, подготовить диагностический инструментарий для отслеживания динамики психологического состояния суицидента. Знать координаты специалистов, которые могут оказывать психотерапевтическую помощь суицидентам и их семьям. С целью профилактики суицидального поведения несовершеннолетних в образовательной среде необходимо регулярно информировать их о возможности анонимного телефонного консультирования в службе Детского Телефона Доверия с единым общероссийским номером 8-800-2000-122 по широкому кругу проблем, таких как: взаимоотношения с родителями, сверстниками и учителями; любовные и сексуальные отношения; принятие себя и своей жизни; суицидальные мысли и намерения. [2].

Таким образом, профилактическая работа с несовершеннолетними в образовательной среде должна быть направлена на ослабление социально-психологических предпосылок, способствующих формированию у них суицидального поведения. Проблема предупреждения суицидального поведения должна решаться путем организации комплексных мероприятий, обеспечивающих реализацию системной психологической работы с несовершеннолетними, находящимися в трудной жизненной ситуации.

### Литература

1. Березина В.А. Профилактика суицидального поведения в образовательном процессе: содержание, организация и планирование / В.А. Березина // Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: сб. материалов междунар. науч.-практ. конф. – М., 2013. – С. 25.
2. Детский телефон доверия, работающий под единым общероссийским номером 8 800 2000 122. Нормативные и методические материалы: в 3 т. Т. 2: Для консультантов / ред.-сост. М.О. Егорова. – М.: Смысл, 2011. – 362 с.
3. Корнетов А.Н. Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях: метод. рекомендации для педагогов и кураторов / А.Н. Корнетов [и др.]. - Томск: Рекламная группа Графика, 2013. – 56 с.
4. Олифер О.О. Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения учащихся образовательных организаций:

- сб. материалов / О.О. Олифер [и др]. – Хабаровск: Краевой центр психолого-медико-социального сопровождения, 2015. – 168 с.
5. Синягин Ю.В. Детский суицид: анализ состояния профилактической работы в образовательных организациях России / Ю.В. Синягин, Н.В. Сероштанова // Мир психологии. – 2015. – № 1. – С. 185-190.
  6. Синягина Н.Ю. Типовая модель психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, направленного на профилактику суицидального поведения учащихся [Электронный ресурс] / Н.Ю. Синягина [и др.]. – Режим доступа: <http://ou55.omsk.obr55.ru/files/2016/01/Типовая-модель.pdf> (дата обращения: 12.09.2017).

## **СУИЦИДОЛОГИЯ НА МАРШЕ: ЗАДАНИЯ НА СЕГОДНЯ И ЗАВТРА**

**Любов Е.Б.**

Отдел суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала  
«ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

**Аннотация.** Статья затрагивает ключевые элементы научно-доказательной базы Национальной программы предупреждения суицидов и предшествующих ей стандартов и руководств по оказанию антикризисной (суицидологи-ческой) помощи.

**Ключевые слова:** суицидология, суицидологическая служба, профилактическая программа, социально-психологическая помощь

## **SUICIDOLOGY ON THE MARCH: TASKS FOR TODAY AND TOMORROW**

**Lyubov E.B.**

**Abstract.** The article touches on the key elements of the scientific evidence base of the National Suicide Prevention Program and its preceding standards and guidelines for providing anti-crisis (suicidological) assistance.

**Keywords:** suicidology, suicidological service, preventive program, social and psychological assistance

Классический труд Э. Дюркгейма «Самоубийство» начинается с сакраментального «Необходимо...», и каждое поколение работающих в деле предупреждения суицидального поведения (СП) вносит посильную лепту решений и означает новые вопросы и цели. Наметившийся тренд снижения уровней суицидов на федеральном уровне (на местном – неоднозначная динамика) последнего десятилетия не может дезориентировать общественность и специалистов. Самоубийство и покушение на самоубийство составляют объект особой междисциплинарной области знания – суицидологии (А. Амбрумова), а биопсихосоциальный феномен СП в рамках универсальной модели «уязвимость-дистресс» определяет междисциплинарное (бригадное) и межведомственное взаимодействие.

Научно-доказательной базой Национальной программы предупреждения суицидов и предшествующих ей стандартов и руководств по оказанию антикризисной (суицидологической) помощи станет ряд логично связанных и последовательных действий. Предстоит многосторонняя (клинико-социальная и экономическая) и многоаспектная (включая позиции суицидентов и их близких) динамическая оценка деятельности службы в целом и континуума ее функционально-структурных звеньев в русле внедиспансерного раздела психиатрической службы нового типа. Необходимы оценка ресурсов и резервов региональных суицидологических служб (подразделения, кадры), выявление их потребностей (уточнение функциональных обязанностей и нагрузки работников) и резервов улучшения эффективности; систематический мониторинг суицидального поведения (СП) на уровнях психиатрической службы, региона, страны с привязкой к клиническим (как депрессия, наличие телесной болезни особо с хроническим болевым синдромом и ограничениями функционирования), социально-экономическим, этно-культуральным факторам (на примере малых народов Севера и Дальнего Востока).

Объективизация бремени СП в рублях и единицах, указывающих потерю лет продуктивной жизни (DALY) с привлечением «неуловимых» затрат (как чувство вины, самостигматизация близких суицидентов в единицах качества жизни средствами качественного анализа самоописаний) – указывает актуальность и ресурсосберегающий (жизнесберегающий) потенциал профилактической программы. Важно сопоставление бремени СП с таковым болезней, приоритетных для финансирования здравоохранения (как сердечно-сосудистые и онкологические). Будет продолжен поиск клинических и

нейробиологических маркеров и изучение прогностических факторов СП в социо-демографических, профессиональных и клинических группах риска (при масштабных скринингах), а также защитных (антисуицидальных) факторов как рациональная фармакотерапия, формальная и неформальная помощь и поддержка. Нужно дифференцировать работу «Телефона доверия» в зависимости от возраста обратившегося и сделать его доступным (бесплатным) вне зависимости от места жительства абонента. Перспективно развитие антисуицидальных сайтов с участием обученных добровольцев (в т.ч. с опытом успешного преодоления кризисных состояний) и онлайн консультирования профессионалов.

Предстоит развитие сети кабинетов социально-психологической помощи в территориальных поликлиниках, ВУЗах, центрах занятости населения, социальных центрах обслуживания; в зоне особого риска СП – сельское население, бездомные, правонарушители, что требует развития гибких форм мобильной и доступной помощи.

Специалистов (многопрофессиональных бригад) следует привлекать при профотборе, к работе призывных комиссий; Пока мало задействован ресурс духовной (религиозной) поддержки. Важно внедрять методики антикризисной помощи с доказанной эффективностью и апробировать новые (модули развития жизнестойкости). Организационной проблемой остается обеспечение преемственности помощи суицидентам и их близким (вторичная и третичная профилактика СП соответственно). Следует заняться целевым обучением и повышением квалификации работников службы, интернистов, преподавателей, работодателей, командиров РА, полицейских, школьных и армейских психологов.

Неотъемлемыми частями типовой профилактической программы служат широкая просветительская (разъяснительная) работа с населением; мероприятия по ограничению доступа к средствам суицида (безрецептурная продажа медикаментов, защитные ограждения в метро и на мостах), разработка рекомендаций для СМИ по непредвзятому освещению СП.

## ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОСЛЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ

Магурдумова Л.Г.

отдел суицидологии ФГБУ Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава РФ, Филиал Московский НИИ психиатрии, Москва

**Аннотация.** Для дифференцированного внедрения медико-реабилитационной программы было проведено исследование, в котором описаны три типа личностных реакций в постсуицидальном периоде: 1. Адекватные, психологически понятные реакции; 2. Реакции вытеснения; 3. Фиксированно-пессимистические реакции. Выводы, полученные по результатам исследований, по мнению автора, свидетельствуют о необходимости дифференцированной клинико-психологической оценки личностных реакций в постсуицидальном периоде. Преимуществом, повышающим эффективность лечебно-реабилитационной помощи лицам после суицидальной попытки в условиях КСПП является возможность широкого охвата суицидентов в рамках не ограниченного по времени наблюдения, без отрыва от работы, учебы, коллектива и друзей. Внебольничные лечебно-реабилитационные программы формируют более адекватную социально-психологическую реадaptацию и являются наиболее эффективной в плане профилактики повторных суицидов.

**Ключевые слова:** лечебно-реабилитационная помощь, личностные реакции в постсуицидальном периоде, реабилитационные программы

## MEDICAL AND REHABILITATION ASSISTANCE TO PERSONS AFTER A SUICIDAL ATTEMPT IN OUT-OF-HOSPITAL CONDITIONS

Magurdumova L.G.

**Abstract.** For the differentiated implementation of the medical rehabilitation program, a study was conducted in which three types of personal reactions in the post-suicidal period were described: 1. Adequate, psychologically understandable reactions; 2. Displacement reactions; 3. Fixed-pessimistic reactions. The conclusions obtained from the research results, according to the author, indicate the need for a differentiated clinical and psychological assessment of personal reactions in the post-suicidal period. The advantage that increases the effectiveness of medical and rehabilitation assistance to persons after a suicidal attempt in the conditions of a CSPP is the possibility of a wide coverage of suicides within the framework of time-limited observation, on-the-job, study, team and friends. Community-based treatment and rehabilitation programs form a more adequate socio-psychological readaptation and are the most effective in terms of preventing repeated suicides.

**Keywords:** treatment and rehabilitation assistance, personal reactions in the post-suicidal period, rehabilitation programs

## **Введение**

Самоубийства продолжают оставаться актуальной и активно изучаемой проблемой. Идея создания суицидологической службы принадлежит профессору, заслуженному деятелю науки Василию Михайловичу Банщикovu. Модель перспективной суицидологической службы организована в Московском НИИП профессором Айной Григорьевной Амбрумовой. В структуру службы внедрен Кабинет социально-психологической помощи (КСПП) при кризисных состояниях у лиц с суицидальным риском.

**Цель** – изучить и организовать лечебно-реабилитационные виды помощи «практически» здоровым лицам, совершившим покушение на самоубийство в условиях экстремальной ситуации.

**Материалы и результаты.** Обобщаем многолетний опыт работы с пациентами в постсуицидальном периоде (раннем – 1-1,5 месяца и позднем – 2-2,5 месяца). Предметом нашего общения была группа практически здоровых лиц, у которых наблюдались различные личностные реакции на факт незавершенного суицида. Они составили 30% среди суицидентов в кабинетах социально-психологической помощи при ПНД № 9 (филиал № 2 ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ») и ПНД № 12 (филиал № 2 ГБУЗ «ПБ № 13 ДЗМ»).

Изучались социо-психологические аспекты личности, направленность интересов, характерологические особенности, возраст, семейное положение, служебно-трудовой статус, физическое состояние, этническая принадлежность, место проживания. По возрасту преобладали мужчины – 21-30 лет, 31-45 лет, 61-70 лет и старше. Женщины – до 20 лет, 21-30 лет, 31-40 лет, 61-70 лет и старше – до 85. Среди «практически здоровых» в психическом отношении были «невротические, связанные со стрессом и расстройством адаптации», «некоторые особенности суицидального поведения при различных типах алкогольного опьянения», «простое» опьянение. Среди акцентуированных лиц, совершивших суицидальную попытку, оказывались «зависимые», «истерические», «возбужденные».

У «практически здоровых» в постсуицидальном периоде, в зависимости от сроков после незавершенного самоубийства, разрабатывались индивидуальные лечебно-реабилитационные программы. Все виды комплексной помощи были возможны при условиях доверительного общения с психиатром-суицидологом, психологом, психотерапевтом, социологом и, при необходимости, с юристом.



Для дифференцированного внедрения медико-реабилитационной программы целесообразно выделить три типа личностных реакций в постсуицидальном периоде:

1. Адекватные, психологически понятные реакции.
2. Реакции вытеснения.
3. Фиксированно-пессимистические реакции.

Реакции расценивались как «адекватные», когда поведение суицидента демонстрировало критическое отношение к попытке самоубийства. Они стремились быть понятыми. Сожалели и раскаивались в покушении на самоубийство. При адекватной оценке суицидентом прошлого и настоящего, положения в социуме, среди близких и знакомых, реабилитационные программы определялись конструктивными психологическими и социальными ресурсами, направленными на активизацию личности и её самоутверждение. Медикаментозной помощи данной группе суицидентов практически не требовалось. Но предлагалось продолжить наблюдение в КСПП, приблизительно в течение года.

Реакции оценивались по типу «вытеснения», когда суицидент отрицал факт совершения суицидальной попытки, отвергал любые формы помощи и участия, отказывался посещать кабинет суицидолога. Они стараются «забыть», вытеснить обстоятельства, явившиеся причиной покушения на лишение себя жизни. При бесспорно имевшихся намерениях покончить жизнь самоубийством выдвигают версию передозировки лекарств, несчастного случая, демонстративно-шантажных суицидальных угроз. Попытки сотрудников КСПП расположить суицидента к беседе вызывают у него недовольство, раздраженность, аффективную напряженность.

В работе с данным контингентом суицидентов мы стремились придать общению форму свободной дискуссии, полную возможность «выговориться», проявляя при этом должное внимание и сопереживание. Не принуждали к обсуждению мотивов, сформировавших попытку суицида. В рамках реабилитационной программы поднимали социально-психологический престиж, поддерживали их веру в себя, в свое достоинство. При необходимости реабилитационные программы дополняли другими видами целесообразной помощи – медикаментозной, социальной, правовой, супружеской и т.п.

Реакции квалифицировались как «фиксированно-пессимистические» в том случае, когда после незавершенной суицидальной попытки полностью сохранялись значимость суицидогенного конфликта.

У суицидентов оставались истинные намерения покончить жизнь самоубийством. Доминировали дистимические расстройства и характерологические особенности личности. В данной группе суицидентов отмечались brutальные и «сиюминутные», импульсивные, непредвиденные суицидальные действия. При этом лечебно-реабилитационная помощь складывалась из комплексных экстренных мероприятий. Нередко ведущую роль играла лекарственная терапия. Психотерапевтические методики и реабилитационные программы имели антикризисное вмешательство. В ряде случаев использовали мобилизацию личностной защиты, при этом пациенты «на выходе» из социально-психологического кризиса, дезактуализации переживаемого микроконфликта собственным примером демонстрировали то, что из любой кризисной суицидогенной ситуации можно найти выход.

#### **Заключение**

1. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированной клинико-психологической оценки личностных реакций в постсуицидальном периоде.

2. Преимуществом, повышающим эффективность лечебно-реабилитационной помощи лицам после суицидальной попытки в условиях КСПП является возможность широкого охвата суицидентов в рамках не ограниченного по времени наблюдения, без отрыва от работы, учебы, коллектива и друзей.

3. Внебольничные лечебно-реабилитационные программы формируют более адекватную социально-психологическую реадaptацию и являются наиболее эффективной в плане профилактики повторных суицидов.

## ДЕПРЕССИЯ, АНТИДЕПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

**Петрова Н.Н.**

Кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербургский  
государственный университет, Санкт-Петербург

**Аннотация.** В тезисах приводятся современные данные, связанные с проблематикой суицидального поведения и антидепрессивной терапии. Подчеркивается высокая актуальность и тяжесть проблематики, а также недостаточная ясность в текущих принципах психофармакотерапии при суицидальном поведении и эффективности ее использования. Приводятся данные, что с одной стороны, есть превентивный эффект приема антидепрессантов, однако при этом отсутствие терапевтического ответа, старт терапии с высоких дозировок препаратов рассматривают как факторы риска суицида, в том числе с использованием самих антидепрессантов для самоотравления, а также об удвоении риска суицида у пациентов всех возрастов при терапии СИОЗС.

**Ключевые слова:** депрессия, антидепрессивная терапия, суицидальное поведение.

## DEPRESSION, ANTIDEPRESSANT THERAPY AND SUICIDAL BEHAVIOR

**Petrova N.N.**

**Abstract.** The theses present up-to-date data related to the problems of suicidal behavior and antidepressant therapy. The high relevance and severity of the problem is emphasized, as well as the lack of clarity in the current principles of psychopharmacotherapy for suicidal behavior and the effectiveness of its use. There is evidence that, on the one hand, there is a preventive effect of taking antidepressants, however, the lack of a therapeutic response, the start of therapy with high dosages of drugs are considered as suicide risk factors, including using antidepressants themselves for self-poisoning, as well as doubling the risk of suicide in patients of all ages with SSRI therapy.

**Keywords:** depression, antidepressant therapy, suicidal behavior

По данным ВОЗ, на 2017 г. депрессией страдают около 330 млн человек. Распространенность депрессии выросла за последние десятилетия в два раза. Смертность при депрессии достигает 18%. Актуальность проблемы связана, в том числе с риском суицидального поведения, ассоциированного с депрессивным расстройством. 30% пациентов предпринимают суицидальные попытки как минимум 1 раз в жизни. Риск суицида выше при тревожной депрессии по сравнению с не тревожной депрессией и при резистентной депрессии.

Высокий риск суицидального поведения характерен для юношеской депрессии. Депрессия занимает четвертое место в мире среди ведущих причин заболеваемости 15–19 лет. В 2016 г. самоповреждения стали причиной смерти 62 000 подростков и юношей. Принято считать, что попытки самоубийства являются «барометром тяжести» подростковых депрессий. Самоубийства стоят на третьем месте среди ведущих причин смертности в 15–19 лет и являются второй ведущей причиной смерти среди молодежи в возрасте от 10 до 24 лет. Почти 90% подростков и юношей в мире проживают в странах с низким или средним уровнем дохода, и более 90% случаев самоубийств в этом возрасте происходят в этих странах. Импульсивная агрессия - ключевой фактор риска суицида среди лиц молодого возраста.

Суицид первенствует среди причин смерти при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра, а уровень суицидальных попыток колеблется в широких пределах и достигает 50%. 40–79% пациентов сообщают о суицидальных мыслях хотя бы однажды на протяжении болезни, при этом именно депрессивная симптоматика коррелирует с повышенной суицидальностью больных шизофренией. Пассивные суицидальные мысли выявляются у 27% больных в ремиссии заболевания и связаны с постшизофренической депрессией. На раннем этапе шизофрении депрессия часто связана с суицидом на протяжении следующего за выпиской года.

Большинство тех, кто погиб в результате самоубийства, получали перед суицидом, по крайней мере, один лекарственный препарат (65,1%), причем в половине случаев - психотропные препараты (51,7%). Наиболее часто выписываемыми группами препаратов были антидепрессанты и гипнотические/анксиолитические препараты. 38,5% суицидентов были назначены антидепрессанты в предшествующем самоубийству году.

Данные о влиянии на суицидальное поведение антидепрессивной терапии противоречивы. С одной стороны, есть данные о превентивном эффекте приема антидепрессантов, однако при этом отсутствие

терапевтического ответа, старт терапии с высоких дозировок препаратов рассматривают как факторы риска суицида. Антидепрессанты применяются для самоотравления в 20% завершенных суицидов и до 30% суицидальных попыток. Наибольший индекс фатальных случаев установлен у трициклических антидепрессантов. Есть данные об удвоении риска суицида у пациентов всех возрастов при терапии СИОЗС. Необходим повышенный контроль состояния пациентов на ранних этапах лечения, а также в период изменения дозы антидепрессанта. Полагают, что антидепрессанты последних поколений связаны с повышенным риском суицидального поведения только у молодых пациентов. Предупреждение суицидальной попытки больных депрессией основана на бдительности врачей и ограничении доступа к средствам, повышающим риск завершения суицида, в том числе большим упаковкам антидепрессантов.

## КАРТИНА МИРА СУИЦИДЕНТОВ КАК ОБЪЕКТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Соловьева С.Л.

Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, кафедра психотерапии, медицинской психологии  
и сексологии  
Санкт-Петербург

**Аннотация.** В статье описывается особенность картины мира человека, включающую в себя ряд значимых иллюзий. Эти психологические иллюзии, выполняющие защитные функции. К ним иллюзия собственного бессмертия, иллюзия надежности и стабильности мира, иллюзия собственной ответственности, иллюзия смысла его существования в целом и отдельных его действий в частности. В процессе оказания психологической помощи необходимо учитывать наличие подобных иллюзий и выстраивать специфику работы с пациентами с суицидальным поведением в контексте их влияния на картину мира и клиническую динамику.

**Ключевые слова:** картина мира, иллюзии суицидента, психологическое консультирование, психотерапия, индивидуальная мифология

## THE PICTURE OF THE WORLD OF SUICIDES AS AN OBJECT OF PSYCHOLOGICAL HELP

Solovyova S.L.

**Abstract.** The article describes a feature of the human worldview, which includes a number of significant illusions. These are psychological illusions that perform protective functions. These include the illusion of one's own immortality, the illusion of the reliability and stability of the world, the illusion of one's own responsibility, the illusion of the meaning of its existence in general and its individual actions in particular. In the process of providing psychological assistance, it is necessary to take into account the presence of such illusions and build the specifics of working with patients with suicidal behavior in the context of their influence on the worldview and clinical dynamics.

**Keywords:** worldview, suicidal illusions, psychological counseling, psychotherapy, individual mythology

Картина мира суицидентов как объект психологической помощи  
Как показывает практика психологического консультирования, ограниченные психологические ресурсы человека могут быть недостаточны для преодоления жизненных катастроф, таких, например, как потеря близкого человека или угроза собственной жизни, чести и достоинства. Как правило, субъективная реальность каждой личности содержит в себе иллюзорные установки, мифологические образы, эмоциональные искажения, помогающие выживать в трудных жизненных ситуациях при недостаточности собственных резервов и ресурсов. Индивидуальная мифология может дополняться некритично усвоенными семейными, социальными, идеологическими, политическими мифами.

Существует и теоретическое обоснование индивидуальной мифологии в субъективной реальности клиента. Поскольку его психическая структура содержит в себе не только компоненты, отражающие реальность (процессы ощущения, восприятия, мышления, воображения), но также и оценивающие ее, определяющие ее значимость в данный конкретный момент для данного конкретного субъекта (эмоции) и мотивирующие для взаимодействия с ней определенным образом, психика практически всегда эту объективную реальность искажает. Как существо субъективное, человек неизбежно формирует для себя искаженную, отклоняющуюся от объективной, реальность, отвечающую его индивидуальным психофизиологическим особенностям. Эта субъективная реальность выполняет задачу адаптации, позволяя выживать в конкретных жизненных обстоятельствах. Психотерапевт, помогая своему клиенту преодолеть трудную жизненную ситуацию, сталкивается с индивидуальной мифологией пациента, в соответствии с которой эта ситуация воспринимается, оценивается, переживается и преодолевается.

Психологическое вмешательство, таким образом, часто имеет дело с субъективной реальностью суицидента, основанной на иллюзорных установках, мифах, способствующих выживанию и адаптации конкретной психической структуры в конкретных жизненных обстоятельствах. Каждый человек выстраивает для себя такую субъективную реальность, в которой он может жить наиболее комфортно и продуктивно; утрата этих иллюзий, выполняющих защитную функцию, может быть крайне травматичной и зачастую приводит к суициду. Не случайно, по выражению Б. Стоквиса, «психотерапия – это реконструкция разрушенных иллюзий». Продуктивное психологическое



вмешательство, с его точки зрения, предполагает сохранение тех субъективных условий, которые необходимы для выживания каждой конкретной личности.

В значительной части случаев психологическая помощь предполагает все же отказ от субъективных искажений, мифов и иллюзий клиента в пользу более объективной оценки трудной жизненной ситуации и поиска наиболее конструктивного решения, отражающего реальность. Например, у молодых девушек критические состояния и суицидальные тенденции часто связаны с обстоятельствами, в которых выявляется несоответствие реальности имеющейся у них психологической иллюзии «В жизни существует один-единственный мужчина, предназначенный для меня, без которого я никогда не буду счастлива». Неосознаваемое следование этой установке толкает их на неадекватное поведение в отношениях с партнером, которому предъявляются нереалистичные требования; поиск идеала, не существующего в реальности, может продолжаться длительное время, обрекая на одиночество и формируя обиду на всех потенциальных партнеров: «Все мужчины – предатели и негодяи». Более реалистичная оценка человеческой природы как в себе, так и в других людях, складывающаяся в процессе психологического взаимодействия с психологом-консультантом, помогает таким клиенткам научиться выстраивать более адекватные отношения.

Достаточно часто у клиентов обнаруживаются дезадаптивные суицидоопасные состояния, обусловленные сложными межличностными взаимоотношениями с близкими людьми на фоне актуализировавшейся иллюзии «Мой друг – это человек, который всегда меня поддерживает, понимает и одобряет, всегда разделяет мои чувства и с которым мне всегда хорошо». Неоднозначная оценка сложных жизненных обстоятельств со стороны близких людей, субъективно оцениваемая клиентом как предательство, может приводить к разрыву отношений и потере близких. Психологическая работа в этом случае, направленная на смягчение жестких установок и ожиданий клиента, предполагает формирование толерантности, основанной на отказе от оценочных суждений и максимализма.

В подобных случаях в качестве ключевых условий для формирования психологических иллюзий суицидента наиболее часто выделяются: жесткая система внутренних ограничений, предписаний, запретов, сформированная воспитанием и мотивирующая поведение; преимущественная ориентация на внутренние ограничения по сравнению с внешними; дефицит «разрешения» на реализацию

собственного жизненного пути. Познакомившись в процессе психологического консультирования со своими детскими ожиданиями, иллюзиями, представлениями о мире, пересмотрев их и выбрав себе те, которые на данный период жизни соответствуют реальности, клиенты получают возможность продвигаться по возрастной шкале, доделывая в каждом возрасте то, что в свое время по каким-то причинам не удалось доделать, завершая то, что почему-то не удалось завершить.

Существуют и общие для всех людей психологические иллюзии, сохранение которых позволяет действовать наиболее продуктивно и обеспечивает психологическое благополучие. Базовые иллюзии выполняют защитную функцию в ситуациях сверхинтенсивных стрессовых воздействий. Как правило, разрушение этих иллюзий парализует способность человека к адаптации и выживанию, являясь ключевой психологической предпосылкой суицидального поведения. Одна из таких иллюзий – иллюзия собственного бессмертия – позволяет человеку действовать, вмешиваясь в происходящие вокруг события и оставляя свой след в жизни других людей при отсутствии гарантии продления жизни в каждый момент времени. Осознание того, что приходится совершать поступки, направленные в будущее, при отсутствии гарантий этого будущего, блокирует действие, формируя безразличие и пассивное ожидание. Утрата иллюзии собственного бессмертия, возникающая в процессе осознания факта неизлечимой болезни и умирания, приводит пациентов к отчаянию, депрессивной безнадежности, пассивности, безразличию и суициду. Сохранение иллюзии бессмертия, в частности, поддерживается религией и философией, позволяя умирающему человеку сохранять чувство собственного достоинства, уважения к себе и к прожитой жизни как к части более общего процесса жизни, имеющего свою цель и смысл.

Иллюзия надежности и стабильности мира, которая поддерживается социальными и правовыми нормами, позволяет человеку строить долгосрочные перспективы при взаимодействии с этим миром при отсутствии уверенности в том, что мир не будет разрушен техногенной катастрофой, социальными катаклизмами или вмешательством инопланетных существ. Эта иллюзия рушится, например, с началом войны, революции, при стихийных бедствиях, что сопровождается утратой соматического и психического благополучия значительного количества людей, появлением реактивных психозов, грубых нарушений поведения, агрессии и аутоагрессии, сердечно-сосудистых катастроф.

Иллюзия собственной ответственности, также необходимая для выживания, поддерживается не только социальными и правовыми нормами, но также воспитанием, культурой, психологической коррекцией и психотерапией. Осознание невозможности в полной мере контролировать события может быть болезненно для человека: элементы случайности, непреодолимые препятствия и неконтролируемые обстоятельства заставляют его вообще отказаться от какого-либо стремления к реализации значимых ценностей и целей. Однако, как показывают многочисленные наблюдения и научные исследования, если человек живет в соответствии с иллюзией того, что он контролирует свою жизнь и несет полную ответственность за все происходящее с ним, то он более успешен и благополучен в отношении психического и соматического здоровья, чем другие люди, приписывающие ответственность обстоятельствам или воле окружающих. Иллюзия контроля происходящих вокруг событий повышает жизнестойкость.

Четвертая базовая иллюзия, важная основа субъективной реальности каждого человека – иллюзия смысла его существования в целом и отдельных его действий в частности. Задача на смысл решается в процессе жизни, как правило, в периоды возрастных кризисов, в частности, в период подросткового кризиса или кризиса середины жизни, когда на фоне социального, профессионального, материального благополучия, обеспеченного решением социальных задач, таких как получение образования, профессии, создание семьи, встает вопрос о смысле происходящего, вопрос о предназначении личности. Если эта экзистенциальная проблема решается, индивидуальное существование приобретает смысл. Невозможность решить проблему часто вынуждает обратиться за профессиональной психологической помощью. Психолог или психотерапевт помогает клиенту сформулировать индивидуальную идею его существования, в частности, в соответствии с ключевыми положениями логотерапии Виктора Франкла: «Человек, у которого есть ради чего жить, может выдержать почти любое «как»». Идеологический вакуум, возникающий при отсутствии смысла, лишает личность внутренней психологической опоры и выступает в качестве ключевого фактора для формирования зависимостей, суицидального поведения, поведенческих и личностных расстройств.

### Литература

1. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. – 1985. – № 6. – С. 107–115.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – № 1. – С. 12–25.
3. Аргайл М. Психология счастья. – СПб.: Питер, 2003. – 271 с.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Изд-во Моск.ун-та, 1984. – 200 с.
5. Млодик И.Ю. Там, где тебя еще нет... Психотерапия как освобождение от иллюзий. – М.: Генезис, 2010. – 251 с.
6. Соловьева С.Л. Основы психотерапии для «практически здоровых» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – № 3(38) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 15.08.2016).

# СУИЦИД И ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ

Тарасова Екатерина Владимировна

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»  
Нижний Новгород

**Аннотация.** В статье обсуждаются алгоритмы дестигматизации со стороны общества и государства, со стороны специалистов по охране психического здоровья, дестигматизации со стороны семьи, родственников и знакомых суицидента

**Ключевые слова:** суицид, дестигматизация, алгоритм дестигматизации

## SUICIDE AND DESTIGMATIZATION

Tarasova E.V.

**Abstract.** The article discusses algorithms of destigmatization on the part of society and the state, on the part of mental health specialists, destigmatization on the part of the family, relatives and acquaintances of the suicidal person

**Keywords:** suicide, destigmatization, destigmatization algorithm

Проблема суицида является актуальной для современного российского общества, поскольку волна самоубийств охватывает слои населения трудоспособного возраста.

Проблема суицида и парасуицидального поведения становится одной из наиболее острых медико-социальных и клиничко-психологических проблем современности в связи с неуклонным ростом уровня самоубийств в России, занимающей, по данным ВОЗ за 2000 год, одно из лидирующих мест (Вассерман, Ройне, 2005) [5]. По данным российской статистики покушения на свою жизнь чаще всего совершаются молодыми женщинами и подростками, значительную часть из них составляют молодые люди в возрасте от 10 до 29 лет (59%) [5].

В связи с этим важно говорить о проблемах суицида, делать первые шаги для предотвращения поведения самоповреждения и стигматизации суицидентов.

В последние годы число самоубийств неуклонно растет, по данным центров по борьбе с заболеваниями и их профилактикой. Стигматизации и отсутствие доступа к услугам в области психического здоровья препятствуют тому, чтобы многие люди получали помощь, которая им необходима [6], что безусловно является релевантной проблемой для суицидентов и их семей.

С точки зрения современной психоаналитически ориентированной психиатрии, суицидальное и парасуицидальное поведение является своего рода «визитной карточкой» пограничного личностного расстройства на том основании, что по разным данным 75% - 89% пограничных пациентов имеют в анамнезе неоднократные суицидальные попытки (Каплан, Сэдок, 1998; Gunderson, 2001; Hull, Yeomans, Clarkin, 1996; Kernberg, 2001; Kjellander, Bonar, King, 1998; Stone, 1993). Показатель смертности от суицида в группе пограничных пациентов составляет 10 %, что в 50 раз больше, чем в общей популяции (Paris, 2002) [5]. Указанные факты свидетельствуют о серьезности и одновременной сложности проблем, связанных с суицидальным поведением.

Стоит отметить, что суицид — это предмет табу, которым отмечена не только жертва, но и оставшиеся в живых [1].

Смертность от суицида является фактором, который нередко приводит к осуждению и стигматизации. Суицид часто ассоциируется с грехом, стыдом, чем то, о чем следует молчать в приличном обществе. Многие скрывают свои суицидальные попытки или суицидальное поведение в страхе осуждения и непонимания со стороны общества. Суицид накладывает табу даже на разговор о нём. Не принято говорить о боли,

страданиях, слабостях. Это страшно, неприятно, ужасно и порой людям хочется закрыть на это глаза.

Даже отношение к суицидентам специалистов, оказывающих психиатрическую помощь, является неоднозначным и противоречивым [3], что указывает на актуальность темы толерантного отношения к суицидентам среди специалистов в области психического здоровья.

Говоря о современных тенденциях развития психиатрической службы в различных странах отмечается (Sartorius, 1998), что «стигматизация и дискриминация психически больных будет продолжаться, что отразится на качестве их жизни» [3].

Стоит отметить, что стигматизация суицидентов населением преобладает в общественно-политической, административно-правовой и профессиональной сферах [3]. Нередко суицидентов воспринимают как опасных для общества. Такое восприятие является достаточно травматичным для самих суицидентов. В связи с этим, очень важно менять отношение общества к суициду. Пытаться формировать толерантное отношение, выражать понимание и относиться к людям, совершающим аутоагрессивные деструктивные попытки как к людям с заболеванием, которое необходимо своевременно лечить. Суицид является не только медицинской проблемой, но и психологической. Это своего рода «индикатор» трудностей в межличностных отношениях, кризисных состояний, это крик о помощи.

Специалистам в области психического здоровья необходимо говорить о проблемах суицида открыто, не стигматизируя тех, кто совершал суицидальные попытки.

К сожалению, отечественных исследований, касающихся дестигматизации суицида, представлено крайне мало. Например, был разработан алгоритм дестигматизации суицидентов с психическими расстройствами [3].

Дестигматизация суицидентов включает оценку (тестирование в период становления терапевтической ремиссии) восприятия стигматизации и интернализации стигмы (самостигматизации). Далее проводится процесс индивидуальной психотерапии: 1. Информационно-образовательная работа; 2. Установление терапевтического контакта; 3. Выбор симптома-мишени; 4. Собственно психотерапия (психокоррекция); 5. Получение обратной связи; 6. Закрепление результата [3].

Отдельным блоком представлен психообразовательный процесс работы с родственниками и друзьями как часть дестигматизации, который включает следующие уровни:



1. Информационно-образовательная работа;
2. Установление терапевтического контакта;
3. Выявление негативных установок;
4. Психологическая коррекция негативных установок (тройная спираль М. Эриксона, встроенные команды, аналоговое маркирование, использование пресуппозиций);
5. Получение обратной связи; 6. Закрепление результата [3].

Таким образом, дестигматизация представлена как комплекс мер по профилактике изоляции суицидента и повторных попыток самоповреждения.

В целях дестигматизации важно говорить о суициде в обществе, на ТВ, радио, писать статьи информационного характера о суициде как о расстройстве психики, без осуждения и отстранённости.

Важно пытаться постепенно внедрять в общественное сознание принципиально новое понимание суицида, используя системный подход, который включает осознание суицида не только как медицинской проблемы, но и как социально-психологической.

Дестигматизация лиц с психическими расстройствами, совершивших суицидальные попытки, должна проводиться с учетом уровня нарушений психики и включать в себя психофармакотерапию основного заболевания и психотерапевтический комплекс, направленный на устранение непсихотической симптоматики (тревога, депрессия, чувство вины и стыда), коррекцию вызванных стигматизацией деструктивных социальных установок (агрессивность, враждебность, социальная фрустрированность); формирование толерантности пациента к восприятию социальной стигматизации и повышение его самооценки для снижения уровня самостигматизации, гармонизацию семейных отношений, мотивирование родственников на принятие и социальную поддержку пациента [3]. Самостигматизация во многом может служить препятствием для установления ремиссии, повышения качества жизни, улучшения общего самочувствия. В связи с этим, суициденты должны включаться в индивидуальный психотерапевтический процесс, где бы проводилась работа по формированию принятия себя, своих особенностей, не критичное безоценочное отношение к самоповреждению. Но в то же время, важно говорить суицидентам об опасности такого поведения, о том, что это пугает окружающих и серьёзно травмирует суицидента, а значит, должны быть приняты все необходимые меры для предотвращения такого поведения. Обучение заботливому отношению к себе будет способствовать профилактике

суицидов.

Таким образом, дестигматизация должна проводиться комплексно на различных уровнях жизнедеятельности (рис.1.).



Рис.1. Дестигматизация суицидентов

Процесс дестигматизации суицидентов является многогранным, где необходима поддержка со стороны общества и государства, специалистов по психическому здоровью (врачи-психиатры, психотерапевты, психологи), а так же семьи. Для реализации дестигматизации в различных сферах жизни суицидента были разработаны алгоритмы.

Алгоритм дестигматизации со стороны общества и государства:

1. Информирование в СМИ о суициде как о психическом расстройстве без катастрофизации и запугивания, без мифов о суициде. Необходима комплексная работа СМИ с врачами-психотерапевтами для получения достоверной информации о психических расстройствах и их проявлениях. Публикация буклетов, статей дестигматизационного характера.

2. Разговор о суициде в культуре без табу.

3. Разработка законопроектов о предупреждении и профилактике суицидов (Закон о психиатрической помощи, порядок действий служб экстренного реагирования при суициде).

Алгоритм дестигматизации со стороны специалистов по охране психического здоровья:

1. Разработка мультидисциплинарного подхода для оказания помощи суицидентам. Работа мультидисциплинарной бригады (врач-психиатр, психотерапевт, психолог) с суицидентом для оказания комплексного лечения и профилактики.

2. Формирование толерантного отношения к суицидентам у медицинского персонала (просветительские лекции, организация тренинговой работы).

3. Обучение родственников и близких грамотному взаимодействию с суицидентами (работа психотерапевтов с родственниками). Изменение восприятия у родственников и близких суицидентов как опасных для общества. Формирование восприятия суицидентов как людей с временными трудностями.

4. Создание кризисных центров для суицидентов.

5. Обучение диалектической поведенческой психотерапии, овладение навыками грамотной работой с суицидентами.

Алгоритм дестигматизации со стороны семьи, родственников и знакомых суицидента:

1. Изучение суицидального поведения. Психообразование (просвещение в области суицидального поведения).

2. Формирование доброжелательного отношения в семье к суициденту, атмосфера принятия.

3. Регулярное взаимодействие с врачом-психотерапевтом и психиатром.

Алгоритм дестигматизации со стороны суицидента:

1. Регулярная индивидуальная психотерапия (КБТ, ДБТ).

2. Формирование в процессе психотерапии самопринятия, доброжелательного, заботливого отношения к себе.

3. Психообразование.

4. Регулярное наблюдение у врача-психиатра. Выполнение рекомендаций врача.

Таким образом, дестигматизация суицидента это многоуровневый процесс. Суицид это проблема, охватывающая различные структуры, с которыми приходится взаимодействовать суициденту. Важно, чтобы суицидент и семья не оставались один на один с бедой, а старались обращаться к специалистам в сфере здравоохранения за получением помощи и поддержки. Одним из важных компонентов в процессе эффективного лечения суицидента является фактор доверия.

Специалистам необходимо формировать доверительные отношения как с родственниками, так и с самим суицидентом для дальнейшего позитивного сотрудничества.

Стоит отметить, что для преодоления стигмы психической болезни разрабатываются проекты, направленные на выработку социальной толерантности и благосклонности в отношении психически больных (Sayce, 1999) [4], что так же подчёркивает важность и перспективность дестигматизации в проблемах суицидального поведения.

### Литература

1. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция [Электронный ресурс]: [http://krotov.info/library/04\\_g/ro/lman\\_01.html](http://krotov.info/library/04_g/ro/lman_01.html)
2. Положий Б.С, Руженков В.А., Руженкова В.В. Социальный прессинг стигматизации самоубийцы (медико-социологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова . 2017. Т.117.№3. – С. 85–88.
3. Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами [Электронный ресурс]: <https://cyberleninka.ru/article/n/stigmatizatsiya-i-samostigmatizatsiya-suitsidentov-s-psihicheskimi-rasstroystvami>
4. Руженков В.А., Руженкова В.В. Проблема стигмы в суицидологии [Электронный ресурс]: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-stigmy-v-psihiatrii-i-suitsidologii>
5. Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. – 2006. – №2 март-апрель 2006. – С. 103–116.
6. Speaking of Psychology: Preventing suicide [Электронный ресурс]: <http://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/preventing-suicide.aspx>

## **ММА ПРОДЛИЛА СОГЛАШЕНИЕ О СОТРУДНИЧЕСТВЕ С БАЙРОЙТСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ**

Московская международная академия продлила соглашение о сотрудничестве с университетом Байройт (Германия). Документ был подписан ректором ММА Терентием Ливиу Михайловичем и президентом университета Байройт Штефаном Ляйбле.

Назначение соглашения заключается в предоставлении студентам упомянутых высших учебных заведений уникальной возможности получения сразу двух дипломов о высшем образовании.

Также сотрудничество предполагает:

- облегчение академической мобильности студентов и стажеров;
- осуществление совместных исследовательских программ;
- бесплатные публикации научных статей для сотрудников вузов;
- обмен учебными материалами и технологиями;
- разработку краткосрочных курсов для студентов и преподавателей.

Подписанное соглашение выводит сотрудничество вузов на новый уровень и фиксирует принципы взаимодействия, осуществляемые уже много лет на практике.

Университет Байройт – государственное высшее учебное заведение Германии. Вуз начал свою деятельность в 1975 году и располагает кампусом городского типа в городе Байройт (федеральная земля Бавария). Университет Байройт входит в число 30 лучших университетов Германии, а также в 5% лидирующих вузов мира.

## НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

**Черенков Анатолий Анатольевич**

врач-анестезиолог-реаниматолог БУЗ Республиканский  
наркологический диспансер МЗ Удмуртской Республики,  
кандидат медицинских наук

**Бурт Альбина Анасовна**

ведущий научный сотрудник филиала (г. Ижевск) ФКУ НИИ ФСИН  
России, ассистент кафедры гигиены ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава  
России, кандидат медицинских наук

**Аннотация.** В статье описаны задачи профилактики суицидов в уголовно-исполнительной системе. Задачами суицидологической службы являются: 1) своевременное распознавание и купирование суицидоопасных состояний; 2) решение диагностических вопросов и применение к суицидентам лечебно-профилактических мер; 3) лечение постсуицидальных состояний; 4) социально-трудовая реабилитация лиц, совершивших попытки самоубийства; 5) регистрация и учет самоубийств и суицидальных попыток; 6) проведение психопрофилактической работы среди осужденных, подозреваемых и обвиняемых.

**Ключевые слова:** профилактика суицидов в уголовно-исполнительной системе, суицидологическая служба, определение риска совершения суицида, палаты (стационары) кризисных состояний

## NEW ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF SUICIDE PREVENTION ACTIVITIES IN THE PENAL SYSTEM

**Cherenkov A.A., Burt A.A.**

**Abstract.** The article describes the tasks of suicide prevention in the penal system. The tasks of the suicidological service are: 1) timely recognition and relief of suicidal states; 2) solving diagnostic issues and applying therapeutic and preventive measures to suicides; 3) treatment of post-suicidal states; 4) social and labor rehabilitation of persons who have attempted suicide; 5) registration and accounting of suicides and suicidal attempts; 6) conducting psychoprophylactic work among convicts, suspects and accused.

**Keywords:** suicide prevention in the penal system, suicidological service, determination of the risk of committing suicide, wards (hospitals) of crisis states

Как показывает мировая практика, в странах, в которых существует государственный системный подход к решению проблем самоубийств, показатели суицидов достаточно низки (так, например, для США и Канады, где активно работает государственная суицидологическая служба, число суицидов составляет 12,4 случаев на 100 000 населения). Избранный путь системного подхода представляется оптимальным еще и потому, что не требует значительных вложений, обеспечивая эффективную отдачу сразу после проведения реорганизационных мероприятий и коррекции концептуальных подходов к проблеме. Решение этой проблемы в уголовно-исполнительной системе немыслимо без разработки слаженной системы действий всех служб, структурированной в четкий план мероприятий по своевременному предупреждению суицидального поведения у подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

Первоочередной задачей профилактики суицидов в уголовно-исполнительной системе мы видим в создании специальной функциональной структуры в виде суицидологической службы, которая является оперативным подразделением, направленным на профилактику и борьбу с суицидами. Суицидологическая служба создана с целью комплексной профилактики первичных и повторных суицидальных актов и объединяет меры медицинского, психологического, оперативно-режимного, педагогического и социального характера.

Их работа начинается уже на этапе прибытия подозреваемого, обвиняемого, осужденного в пенитенциарное учреждение: проводится сбор оперативной информации по выявлению лиц с возможным суицидальным поведением, осуществляется идентификация лиц, склонных к суицидальному поведению. На этом этапе важно проведение полного обыска с целью изъятия запрещённых предметов (колюще-режущие предметы, медикаменты др.), телесный осмотр осуждённого с целью выявления признаков ранее совершенных суицидальных попыток, актов аутоагрессии, а именно: телесных повреждений (рубцов на теле в типичных анатомических областях). Проводится психологическая оценка поведения осуждённого во время проведения обыскных мероприятий. При необходимости осуществляются психореабилитационные и психокоррекционные мероприятия и постановка на профилактический учёт.

Определение риска возможного суицида – это задача, представляющая значительную трудность. Вопросы о том, кого следует считать потенциальным суицидентом, с какого момента и при каких условиях



осужденный может быть включен в «группу риска», не имеет однозначного решения, поскольку само понятие «суицидальный риск» подразумевает несколько значений.

Это понятие включает:

- Вероятность возникновения любой формы суицидального поведения, т.е. общий суицидальный риск;
- Вероятность реализации уже имеющихся суицидальных намерений, т.е. риск суицидальных действий (покушений на самоубийство);
- Вероятность рецидива суицидальных актов, т.е. риск повторных суицидов.

Индивидуальные факторы суицидального риска:

- Затрудненная адаптация к условиям лишения свободы.
- Глумление и издевательства со стороны других осужденных.
- Потеря социального статуса в коллективе осужденных, изоляция от социального окружения.
- Разрыв высоко значимых любовных отношений.
- Смерть близкого человека.
- Слабое физическое развитие.
- Боязнь ответственности за совершенное преступление.
- Длительное соматическое заболевание.
- Психическое заболевание.

Задачами суицидологической службы являются: 1) своевременное распознавание и купирование суицидоопасных состояний; 2) решение диагностических вопросов и применение к суицидентам лечебно-профилактических мер; 3) лечение постсуицидальных состояний; 4) социально-трудовая реабилитация лиц, совершивших попытки самоубийства; 5) регистрация и учет самоубийств и суицидальных попыток; 6) проведение психопрофилактической работы среди осужденных, подозреваемых и обвиняемых.

Суицидологическая служба создается на базе учреждений территориального органа ФСИН России и включает в себя кабинеты социально-психологической помощи и палаты (стационары) кризисных состояний. Административное руководство суицидологической службой осуществляет начальник учреждения, консультативно-методическое руководство и специальные вопросы – медико-санитарная часть территориального органа ФСИН России, межрегиональная психологическая лаборатория территориального органа, отдел по воспитательной работе с осужденными, отделы безопасности и оперативно-режимные службы. Кабинет социально-психологической

помощи осужденным, подозреваемым и обвиняемым создается на базе психологической лаборатории отдельного учреждения территориального органа. Палата (койка) кризисных состояний создается на базе стационара филиала медико-санитарной части территориального органа при определенном учреждении.

Подробнее коснемся деятельности кабинета социально-психологической помощи. Кабинет социально-психологической помощи осужденным, подозреваемым и обвиняемым является структурным подразделением суицидологической службы учреждения территориального органа. В его состав входит психолог, врач-психиатр, социальный работник. Социально-психологическая помощь оказывается психологом и социальным работником пенитенциарного учреждения. Непосредственно руководят работой кабинета заместители начальника учреждения по кадрам и воспитательной работе и по лечебно-профилактической работе. Основными задачами кабинета являются: регистрация и учет самоубийств и покушений на самоубийство, госпитализация (диспансеризация) лиц с суицидоопасным поведением, проведение реабилитационных и профилактических мероприятий, сохранение трудоспособности суицидента, консультативно-психодиагностическая работа (психологическая, психопрофилактическая и социальная помощь осужденным, подозреваемым и обвиняемым, психокоррекционная работа с осужденными, подозреваемыми и обвиняемыми), повышение уровня знаний сотрудников учреждения в области оказания психологической и социальной помощи осужденным, подозреваемым и обвиняемым.

Психологическая и социальная помощь осужденным, подозреваемым и обвиняемым оказывается с их согласия. Лица с психическими расстройствами, в том числе представляющими опасность для себя или окружающих, направляются на прием к врачу-психиатру. Психолог кабинета осуществляет психологическую диагностику, по направлению врача-психиатра проводит психологическое исследование личности, индивидуальные и групповые формы психологической коррекции. Социальный работник осуществляет выявление социальных проблем у осужденных и оказывает помощь в их решении.

Палата кризисных состояний является медицинским подразделением и создается на базе стационара филиала медико-санитарной части территориального органа при определенном учреждении. Направление пациентов в палату осуществляет начальник филиала и/или врач-психиатр, в их отсутствие – дежурный врач.

Медицинскую специализированную помощь оказывает врач-психиатр, психологическую коррекционную поддержку осуществляет психолог учреждения территориального органа.

Непосредственно руководит работой палаты начальник филиала. Организационно-методическое руководство осуществляется главным специалистом психиатром-наркологом медицинского отдела медико-санитарной части территориального органа.

Основаниями для госпитализации в палату является наличие у пациентов суицидальных попыток в рамках ситуационных реакций, психогенных и невротических депрессий, психопатических реакций и декомпенсации психопатии. Направление осужденного в палату для лечения осуществляется добровольно – по его просьбе и (или) с его согласия, кроме случаев предусмотренных законодательством РФ (ст. 29 Закона РФ Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Основными задачами палаты являются: 1) стационарная лечебно-диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями; 2) выведение больного из болезненного состояния – терапия лиц с суицидоопасным поведением, дезактуализация суицидогенных факторов (разряжение психотравмирующих факторов, которые сыграли роль в суицидальном поведении) и снятие аффективного напряжения; 3) проведение дифференциально – диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, проведение стационарной экспертизы трудоспособности; 4) создание для пациентов благоприятной психотерапевтической среды; 5) реабилитационная помощь после незавершенного суицида путем активизации антисуицидальных факторов (психологических установок, которые удерживают больного от суицидального поведения в дальнейшем).

Показаниями для госпитализации лиц с суицидоопасными проявлениями являются:

- 1) Острые депрессивные состояния в ответ на психотравмирующую ситуацию.
- 2) Психогенные реакции у невротических и психопатических личностей.
- 3) Состояния дезадаптации при сниженном эмоционально-волевом контроле.
- 4) Субдепрессивные и депрессивные состояния.

Противопоказаниями для поступления в палату являются:

1) Тяжелые соматические заболевания, требующие госпитализации в профильные отделения стационаров УИС, муниципальной или государственной систем здравоохранения;

2) Острые и затяжные психотические состояния, требующие госпитализации в многопрофильный стационар или в межобластную психиатрическую больницу для осужденных (тяжелые дисфорические состояния с аутоагрессивными тенденциями, депрессивно-параноидные состояния с переживаниями вины или угрозы жизни, депрессивные больные с неблагоприятной микросоциальной средой, острые состояния страха с агитацией, галлюцинозно-параноидные состояния с императивным галлюцинозом, ипохондрические раптоидные состояния, тревожная депрессия в пожилом возрасте).

Основным методом лечения и реадaptации осужденных является психотерапия (индивидуальная, групповая), медикаментозная терапия, физиолечение. Сроки пребывания в палате устанавливаются индивидуально. При необходимости больной может быть переведен в психиатрический стационар в установленном законом порядке. После выписки из палаты осужденные подлежат дальнейшему амбулаторному наблюдению врача-психиатра и психолога учреждения УФСИН: в течение 1-го месяца – 1 раз в неделю, в течение 2-го месяца – 1 раз в 2 недели, далее в течение 6 месяцев – 1 раз в месяц, затем в течение 1-го года – контрольные явки 1 раз в 3 месяца (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения России от 06 мая 1998 года № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»).

Таким образом, оказание помощи при суициде должно быть комплексным и может осуществляться только при взаимодействии с сотрудниками психологических, оперативно-режимных, воспитательных и медицинских служб, отделов безопасности пенитенциарной системы при поддержке ученых, профессионально занимающихся проблемами суицида.

## **НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ НЕЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДАХ В ПРАКТИКЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО ВРАЧА**

**Черенков Анатолий Анатольевич**

врач-анестезиолог-реаниматолог БУЗ Республиканский наркологический диспансер МЗ Удмуртской Республики, кандидат медицинских наук

**Бурт Альбина Анасовна**

ведущий научный сотрудник филиала (г. Ижевск) ФКУ НИИ ФСИН России, ассистент кафедры гигиены ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, кандидат медицинских наук

**Пономарев Сергей Борисович**

начальник филиала (г. Ижевск) ФКУ НИИ ФСИН России, доктор медицинских наук, профессор

**Ильинцев Евгений Васильевич**

старший научный сотрудник филиала (г. Ижевск) ФКУ НИИ ФСИН России, кандидат медицинских наук

**Аннотация.** В статье рассматривается алгоритм этапов оказания urgentной помощи лицам с незавершенным суицидом в практике врача пенитенциарной системы. Описана специфика наиболее распространенных способов совершения суицида и urgentной помощи при таких видах суицидального поведения.

**Ключевые слова:** суицид, этапы urgentной помощи, уголовно-исполнительная система, незавершенные суициды

## **SOME METHODOLOGICAL ASPECTS OF PROVIDING ASSISTANCE FOR INCOMPLETE SUICIDES IN THE PRACTICE OF A PENITENTIARY DOCTOR**

**Cherenkov A.A., Burt A.A., Ponomarev S.B., Ilyintsev E.V.**

**Abstract:** The article discusses the algorithm of stages of urgent care for persons with incomplete suicide in the practice of a doctor of the penitentiary system. The specifics of the most common ways of committing suicide and urgent care for such types of suicidal behavior are described.

**Keywords:** suicide, stages of urgent care, penal enforcement system, incomplete suicides

Проблема различного вида суицидов всегда была актуальной для учреждений пенитенциарной системы на протяжении всего периода их существования. В настоящее время суицид входит в тройку ведущих причин смертности среди людей в возрасте от 15 до 45 лет. Причиной суицидального поведения, по мнению специалистов, является социальная дезадаптация личности, что особенно актуально для мест лишения свободы, которые зачастую является зоной социального конфликта. Другая причина суицида в уголовно-исполнительной системе – это особенности «коллективного» психологического портрета гражданина, содержащегося в условиях неволи: среди лиц, отбывающих наказание, много пограничных, параноидных, асоциальных личностей, лиц страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, значительными расстройствами психики [3].

При рассмотрении общей проблемы самоубийств в условиях пенитенциарной системы зачастую остается неохваченным важный пласт незавершенных суицидов среди лиц, содержащихся в ее учреждениях. Незавершенные суициды нередко требуют весьма непростой и затратной интенсивной терапии, что особенно важно в условиях недостаточного финансирования ведомственной медицины. При осуществлении ургентной помощи этой категории осужденных не всегда отработаны алгоритмы действий среди сотрудников УИС, а действия медицинских работников пенитенциарной системы недостаточно эффективны, имеют место проявления непрофессионализма и неграмотности при выполнении необходимых манипуляций и даже элементы паники при организации интенсивной терапии пациента с незавершенным суицидом. Следует особо остановиться на особенностях оказания экстренной помощи при незавершенных суицидах в условиях пенитенциарной системы. К этим особенностям относятся высокая концентрация в учреждениях уголовно-исполнительной системы асоциальных личностей и лиц с девиантным поведением, наркоманов, лиц злоупотребляющих алкоголем и его суррогатами, токсикоманов, лиц с низким уровнем интеллекта, а также недостаточная численность в отдельных подразделениях кадрового состава медицинской службы (иногда медицинский персонал дежурит во время ночных смен, когда, как правило, и происходят суициды, по одному – два человека). Из важных факторов следует отметить недостаточную материально – техническую базу в ряде медицинских учреждений пенитенциарной системы. Все эти условия имеют существенное значение при проведении ургентной терапии при незавершенных суицидах.

Исходя из изложенного выше, мы предлагаем алгоритм неотложных мероприятий при различных видах незавершенных суицидов, наиболее характерных для условий уголовно-исполнительной системы. К таковым относятся: механическая асфиксия, аутоагрессия в виде повреждения крупных периферических сосудов, экзогенные отравления.

Все мероприятия условно делятся на четыре этапа, исходя из особенностей последовательности оказания медицинской помощи в условиях уголовно-исполнительной системы:

1. «Парамедицинский (догоспитальный) этап» - оказание помощи пострадавшему на этом этапе осуществляется лицами из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных и (или) сотрудниками учреждений, оказавшимися на месте происшествия.

2. «Фельдшерский этап» – оказание первичной медицинской помощи производится дежурными фельдшерами и (или) другими средними медработниками на месте происшествия и (или) в условиях медицинского пункта и (или) медицинской части.

3. «Врачебный этап» – помощь осуществляется дежурным врачом в условиях стационара с привлечением (при необходимости) анестезиолога-реаниматолога и (или) хирурга.

4. «Реабилитационный этап» – последующая, после вывода из критического состояния, соматическая и психотерапевтическая коррекция состояния пациента с участием терапевта, невролога, психиатра, психолога и других специалистов.

При этом реабилитационный этап (учитывая его высокую специфичность и сложность) является, по сути, темой для отдельного всестороннего исследования.

Кратко охарактеризуем отдельные наиболее распространенные в уголовно-исполнительной системе виды суицидов.

Механическая асфиксия – данный вид суицидов является наиболее тяжелым для ургентной терапии. Экстренная помощь при длительной асфиксии весьма не проста в первом, говоря условно, «манипуляционном» моменте. Как правило, весьма трудно обеспечить проходимость верхних дыхательных путей у данной категории пациентов. Кроме того, названный вид суицида чреват прямыми механическими повреждениями хрящей гортани, крупных сосудов и позвоночника. Гипоксическое воздействие на ЦНС также, зачастую, требует интенсивной терапии. Для оценки состояния больного следует исходить из правила «четырёх П» (послушать, почувствовать, посмотреть: принять решение) [2]. Самым главным принципом ургентной терапии механической асфиксии



является обеспечение проходимости дыхательных путей, а затем интенсивная терапия отека мозга и гипоксической энцефалопатии, симптоматическая терапия.

По данным [1], отраженным в программных протоколах первоочередной задачей оказания помощи при механической асфиксии является обеспечение проходимости дыхательных путей на догоспитальном этапе. Известно, что «золотым стандартом» и наиболее надежным способом обеспечения проходимости дыхательных путей является интубация трахеи. По нашему опыту для проведения данной манипуляции в условиях выраженного отека тканей гортаноглотки целесообразно использовать клинок Макинтоша и набор трубок разного диаметра, обязательно со стилетом – проводником.

После обеспечения надежной проходимости дыхательных путей следует проводить искусственную вентиляцию легких, если в этом есть необходимость. Также необходимо обеспечить надежный доступ к сосудистому руслу. Для терапии гипоксии необходимо обеспечить искусственную церебральную гипотермию (например, пузырями со льдом). Для снятия отека мозга показано введение маннита, глюкокортикоидов (оптимальнее всего дексазона). Для снятия судорожного синдрома целесообразно применять барбитураты в дозировке до 1000 мг. Для дальнейшего лечения больного, при необходимости, должен быть вызван анестезиолог-реаниматолог и (или) невролог (наиболее целесообразно поручить обеспечение данной задачи «парамедицинским службам»).

Незавершенные суициды, совершенные путем повреждения крупных поверхностных сосудов являются вторыми по сложности интенсивной терапии. Известно, что повреждения сосудов также носят чаще всего демонстрационный характер (в последние годы появилась особая, уродливая форма демонстраций – вскрытие сосудов у ВИЧ – инфицированных больных). Тем не менее, данный вид аутоагрессии чреват очень грозными осложнениями, наиболее значимым из которых является геморрагический шок. При появлении такого пациента также следует оценить состояние больного (принцип четырех П – послушать, почувствовать, посмотреть: принять решение). Наиболее простым и информативным тестом для оценки состояния больного является индекс Аллговера, или шоковый индекс ( $ЧСС/АД_{сис.}$ ) (в норме он не должен превышать 0,75). Немедленную инфузионную терапию следует начинать при его значении  $>1,0$ . Кроме того, для контроля за эффективностью противошоковых мероприятий необходимо установить

катетер в мочевого пузыря и производить почасовую оценку диуреза (при адекватной терапии диурез должен превышать 90 мл/час). Необходимо обеспечить безопасность для оказывающего помощь (врач должен работать в перчатках и с лицевой маской, пользоваться кольчужными перчатками). При повреждении артериальных сосудов следует наложить сосудистый жгут по общепринятой методике, при повреждении венозных сосудов – наложить тугую давящую повязку. Обеспечить венозный доступ. При повреждении кубитальных вен следует катетеризировать центральную вену (подключичную, яремную или бедренную). Для врачей с недостаточным опытом, и (или) при отсутствии помощника наиболее оптимально выбрать бедренную вену. Катетеризацию следует проводить по методике *Duffy* 1949 [4]. При выборе инфузионной терапии особое значение имеет, прежде всего, восполнение объема циркулирующей крови, поэтому в начальный период инфузионной терапии она проводится кристаллоидными растворами, а лишь затем подключаются коллоидные растворы. При выборе последних следует отдать предпочтение препаратам на основе желатина (гелофузин, гелоплазма et cet). Следует провести первичную хирургическую обработку (ПХО) ран. Дежурный персонал учреждения при необходимости организовывает вызов хирурга и (или) анестезиолога-реаниматолога «на себя» в случае озвучивания такой просьбы дежурным медицинским персоналом. Следует соблюдать осторожность при назначении эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы, не назначать ее до проведения лабораторных исследований по определению уровня гемоглобина и гематокрита, групповой (ABO) и Rh-принадлежности.

Следует также отметить такой, специфический как раз для пенитенциарной системы (прежде всего для противотуберкулезных, лечебных учреждений), пример медикаментозного отравления, как возможность отравлений этиотропными противотуберкулезными препаратами [5], диагностика которых, как правило, не сложна, но требует интенсивной терапии с применением эфферентных методов.

Формирование необходимых укладок медикаментов и инструментария исходя из потребностей ургентной помощи при незавершенных суицидах сопряжено с определенными трудностями в выборе правильной комплектации.

Оказание помощи при незавершенных суицидах требует значительного напряжения сил и средств, а также должно быть подкреплено высоким уровнем подготовки медицинского персонала. Вместе с тем, должно укомплектование необходимой укладки для

оказания экстренной медицинской помощи при незавершенных суицидах в связи с недостаточностью финансирования в отдельных медицинских подразделениях УИС зачастую далеко не полно. При этом представляется, что для решения проблемы оказания действенной медицинской помощи при незавершенных суицидах необходим комплексный подход, связанный не только с улучшением материально-технической базы медицинских учреждений, получением и закупкой аппаратуры и ряда медицинских препаратов, но и с тесным взаимодействием всех сил и структур уголовно-исполнительной системы для ранней диагностики и лечения тяжелых случаев незавершенных суицидов.

Как следует из изложенного, с целью повышения компетенции, прежде всего, немедицинского персонала пенитенциарных учреждений необходимо проведение постоянных учебных занятий и мастер-классов с отработкой практических навыков по оказанию ургентной помощи при наиболее распространенных видах незавершенных суицидов в пенитенциарной системе. Для этого авторы считают весьма важным тиражирование и доведение до сведения руководителей медицинских служб протоколов ургентных действий при различных формах суицидов.

### **Литература**

1. Буров Н.Е. Протокол обеспечения проходимости дыхательных путей (обзор литературы). / Клиническая анестезиология и анестезиолог-реаниматология 2005, Т. 2, № 4. – С. 2–15.
2. Интенсивная терапия в схемах и таблицах. Методическое пособие для студентов, интернов и курсантов ФПК и ППС. Архангельск 2002. – 72 с.
3. Пономарев С.Б. Самоубийство в тюрьме: некоторые аспекты проблемы // Преступление и наказание. 2008. № 2. – С. 24–25.
4. Роузен М., Латто Я.П., Шэнг У. Чрескожная катетеризация центральных вен. – М. Медицина 1986. – 160 с.
5. Черенков А.А., Привалов А.А., Ванифатов Ю.П. Особенности интенсивной терапии острого отравления рифампицином и тубазидом. – Вестник интенсивной терапии 2004, № 4 (приложение). – С. 62–63.

# ПЕДАГОГИКА И ЛИНГВОДИДАКТИКА

## ПРИМЕНЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭДЬЮТЕЙНМЕНТ В ПРАКТИКЕ ПРЕПОДАВАНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА НА БАЗЕ КУРСОВ ПО ИЗУЧЕНИЮ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ

**Хаткевич Олеся Викторовна**

студентка магистратуры,

Московская международная академия,

Электронная почта: wdywtb@mail.ru

**Лапин Александр Андреевич**

Кандидат политических наук, старший преподаватель

Московская международная академия,

***Аннотация.*** В данной статье рассматривается технология «эдютейнмент» как современная образовательная технология, ее методологическая ценность и потенциал, а также особенности преподавания английского языка с применением технологии «эдютейнмент» в условиях курсов по изучению иностранных языков.

***Ключевые слова:*** эдютейнмент, английский язык, преподавание английского языка, современные образовательные технологии, обучение через игру

## THE USE OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY EDUTAINMENT IN THE PRACTICE OF TEACHING ENGLISH ON THE BASIS OF FOREIGN LANGUAGE COURSES

**Khatkevich Olesya V.**

Master's degree student,

Moscow International Academy

**Lapin Alexander A.**

Candidate of political sciences, senior lecturer

Moscow International Academy

***Abstract.*** The article discusses the «edutainment» technology as a modern education technology, its methodological value and potential, as well as the features of teaching English using the «edutainment» technology on foreign language courses.

***Keywords:*** edutainment, English language, teaching English, education technology, learning through play

Глобализация, ставшая одним из главных процессов современного общества, невозможна без межнациональной коммуникации. Английский язык по праву принято считать языком номер один международного общения. Именно поэтому в мире все больше возрастает спрос на его изучение. В условиях стремительно развивающегося общества, традиционная методика преподавания уже не может в полной мере удовлетворить не только требования государственных стандартов, но и социальный заказ и повышенные требования со стороны родителей обучающихся. Именно поэтому в современном обществе широко востребовано дополнительное образование, а также современные методики и технологии преподавания иностранного языка, в число которых входит и технология эдьютейнмент. Эта технология практически не применяется в общеобразовательных школах и недостаточно изучена.

Одной из тенденций последних лет в сфере образования, заслуживающих особого внимания, стала потребность в новом формате обучения, и как следствие, начало формирования сектора эдьютейнмент. В связи с чем в последние годы в культурологии, журналистике, педагогике, информатике и других науках все чаще звучит термин «эдьютейнмент».

Термин «эдьютейнмент» (edutainment = education + entertainment, «учение с увлечением», «учение через развлечение») — создание организаций и программ, совмещающих образовательную и досуговую компоненты. [7, С.5].

Зарубежные ученые уделяют пристальное внимание исследованию особенностей технологии эдьютейнмент с педагогической точки зрения. Практически все они сходятся во мнении, что характерной особенностью данной технологии является создание образовательно-развлекательной среды, которая, в свою очередь, способствует наиболее полной реализации всех возможностей современного обучения.

Новым заслуживающим внимания полем деятельности педагога в условиях технологии эдьютейнмент является применение компьютерных обучающих программ. Профессор турецкого университета О. Зухал в своем исследовании делает вывод о том, что главной особенностью технологии эдьютейнмент является разумный баланс между эмоциями игрока и его образовательными потребностями [6]. Использование современных технических возможностей, в полной мере вобравших в себя набор наглядных средств обучения, а также возбуждающих интерес, наталкивают субъект образовательного процесса на мысль о возможной

увлекательности обучения, что, несомненно, положительно сказывается на качестве усвоения учебного материала.

Профессор австралийского университета Р. Донован в своей работе уделяет особое внимание преодолению психологического барьера по средствам создания комфортной и доброжелательной образовательной среды обучения. [5]. По его мнению, технология эдьютейнмент способна минимизировать стрессовые ситуации, неизбежно возникающие при реализации обучения за счет нестандартной, увлекательной формы подачи учебного материала.

Итальянский профессор М. Эддис убеждена, что по средствам технологии эдьютейнмент возможно вызвать у обучающегося любопытство и интерес к изучаемому предмету [1]. Результатом же удовлетворения любопытства будет являться более глубокое погружение в изучаемый предмет.

Ученые Кембриджского университета Д. Букингом и Гарвардского университета М. Скалтон в своей работе делают акцент на гармоничном сочетании традиционных и инновационных экспериментальных форм и приемов обучения в условиях применения технологии эдьютейнмент. По их мнению, это крайне необходимо, в условиях «усталой» системы образования [4].

В отечественной педагогической науке также отсутствует четкое определение понятия эдьютейнмент, нет единства мнений о данной технологии. По мнению О.Л. Гнатюк, эдьютейнмент – это «цифровой контент» [1], М.М. Зиновкиной – «креативное образование» [2].

Обратившись к психологическим аспектам сложностей в обучении английскому языку на курсах иностранных языков, следует отметить, что в рамках интенсивного обучения, реализуемого на базе курсов, основной проблемой становится удержание внимания учеников. В условиях получения больших объемов информации за относительно короткое время, обязательно привлечение всех доступных психологических механизмов удержания внимания, формирования интереса и мотива обучения. Сохранению и поддержанию на необходимом уровне внимания и интереса в данных условиях служат нетрадиционные, отличающиеся новизной задания. Применение технологии эдьютейнмент способствует привлечению непроизвольного внимания учащихся, которое при определенных условиях способно перерасти в произвольное и послепроизвольное; способствует появлению ситуативного и личного интереса, а также мотива обучения. Как результат, педагог способен добиться более продуктивной работы учащихся на занятиях.



Новым заслуживающим внимания полем деятельности с точки зрения педагогики и в разрезе освещаемой темы является применение компьютерных обучающих программ в виду их неоспоримых преимуществ. Можно выделить следующие преимущества обучающих компьютерных игр перед традиционными дидактическими играми:

1. Наличие всех типов наглядности, а именно: видеоизображение, рисунки, фотографии, интерактивные картинки, всплывающие изображения, аудио, цвет.

2. Возможность создать контент таким образом, чтобы внимание обучающегося было направлено на наиболее важные аспекты игры.

3. Стимулирование игрока по средствам определенных методов к достижению более высоких результатов.

4. Возможность сочетания всех четырех видов речевой деятельности в одном задании.

5. Устная и письменная форма взаимодействия человека и компьютера.

6. Доступен быстрый переход между темами, информационными блоками и другими составляющими (с помощью кнопок в самой игре, клавиатуры, мыши).

7. Возможность интенсивной тренировки (дриллинга) языковых структур: новых слов, фраз, устойчивых выражений, предложений.

8. Привлекательный режим интенсивной тренировки навыков иностранной речи.

9. Повышение учебной мотивации ученика.

10. Возможность выполнения заданий как в аудиторной работе, так и в качестве домашнего задания.

11. Возможность внеклассного обучения 24/7, в любом удобном месте.

12. возможность создания максимально комфортных психологических условий для обучающихся с учетом их индивидуальных особенностей.

13. Наличие межпредметных связей. Например, обучение английскому языку с помощью разучивания песен на английском (английский – пение).

14. Возможны различные принципы изложения учебного материала (линейный, концентрический).

15. Мгновенный контроль и корректировка, когда ученик может незамедлительно узнать результат, исправить неверное решение и узнать правильный ответ.

16. Возможность увеличить количество часов теоретического и практического обучения за счет самостоятельного выполнения заданий во внеклассной работе.



17. Возможность увеличить объем практического обучения за счет уменьшения временных затрат при интерактивном выполнении заданий.

18. Уникальность и разнообразие игровых заданий, различные варианты исхода игры в зависимости от действий игрока.

19. Возможность использования аутентичных аудиозаписей (запись речи носителя языка), что благоприятно влияет на уменьшение акцента у обучающегося

20. Возможность автоматической или ручной корректировки уровня сложности (например, переход между уровнями в игре).

21. Минимизация работы преподавателя при использовании компьютерных обучающих игр за счет автоматической проверки заданий, при которой учитель может освободить рабочее время на выполнение других рабочих задач.

Несмотря на весомые аргументы в пользу использования образовательных компьютерных игр в обучении иностранному языку, следует помнить, что компьютерная игра является пассивным видом деятельности, не связанной с физическими нагрузками, поэтому при обучении детей в обязательном порядке необходимо сочетать данный вид работы с активными видами игровой и учебной деятельности. Очевидно, что обучающие компьютерные игры нельзя рассматривать как единственный или универсальный метод обучения. Более разумно использовать ее как дополнение к традиционному учебному процессу.

С целью практического доказательства полученных теоретических данных о применении технологии эдьютейнмент в практике преподавания, в апреле - мае 2021 г на базе курсов изучения иностранных языков ООО «Гуанчжоуская компания образовательных технологий «Любовь к детям»» было проведено экспериментальное обучение. В эксперименте приняли участие 60 обучающихся: 2 экспериментальных группы по 15 человек в каждой и 2 контрольных группы по 15 человек в каждой. Основной целью обучения являлось формирование коммуникативной компетенции учащихся. Получая теоретические знания и выполняя практические задания в развлекательно-образовательной форме, обучающиеся готовятся к общению в ситуациях инокультурной коммуникации. Теоретический материал преподносился учащимся в виде мультимедийной презентации по теме урока. После успешного усвоения теоретического материала, выполнялись групповые задания, направленные на закрепление и контроль изученного материала. Задания представляли собой учебные мини-игры, компьютерные игры, викторины, головоломки, кроссворды, настольные игры и т.д.

Организация грамматического материала в процессе экспериментального обучения основывалась на принципах комплексности, концентризма, последовательности - от простого к сложному.

Основная особенность курсов изучения иностранных языков – ограниченность во времени, а вместе с тем высокие требования к результатам обучения со стороны родителей – определяет особое положение самостоятельной работы в системе изучения языка. Хорошо освоить весь учебный материал и научиться вступать в коммуникацию на английском языке только за время аудиторных занятий физически не возможно. Именно поэтому часть заданий из блока самостоятельной работы ученики выполняли дома. Во время самостоятельной работы ученики выполняли различного рода контрольные задания по темам, изученным в аудитории. Самостоятельные задания выполнялись с помощью доступного технического средства (компьютер, смартфон и т.д.), в основном давались задания в виде игр, но было и групповое задание-проект. Особое внимание уделялось на то, чтобы домашние задания были максимально интересными, чтобы у ученика возникало стойкое желание их выполнить. Контроль выполнения домашнего задания и набранных за задания баллов выполнялось учителем.

Экспериментальное обучение проходило с опорой на следующие условия формирования грамматических навыков:

- Предварительное слушание нового материала на основе аутентичных источников (слов, фраз, структур предложений). При предварительном прослушивании новых структур предложений внимание учащихся направлялось на восприятие данной структуры.

- Имитация в речи, когда в ходе выполнения упражнений, связанных с определенной речевой задачей, ученик максимально похоже воспроизводит ранее прослушанные новые слова и предложения.

- Однотипность фраз и конструкций, построенных на основе речевого образца.

- Преобладание речевого характер упражнений.

- Максимальное использование в упражнениях действий по аналогии, логических действий, образцов действий.

- Профилактика ошибок в речи по средствам многократного повторения в различных ситуациях однотипных конструкций, а также исправления ошибок в режиме реального времени.

- Разнообразие способов автоматизации, что порождает способность учащегося использовать навыки в различных ситуациях.

Знакомство с новым материалом в предложенном формате, выполнение игровых и творческих заданий вызвали интерес у слушателей, положительно повлияли на учебную мотивацию, свели к минимуму психологическую напряженность и боязнь ошибки, даже у самых стеснительных учеников. По мнению самих слушателей, которое они выразили в устной беседе с учителем, а также в ходе анкетирования, самостоятельное выполнение заданий в форме компьютерных игр не вызвало у них затруднений, напротив, ученикам понравился новый формат обучения, выполнение заданий вызвало положительные эмоции, ученики справились с ними достаточно быстро. Во многом они связывают это с необычным и увлекательным форматом получения учебных заданий, их творческим характером и возможностью изучать английский язык посредством игры. Ученики согласны с теорией, что применение игр с автоматической проверкой правильности ответа в режиме реального времени делает обучение более мобильным и удобным, способствует быстрому запоминанию новых слов и конструкций предложений. Ученики с энтузиазмом приняли новый формат обучения и с удовольствием в нем работали, что положительно повлияло на процент усвоения материала.

По результатам итогового тестирования, контрольная группа учеников, учувствовавшая в экспериментальном обучении, лучше усвоила материал и показала более высокие результаты обучения. Было замечено, что у учеников не только увеличился интерес к изучаемому предмету, но также появилась мотивация изучать язык. Можно считать, что проведенное исследование доказало возможность и целесообразность применения технологии эдьютейнмент в практике преподавания английского языка в условиях курсов по изучению иностранных языков.

В заключение, хотелось бы отметить, что средства технологии эдьютейнмент обеспечивают увлекательное приобретение учебных знаний в современном формате, создают комфортную образовательную среду, обеспечивают развитие коммуникативных умений, формирование и закрепление языковых и речевых навыков, овладение опытом иноязычного общения. При определении приемов обучения необходимо обращать внимание на их увлекательность и новизну, способность вызвать интерес учащихся, повысить мотивацию. Компьютерные игры, как и ИКТ в целом, открывают широкие возможности для создания эффективных методов и форм обучения иностранным языкам.

### Литература

1. Гнатюк О.Л. Основы теории коммуникации. – М.: КНОРУС, 2010. – 256 с.
2. Зиновкина М.М. Педагогическое творчество. Модульно-кодое учебное пособие / М.М. Зиновкина. – М. : МГИУ, 2007. – 258 с.
3. Addis M. New technologies and cultural consumption. Edutainment is born / M. Addis. – Bocconi University: Marketing Department, 2002. – 13 p.
4. Buckingham D. Selling learning: towards a political economy of edutainment media D. Buckingham, M. Scanlon // Media, Culture and Society. – 2005. – 27(1). – p 41–58.
5. Donovan R. Principles and Practice of Social Marketing, an International Perspective / R. Donovan, N. Henley. – Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2010. – 504 p.
6. Züha O. Edutainment: is learning at risk? / O. Zühal // British Journal of Educational Technology. – 2003. – № 34(3). – pp. 255–264.
7. Актуальная ситуация развития сектора «эдьютейнмент» для детей в России / С.Г. Косарецкий, М.А. Кудрявцева, К.А. Фиофанова; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Институт образования. – М.: НИУ ВШЭ, 2018. – 36 с.

# МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ И ЛИНГВОКУЛЬТУРОЛОГИЯ

## ОСОБЕННОСТИ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ СИСТЕМЫ ЯПОНИИ XVII В. – ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX ВВ.

**Агафонова Н.А.**

ОЧУ ВО «Московская международная академия»,  
Москва, Россия

**Аннотация.** В статье на основании документов уголовно-правового и уголовно-процессуального характера, а также научных публикаций рассматриваются особенности уголовно-правовой системы Японии указанного периода – времени, когда активизировалась законотворческая деятельность, одним из свидетельств чего может служить наличие «Завещания Иэясу» 1616 г., кодекса «Кудзиката осадамэгаки» 1742 г., а также «Го:мон дзикки», регламентировавшего процедуру проведения пыток.

**Ключевые слова:** Япония, уголовно-правовая система, сословное право, эпоха Эдо, уголовное право, преступление, наказание, прецедент, кодекс, преступность, смертная казнь

## THE PARTICULARITIES OF THE CRIMINAL LEGAL SYSTEM OF JAPAN XVII CENTURY - SECOND HALF OF THE XIX CENTURY.

**Agafonova N.A.**

Moscow International Academy,  
Moscow, Russia

**Abstract.** On the basis of documents of a criminal-legal and criminal-procedural nature, as well as scientific publications, the article examines the peculiarities of the criminal-legal system of Japan of the specified period - the time when legislative activity intensified, one of the evidence of which is the existence of the “Testament to Ieyasu” of 1616, the Kujikata Osadamegaki Code of 1742, as well as Go:mon Jikki, which regulated the torture procedure.

**Keywords:** Japan, criminal law system, estate law, Edo era, criminal law, crime, punishment, precedent, code, crime, death penalty

Рассмотрим особенности уголовно-правовой системы Японии XVII в. – второй половины XIX вв.

Чтобы выяснить, какой облик был присущ уголовно-правовой системе Японии данного периода, каковы были ее основные черты, что подпитывало умы законодателей, необходимо, помимо прочего, затронуть проблему гуманности и ответить на вопрос – можно ли назвать Японию того времени страной гуманной или, по крайней мере, следующей по пути постепенной гуманизации? Таким образом, для того, чтобы оценить жесткость уголовно-правовой системы, необходимо проанализировать систему наказаний.

В начале XVII в. наказания были несколько мягче, чем в предыдущие периоды, однако все равно оставались строгими. Например, японцы не могли покидать страну под страхом смертной казни. Так, «когда голландские моряки ... спасли экипаж японского судна, лишившегося в бурю мачт, то по настоятельной просьбе капитана они пробили кораблю дно, поскольку искать спасения в бегстве японцы имели право только если судно шло ко дну»<sup>1</sup>. Этот пример иллюстрирует, как японское государство относилось к населению – а именно как к собственности государства.

Традиционной чертой того времени было сословное право, то есть отсутствовал принцип равенства – за одно и то же преступление людей разных сословий наказывали по-разному. Однако в данном случае самураи могли наказываться более сурово, чем крестьяне или другие слои населения. Например, существовал институт «семейной ответственности», и он был ограничен для простолюдинов составами убийства и неповиновения властям, однако для самураев такого ограничения не было. Принцип конфискации имущества также осуществлялся строже для самураев<sup>2</sup>.

Право эпохи Токугава одновременно следовало и не следовало модели рицурё – системе японского государства, в основе которого лежали уголовное (рицу) и гражданское (рё) право, которые были определены кодексами Тайхо, Ёро и другими законодательными актами. С одной стороны, «токугавское государство было продуктом сознательного политического структурирования, подобно государствам рицурё»<sup>3</sup>. С

---

<sup>1</sup> Книга японских обыкновений / Сост. А.Н. Мещеряков. – К 53 М.: Наталис, 1999. С. 197.

<sup>2</sup> Книга японских обыкновений / Сост. А.Н. Мещеряков;

<sup>3</sup> Carl Steenstrup. A history of law in Japan until 1868, Том 1. Handbuch Der Orientalistik. Brill; 2nd edition (February 1, 1996);

другой стороны, Япония отходила от этой структуры, развивая японские начала, что говорит об определенной зрелости правовой мысли.

В данную эпоху писаное право было развито менее, чем обычное, прецедентное и иное неписаное. В особенности заимствовались прецеденты времен Камакура и Муромати. «Однако даже при этом по сравнению с предыдущей эпохой значительно активизировалась законотворческая деятельность... Для того, чтобы предотвратить утрату имеющегося в копиях законодательства и обеспечить удобство в работе, один за другим в масштабах всей страны составлялись сборники законов и кодексы»<sup>4</sup>. В стремлении японцев к кодификации прослеживается влияние Китая (как, например, заимствование модели рицурё).

Одним из свидетельств развития правовой мысли Японии эпохи Эдо может служить «Завещание Иэясу» 1616 г. («Токугава сйэкэн хяккадзё») – завещание Токугава Иэясу, первого сегуна, адресованное его потомкам. Базой для «Завещания» послужили обычное право, неоконфуцианство, законодательство предыдущих эпох, принципы государственной идеологии.

Что касается уголовного права, положения которого содержатся в «Завещании», то нужно сказать следующее. Статья 10 говорит о том, что закон должны знать все: «Строго следуя в устройении Судебной палаты древнему церемониалу и сообразуясь со статьями, исходящими от меня, необходимо, чтобы всякому человеку стало ясно, что законно, а что нет, ибо недопустимы как трепет перед благородным и родовитым, так и презрение к дикарю и убожеству (простолюдину)»<sup>5</sup>. Иэясу не поддерживал кару как цель наказания: «Вообще, зная, что наказания и казни во множестве – свидетельство отсутствия добродетели у Сына Неба наверху, стыда и позора сегуна внизу, об этом следует глубоко поразмыслить»<sup>6</sup>. Были предусмотрены казни различных видов: «выставление головы казненного, распятие на кресте, сожжение, обезглавливание» и, скорее всего, казнь виновного вместе с членами его семьи<sup>7</sup>. Помилованы могли быть только лица императорского дома.

---

<sup>4</sup> Nihon hōseishi / Ōtake Hideo, Maki Hidemasa hen 日本法制史 / 大竹秀男, 牧英正編 Tōkyō-to : Seirin Shoin Shinsha, Shōwa 50 [i.e. 1975] 東京都 : 青林書院新社, 昭和50 [i.e. 1975] [12], 361, 18 pages.

<sup>5</sup> Филиппов А.В. «Стостатейные установления Токугава» 1616 г. и «Кодекс из Ста статей» 1742 г. Право, общество, идеология Японии первой половины эпохи Эдо. СПб. – Изд-во СПб ун-та. 1998. С. 142;

<sup>6</sup> Там же;

<sup>7</sup> Там же. С.143;



Если произошла драка, наказание устанавливалось для обеих сторон, однако могли быть исключения в зависимости от обстоятельств. Если в результате драки один из участников погиб, и перемирия не достигнуто, наследники убитого могут совершить кровную месть.

Что касается составов преступлений, то также упоминаются убийство, взяточничество, должностные преступления.

В случае убийства родственникам убитого позволялось обезглавить виновного (в случае, если убийство было совершено в ссоре или споре). «Убийство родителя или наставника, убийство господина-сюдзин – ввиду того, что это выходящие за рамки всех законов злодеяния, также должны подлежать и выходящей за рамки всех законов казни; все сомнения, подлежат смерти все вплоть до десяти степеней родства»<sup>8</sup>. На примере наличия этого института кровной мести можно сделать вывод о присутствии частных наказаний.

Что касается наказаний для высших чиновников за должностные преступления, то «когда из трех министров и девяти сановников кто-либо навлечет на себя за свой грех высочайшее порицание и смещение с поста, следует и надлежит приговорить его к дальней ссылке онру, назначив управляющим землями кокуси с большим доходом року»<sup>9</sup>. Если управляющий или староста берут взятки, они наказываются смертной казнью без права помилования, и это деяние расценивается как измена.

В дальнейшем право развивалось в основном путем накопления прецедентов, что позволило ко времени правления сегуна Токугава Есимунэ составить кодекс. Он был закончен в 1742 г. и получил название «Кудзиката осадамэгаки» («Законы, данные сегуном для применения в судебных делах»). Базой послужили не только прецеденты, но и современные решения. Кодекс был направлен на простой люд и состоял из двух томов: в первый вошли статьи рё, а во второй статьи рицу, который получил название «Осадамэгаки хяккадзё» («Кодекс из ста статей»). В первый том входили нормы из различных отраслей права, во втором в основном содержались нормы уголовного права. Подлинник кодекса погиб во время пожара, вызванного землетрясением в районе Канто, и нынешняя копия включает в себя дополнения 1754 г.

Кодекс состоит из двух томов и внешне больше напоминает сборник прецедентов, так как после каждой «статьи» указывается год принятия или же надпись «стародавний прецедент». Больше всего

---

<sup>8</sup> Там же. С.143-144;

<sup>9</sup> Филиппов А.В. «Стостатейные установления Токугава» 1616 г. и «Кодекс из Ста статей» 1742 г. С.144;

внимание уделено нормам уголовного права, однако встречаются нормы гражданско-правовые и процессуальные.

Устанавливался принцип законности, а также постулат, что только государство может наказывать преступников. Однако были и частные наказания – например, кровная месть, месть любовнику жены, убийство непочтительного простолюдина<sup>10</sup>. Наличие частных наказаний говорит об отсутствии принципа равенства. Кроме того, наличие неравенства также выражалось в том, что определение преступления и назначение наказания зависело от того, к какому классу принадлежал обвиняемый, от его семейного положения и других условий.

Преступления делились на умышленные и неосторожные. Умышленные, в свою очередь, подразделялись на те, которые были совершены импульсивно и те, которые были совершены преднамеренно. Неосторожные делились на совершенные при большей или меньшей степени неосторожности. Что касается самих преступлений, то самыми тяжкими были нарушения порядка земледелия (к примеру, продажа поля с переходом его в вечное пользование или переход крестьянина к другому помещику). Причиной особого внимания к таким преступлениям послужило то, что с крестьян собиралась годовая подать, которая выступала финансовой основой отношений господства. Кроме того, наиболее тяжкими преступлениями были преступления против политического строя – разрушение заставы, сокрытие огнестрельного оружия, тайное ношение меча, подача петиции непосредственно представителю сегуна, минуя иные инстанции. Преступлениями также являлись нарушения внутреннего порядка семейной жизни, кража, разбой, причинение телесных повреждений, насильственные действия и другое.

Что касается наказаний, то указывался их средний размер, то есть наказание в зависимости от обстоятельств дела могло быть уменьшено или увеличено. В целом можно сказать, что в сравнении с предыдущими актами правового характера в данном кодексе наказания были более мягкими.

Было несколько групп наказаний: основные (включали битье, изгнание, изгнание из столицы, ссылку, ссылку на отдаленный остров, смертную казнь), дополнительные (выставление напоказ в связанном виде, клеймение, конфискация, привлечение к работе в месте лишения свободы) и специальные, которые устанавливались для аристократии и

---

<sup>10</sup> Иноуэ Кадзуо. Дзанкоку-но Нихон си (Жестокость в истории Японии). Токио. Кобунся, 1969. С.86.

духовенства (сэппуку, лишение пособия, лишение самурайского звания и другие). Возможно было применение пыток.

Одной из целей наказания была превенция. Но «уголовные наказания не отличались от предыдущего времени в том, что были воздаянием по принципу буддийской кармы соответственно дурным деяниям в прошлом, а по отношению к будущему рассматривались как всего лишь носители функции общей превенции и устрашения, а также функции изоляции преступника и устранения ущерба. В целом нельзя признать, что в них выступала уголовная политика нового времени, сердцевинной которой была бы специальная превенция»<sup>11</sup>.

Что касается ответственности, то существовал институт солидарной ответственности. Например, если продавалось поле и переходило в вечное пользование, то на продавца налагался штраф, у покупателя конфисковывали поле, а сельский староста, который одобрил сделку, лишался поста. Если подавалась петиция непосредственно представителю сегуна, то тот, кто подал петицию, подлежал смертной казни, сельский староста отправлялся в ссылку, у помощника старосты конфисковывали поле и также ссылали, а все крестьяне подвергались штрафам<sup>12</sup>. Можно привести примечательный случай: в 1714 г. группа лиц понесла коллективную ответственность. Среди этой группы лиц была придворная дама Эдзина, которая была только сослана, но при этом «вместо нее был казнен ее брат, не имевший к скандалу никакого отношения, просто как член семьи, по принципу коллективной ответственности».<sup>13</sup>

Что касается совершения преступления группой лиц, то главарь нес более тяжкую ответственность. Подстрекатель наказывался так же, как исполнитель, а подстрекаемый получал менее тяжкое наказание.

В.Н. Еремин отмечает, что «если период Сэнгоку и начальный этап эпохи Эдо отличались жестокостью наказаний за преступления, то «со второй половины XVII в., с годов Камбун и Эмпо, по всей стране начинается тенденция к смягчению наказаний».<sup>14</sup> Необходимость устрашения отпала благодаря стабилизации власти бакуфу. Кроме того, из-за распространения конфуцианства во главу угла было поставлено сострадание от высшего к низшему, а не подавление последних.

---

<sup>11</sup> Нисихара Харуо. Кэйдзи сэйсаку-но рэкиси. С.22-23.

<sup>12</sup> Нисихара Харуо. Кэйдзи сэйсаку-но рэкиси. С. 152 – 153;

<sup>13</sup> Гришелева Л.Д. Формирование японской национальной культуры. М.: Наука, 1986. С.124;

<sup>14</sup> Там же. С.155;

В XVIII в. наказания смягчились еще больше. Например, отменили отрезание ушей и носа, в отношении простолюдинов дети преступника стали нести ответственность, только если виновный совершал тяжкое преступление, была запрещена высылка в другую провинцию или в другие владения. Кроме того, устанавливалось, что виновный не привлекался к ответственности, если он совершил малозначительное преступление не менее года назад, осознал свое деяние и не совершал больше преступлений<sup>15</sup>. В этом также можно усмотреть стремление государства к экономии уголовной репрессии.

Однако оставались и примеры жестокости. Например, самурай мог убить крестьянина или горожанина за их непочтительность («Завещание Иэясу», «Осадамэгаки хяккадзе»). Однако были ограничения в этом праве на защиту самураем своей части. Самураи не могли беспрепятственно убивать простолюдинов. В случае такого убийства случай рассматривал бугё и решал, признать ли самурая невиновным. Такое решение принималось только если убитый действительно допустил оскорбление.

После принятия «Кудзиката осадэмэгаки» были предприняты усилия, направленные на побуждение виновных к раскаянию. Например, преследование за ранее совершенное преступление прекращалось. Как было сказано выше, если после совершения преступления виновный больше не совершал преступлений и не принимал участия в преступной деятельности в течение года, он не подлежал наказанию. То есть ему давался год, чтобы одуматься и отказаться от совершения преступлений. Кроме того, была распространена амнистия. Поначалу она применялась только к тем, кто был сослан на дальние острова, потому что для такой ссылки не устанавливался срок. И наконец, в 1790 г. было создано специальное учреждение – нинсоку ёсэба – куда попадали преступники, которые совершили малозначительные преступления и бездомные. Там их заставляли трудиться, что должно было помочь в их перевоспитании.

«Кудзиката осадэмэгаки» не был опубликован, с его текстом ознакомили трех глав ведомств, а также представителей сегуна в Киото и Осака. Как замечает А.А. Пионтковский, это было сделано исходя из того, что «неизвестность сильнее удерживает от совершения преступления, чем точное знание наказания»<sup>16</sup>, в чем прослеживается влияние древнекитайского права. Такаянаги Кэндзо пишет: «токугавские

---

<sup>15</sup> Маки Х. Фудзивара А. Нихон хосэй си. С.224.

<sup>16</sup> Пионтковский А.А. Уголовная политика Японии. М.: Советское законодательство, 1936. С.7

государственные деятели, находившиеся под влиянием конфуцианской концепции правления, были убеждены, что их первейшим долгом является учить управляемых, как вести себя в соответствии с феодальной моралью, и что отправление уголовной юстиции есть нечто второстепенное. Поэтому указы...приняли форму инструкций чиновникам. Тексты указов не были опубликованы»<sup>17</sup>. Однако это не значит, что простой люд совершенно не получал доступа к тексту закона – издавались всевозможные инструкции по применению законов, население знакомили с актами конкретного действия, основанными на законе.

Существовало несколько копий «Кудзиката Осадамэгаки». Наиболее достоверной является копия 1841 г., которая была изготовлена финансовым ведомством. Кроме того, есть также уголовные кодексы княжеств Мориока, Фукуи, Камэяма, которые относятся к системе «Кудзиката Осадамэги». Известно, что этот кодекс переработали во время правления Мацудайра Саданобу и этот вариант стал известен под названием «Кансэй кэттэн», однако об этом нет документальных свидетельств.

Дела, нормы по которым содержались в кодексе, разрешались на его основе, а по которым не содержались – на основе прецедентов, то есть кодекс не претендовал на звание документа, в котором содержатся все нормы уголовного права, а те, которые не содержатся, не могут быть применены. Всевозможные дополнения и изменения вносились путем изменения текста закона. С 1745 г. для этого стали использовать приложения «Осадамэгаки-ни тэнко рэйгаки», где содержались судебные решения по 1796 г. В 1767 г. был создан «Кадзё руйтэн» - сборник материалов, связанных с составлением «Осадамэгаки». На основе «Кадзё» был создан «Токугава кинрэй кого сю», где каждая статья сопровождалась примерами аналогичных решений.

Есть несколько свидетельств европейцев, которые бывали в Японии в указанный период и наблюдали то, как японцы обходятся с преступниками. Например, Эрнст Сатов, английский дипломат, в 1864 г. «с чувством глубокого душевного смятения описывал публичную казнь двух преступников – обезглавливание с помощью знаменитого самурайского меча»<sup>18</sup>. Европейцам не нравились также и пытки, которые,

---

<sup>17</sup> Такаянаги Кэндзо. *Op.cit.*Р.16 (цит. по: Еремин В.Н. Правовая система Японии. С. 150);

<sup>18</sup> Книга японских обыкновений / Сост. А.Н. Мещеряков. С. 198.

по представлению японцев того времени были необходимы ввиду того, что преступник должен был сам признать вину в совершенном деянии. Поэтому подозреваемых «били палками, сажали на деревянные пирамидки, а на колени наваливали ... булыжники, ставили на тупую саблю голыми коленями и навешивали на преступника камень за камнем ... Но самой страшной считалась «пытка водой», когда подозреваемый лежал на спине, а его лицо непрерывно поливали водой или бесконечно вливали ему воду в рот»<sup>19</sup>.

Чтобы наиболее полно изучить то, как японцы применяли пытки, следует обратиться к «Го:мон дзикки» («Подлинное описание практики проведения пыток»), который написан полицейским-следователем Сакума Осахирос<sup>20</sup> в 1893 г. Целью пытки было получение признания в содеянном, а не причинение пытаемому наибольшего количества страданий. Пытка не была и мстью за совершенное преступление. Мишель Фуко, рассуждая о европейской системе наказаний, пишет: «Прежде всего, такое дознание не являлось способом вырывания истины любой ценой; оно отличалось от безудержной пытки современных допросов; безусловно, оно было жестоким, но не диким. Оно было упорядоченной практикой, следующей определенной процедуре»<sup>21</sup>. Несмотря на то, что его рассуждения касаются Европы, это можно применить и к японским реалиям. «Осадамэгаки хяккадзё» разрешал применение пыток, если преступник совершил: убийство, поджог, воровство, самовольный переход через заставы между княжествами и заговор. За эти преступления предусматривалась смертная казнь, поэтому разрешалось применение пыток. Кроме того, пытка могла применяться к тому, кого «выдал» его сообщник в ходе проведения следствия. Проведение пыток было запрещено только в 1874 г. специальным указом.

«Го:мон дзикки» перечисляет 4 вида пыток: «бичевание (мутиути), сдавливание каменными плитами (исидакасэ), связывание веревкой (эбидзэмэ) и подвешивание на веревке (цуридзэмэ)»<sup>22</sup>. При этом автор пишет, что по сравнению с эпохой Токугава, раньше были более жесткие

---

<sup>19</sup> Книга японских обыкновений / Сост. А.Н. Мещеряков. С.199;

<sup>20</sup> Сакума Осахирос. Подлинное описание практики применения пыток как источник по истории судопроизводства в конце периода Токугава // История и культура традиционной Японии, 4 (Труды института восточных культур и античности, Вып. XXXIX). РГГУ. 2011. Пер. Ракин Д. [http://www.vostlit.info/Texts/Dokumenty/Japan/XIX/1880-1900/Sakuma\\_Osahiro/frametext.htm](http://www.vostlit.info/Texts/Dokumenty/Japan/XIX/1880-1900/Sakuma_Osahiro/frametext.htm);

<sup>21</sup> Мишель Фуко. Надзирать и наказывать: рождение тюрьмы. М.: Ad Marginem, 1999. С. 61;

<sup>22</sup> Сакума Осахирос. Подлинное описание практики применения пыток.

разновидности пыток: «С наступлением периода Токугава все пытки были ограничены четырьмя видами, и неизвестно о случаях применения пытки водой (мидзудзэмэ), огнём (хидзэмэ) «водяной тюрьме» (мидзуро:) или "деревянной лошади" (мокуба)». Слово «го:мон», которое в настоящее время обозначает любую пытку, в те времена применяли только к подвешиванию на веревке. Остальные же виды обозначались словом, которое можно перевести как «допрос в тюрьме»<sup>23</sup>.

Пытки связыванием веревкой и подвешиванием применялись не часто, потому что, если подсудимого не удалось убедить признаться в содеянном с помощью двух других видов пытки - которые проводились последовательно одна за другой, если пытаемый не сознавался — это говорит о некомпетентности чиновников<sup>24</sup>. Таким образом, если подсудимый выдерживал пытки бичеванием и сдавливанием каменными плитами, оставшиеся к нему не применялись, хотя оставалась угроза их применения. После этого подсудимого оставляли в тюрьме на неопределенное время или, в редких случаях, отпускали. Пытки применяли сравнительно редко, о чем пишут и путешественники, побывавшие в Японии, например В.М. Головнин: «в японском уголовном законоположении повелено, в случае заперательства обвиняемого, употреблять пытки самые ужасные, какие только могла изобрести злоба во времена варварские; но судьи почти никогда не прибегают к сему бесчеловечному средству, ибо им предписано хотя несколько месяцев протянуть дело, но только увещаниями заставить подсудимого добровольно признаться в преступлении, или хитростью доведаться до истины; если же ни то, ни другое не будет действительно, а преступление подвержено сомнению, то стараться сыскать причину оправдать судимого, и потому японцы тогда только употребляют пытку, когда злодей, быв явно в своей вине уличен, запирается; в таком случае она служит ему вместо наказания»<sup>25</sup>.

Если же чиновники переходили к двум последним видам пытки, а подсудимый не раскаивался, то давалось разрешение на приведение в действие смертного приговора. Однако к этому прибегали в крайних случаях.

---

<sup>23</sup> Исии Рёсукэ. Эдо-но кэйбацу. (Наказания в период Эдо). Токио: «Тю:о:ко:ронсинся», 1964. С. 24;

<sup>24</sup> Botsman Daniel. Punishment and Power in the Making of Modern Japan. Princeton: Princeton University Press, 2005. P. 38.

<sup>25</sup> Головнин В. М. Записки флота капитана Головина о приключениях его в плену у японцев. М.: Захаров, 2004. С. 351;



Несмотря на то, что в трактате упоминается только о 4 видах пытки, нельзя сказать, что в Японии периода Эдо не применялись другие способы воздействия на преступников. Не нужно забывать, что в своих владениях дайма могли сами разрешать судебные дела, бывало, что законы в княжествах расходились с законами сегуна. Кроме того, частью допроса, но не пыткой, признавались некоторые виды воздействия на преступника. Например, в камерах временного заключения полицейские использовали бичевание, чтобы добиться признания арестованного, что было необходимо для помещения его в тюрьму. Также было Специальное управление для воров и поджигателей, полицейские которого проводили пытки голодом, дымом и другие. Сегунат смотрел на это сквозь пальцы.

Таким образом, мы видим, что признание преступника считалось царицей доказательств. Можно сказать, что и в современной системе судопроизводства Японии сохраняется этот принцип<sup>26</sup>.

Что касается смертной казни, то она осуществлялась по-разному в зависимости от того, как какому сословию принадлежал преступник. Самым почетным наказанием для самурая было самоубийство, на которое могли заменить обезглавливание в виде особой милости. Что касается обезглавливания, то оно применялось за такие преступления как убийство, попытка мятежа, воровство, грабеж. При этом часто вместе с обезглавливанием следовала конфискация имущества. «Перед совершением смертной казни осужденного проводили по городу... причем впереди идущий нес перед собой табличку, надпись на которой разъясняла суть совершенного преступления. ... Преступнику предоставлялось право на последнее маленькое желание... Сопровождающим его охранникам выделялась определенная сумма денег, которую они использовали согласно указаниям осужденного»<sup>27</sup>. Когда осужденный приближался к месту казни, то просил тех, кто его сопровождал, смыть кровь с его отрубленной головы после казни, и для оплаты этого держал монетку за щекой. В приговоре всегда указывалось, как нужно поступить с телом после казни – например, если человеку отрубали голову, могло быть указание о том, чтобы тело использовали для тренировок палачей или выставить отрубленную голову для устрашения. Все это зависело от тяжести преступления и происхождения преступника.

---

<sup>26</sup> David T. Johnson. Criminal Justice in Japan // Law in Japan: a turning point / Ed. by Daniel H. Foote. Univ. of Washington Press, 2007. P. 348.

<sup>27</sup> Книга японских обыкновений / Сост. А.Н. Мещеряков. С.200;

Что касается самой процедуры обезглавливания, то «осужденный стоял на коленях, вытянув шею перед выкопанной в земле ямкой для стока крови, но никакой плахи предусмотрено не было, так что рубить приходилось на весу»<sup>28</sup>. Осужденные стремились попасть к профессиональным палачам, которые могли отрубить голову с одного удара.

Были и другие виды смертной казни. Например, осужденного могли прикрепить гвоздями к доске или хорошо утоптанной земле. С распространением христианства японцы стали практиковать распятие. Кроме того, применялось «сожжение, ... опускание в кипяток, разрывание наказуемого волами, ... закапывание живьем в землю в специальном деревянном ящике с последующим отпиливанием торчавшей над поверхностью головы, удушение (шея обматывалась веревкой, в нее вставлялась палка – ее повороты затягивали удавку)»<sup>29</sup>. Был и другой вид мучительной казни – осужденного связывали и клали у кромки воды на берегу моря. Он захлебывался, когда находила волна и получал передышку во время отлива. Так осужденный мог лежать 8 дней.

Если сравнивать с усекновением головы, то вышеперечисленные виды казни считались более позорными.

Кроме того, предусматривалось членовредительство: у осужденного отрубались пальцы, нос, уши. Были также клеймение, которое изначально применялось к последователям христианства; татуирование; битье бамбуковыми палками от 50 до 100 ударов. Денежный штраф был дополнительным наказанием.

По сути, единого для всей страны кодекса не было, так как сегунские законы соблюдались не везде, поэтому виды наказаний могли быть разными от княжества к княжеству. Например, «даже после того, как сегунат издал указ о прекращении практики членовредительства, «на местах» она продолжала свое существование»<sup>30</sup>.

В силу того, что для японцев большой ценностью была принадлежность к коллективу, предусматривался такой вид наказания как ссылка, которая наряду со смертной казнью была наиболее распространенным видом наказания за тяжкие преступления. «Самой тяжелой формой ограничения свободы считалась высылка (на несколько лет или навечно) на один из 12 малонаселенных «отдаленных островов»<sup>31</sup>. Дополнительно к

---

<sup>28</sup> Там же;

<sup>29</sup> Там же. С. 202.

<sup>30</sup> Книга японских обыкновений / Сост. А.Н. Мещеряков. С. 204;

<sup>31</sup> Там же;

высылке предусматривалась конфискация имущества. Принудительных работ не предусматривалось, тяжесть наказания была связана именно с изоляцией. Кроме такой изоляции, также были изоляция от власти – запрет приближаться к административным учреждениям, от соседей – запрет посещать дом осужденного, запрет проживать в определенных городах, в том числе в столице, и провинциях. В отношении самураев и монахов часто применялось такое наказание, как затворничество – приказывалось затворить двери и окна с опциональным запретом покидать дом в определенное время суток или через определенные выходы. Тяжесть этого наказания была связана с тем, что оно наносило ущерб репутации.

Помимо этого, провинившегося могли понизить в статусе – самурай мог стать простолюдином, а простолюдин – хинином («нелюдем»). Такое наказание применялось за покушение на двойное самоубийство, инцест, азартные игры, воровство, которое было совершено малолетним бродягой.

Однако уровень преступности был низким. Причиной этого являлось то, что за порядком в стране следила не только полиция, но и каждый житель. Каждый был зарегистрирован по месту жительства в буддийском храме, обитатели сел были разбиты на пятидворки, а городов – на десятидворки. Они должны были сообщать обо всем подозрительном, что случалось в их округе, в том числе о бродягах. Все следили друг за другом, потому что, если кто-то совершил проступок, наказывались все. Кроме того, на общину была возложена ответственность за исполнение приговоров. «К их числу относились заключение в деревянные (веревочные) наручники или ножные колодки (для самураев такого наказания не существовало), применявшееся по отношению к тем, кто не мог уплатить штраф за мелкий проступок...»<sup>32</sup>. Срок для этого наказания устанавливался в 30, 50 или 100 дней. Тот, кого наказывали, находился в своем доме, а замок наручников печатавали и периодически проверяли. Если наручники снимали до истечения срока наказания, то преступник и тот, кто ему помог, наказывались, и порой весьма жестоко, однако обычно для преступника это означало увеличение срока наказания. Несмотря на то, что снять их, не повредив печать, было несложно, это делали редко, так как велик был страх перед общественным осуждением.

Если кому-то из крестьян что-то не нравилось, и он подавал петицию, то мог быть даже серьезно наказан, если нарушал бюрократическую

---

<sup>32</sup> Там же. С.210;

субординацию. Из-за такой фактической невозможности обратиться в случае чего к властям, крестьяне применяли свои собственные наказания. Например, «провинившегося крестьянина приговаривали к обходу деревни, во время которого он подходил к каждому дому и произносил: «Пожалуйста, посмейтесь надо мной»<sup>33</sup>.

### **Заключение**

Таким образом, на основании анализа уголовно-правовой системы Японии XVII в. – второй половины XIX вв. можно сделать следующие выводы.

Со второй половины XVII в. по всей стране начинается тенденция к смягчению наказаний, что объясняется отпадением необходимости устрашения благодаря стабилизации власти бакуфу, а также распространением влияния конфуцианства.

Традиционной чертой того времени было сословное право, что означает отсутствие принципа равенства. Однако в данном случае самураи могли наказываться более сурово, чем крестьяне или другие слои населения.

Использование модели рицурё как основы законодательства, то есть Япония была продуктом сознательного политического структурирования. С другой стороны, наблюдалось развитие японских начал, что говорит об определенной зрелости правовой мысли.

Большее развитие получило обычное, прецедентное и иное неписаное право. Однако даже при этом по сравнению с предыдущей эпохой значительно активизировалась законотворческая деятельность.

Одним из свидетельств развития правовой мысли Японии эпохи Эдо может служить «Завещание Иэясу» 1616 г., основанное на обычном праве, положениях неоконфуцианства, законодательстве предыдущих эпох, принципах государственной идеологии.

Основное содержание «Завещания Иэясу»: закон должны знать все; отсутствие кары как цели наказания; наличие казней различных видов, кровной мести; в качестве составов преступлений упоминались убийство, взяточничество, должностные преступления.

Благодаря накопленным прецедентам в 1742 г. был составлен кодекс «Кудзиката осадэмэгаки» («Законы, данные сегуном для применения в судебных делах»), в основу которого легли и современные решения.

Основное содержание «Законов, данных сегуном для применения в судебных делах»: принцип законности; постулат, что только государство

---

<sup>33</sup> Там же. С.209.

может наказывать преступников; наличие неравенства (наличие частных наказаний; определение преступления и назначение наказания зависело от того, к какому классу принадлежал обвиняемый, от его семейного положения и других условий); определение тяжести преступлений в зависимости от того, важно ли это преступление с точки зрения политического строя и отношений господства; превенция как одна из целей наказания а также сохранение представления о наказании как воздаянии по принципу кармы; наличие среднего размера наказаний, что давало простор судебному усмотрению; тенденция на смягчение наказаний; применение пыток; наличие института солидарной ответственности.

В XVIII в. наказания смягчились еще больше, однако оставались и примеры жестокости (самурай мог убить крестьянина или горожанина за их непочтительность, хотя здесь существовали свои ограничения). Смягчение уголовно-правовой ответственности также выражалось в побуждении виновных к раскаянию, распространении амнистии, создании специального учреждения, куда попадали преступники, которые совершили малозначительные преступления, и бездомные, где их заставляли трудиться.

Примечательно существование представления, что неизвестность сильнее удерживает от совершения преступления, чем точное знание наказания, а также наличие конфуцианской концепции правления, согласно которой долгом управляющих является учить управляемых, как вести себя в соответствии с феодальной моралью, в противопоставление тому, что отправление уголовной юстиции не настолько важно.

Что касается процедуры проведения пыток, то существовал «Го:мон дзикки» («Подлинное описание практики проведения пыток»), который демонстрирует смягчение этой процедуры, например, тем, что целью пытки было получение признания в содеянном, а не причинение пытаемому наибольшего количества страданий. Из этого вытекает еще один вывод: царицей доказательств признавалось раскаяние виновного. Пытки применялись за совершение преступлений, в качестве наказания за которые предусматривалась смертная казнь. Существовало ограниченное количество пыток: бичевание, сдавливание каменными плитами, связывание веревкой и подвешивание на веревке. Процесс проведения пытки был расписан до мелочей, и на ней присутствовало достаточно большое количество служащих. Из этого можно сделать вывод, что пытка была важна для судопроизводства.

Несмотря на всевозможные ограничения в общегосударственном

формате, законы в княжествах могли расходиться с законами сегуна и предусматривать иные виды пыток. Кроме того, частью допроса, но не пыткой, признавались некоторые виды воздействия на преступника. Таким образом, нельзя говорить в полной мере о каком-то смягчении в этой сфере, хотя нельзя не признать, что усилия в эту сторону были направлены.

Что касается смертной казни, то существовал сословный принцип. Кроме того, на это влияли исторические процессы - с распространением христианства японцы стали практиковать распятие. Существовали членовредительство, клеймение, татуирование, битье бамбуковыми палками и присуждение денежного штрафа, ссылка (вызывающая особые страдания в виду того, что для японцев большой ценностью была принадлежность к коллективу), понижение в статусе.

Уровень преступности был низким благодаря тому, что за порядком в стране следила не только полиция, но и каждый житель – пятидворки и десятидворки, на которые были разбиты обитатели населенных пунктов, должны были сообщать обо всем подозрительном, что случалось в их округе.

### Литература

1. Головнин В.М. Записки флота капитана Головина о приключениях его в плену у японцев. – М.: Захаров, 2004. – 306 с.
2. Гришелева Л.Д. Формирование японской национальной культуры. – М.: Наука, 1986. – 286 с.
3. Иноуэ Кадзуо. Дзанкоку-но Нихон си (Жестокость в истории Японии). Токио. Кобунся, 1969. // Цит по: Еремин В. Н. История правовой системы Японии/Отв. ред. А. А. Кириченко. – М., 2010. – С. 154.
4. Исии Рёсукэ. Эдо-но кэйбацу. (Наказания в период Эдо). Токио: «Тю:о:ко:ронсинся», 1964. – 746 с.
5. Книга японских обыкновений / Сост. А.Н. Мещеряков. –М.: Наталис, 1999. – 399 с.
6. Мишель Фуко. Надзирать и наказывать: рождение тюрьмы. – М.: Ad Marginem, 1999. – 416 с.
7. Нисихара Харуо. Общая часть уголовного права (Кейхо сорон). – Токио, 1977 (на яп. яз.)
8. Пионтковский А.А. Уголовная политика Японии. – М.: Советское законодательство, 1936 – 229 с.
9. Сакума, Осахиро. Подлинное описание практики применения пыток как источник по истории судопроизводства в конце периода

Токугава. История и культура традиционной Японии, 4 (Труды института восточных культур и античности, Вып. XXXIX). [Электронный ресурс] – РГГУ. 2011. Пер. Ракин Д. Режим доступа: [http://www.vostlit.info/Texts/Dokumenty/Japan/XIX/1880-1900/Sakuma\\_Osahiro/frametext.htm](http://www.vostlit.info/Texts/Dokumenty/Japan/XIX/1880-1900/Sakuma_Osahiro/frametext.htm)

10. Филиппов А.В. «Стостатейные установления Токугава» 1616 г. и «Кодекс из Ста статей» 1742 г. Право, общество, идеология Японии первой половины эпохи Эдо. – СПб.: Изд-во СПб ун-та, 1998. – 186 с.

11. Botsman Daniel Punishment and Power in the Making of Modern Japan. Princeton: Princeton University Press, 2005. – 312 p. <https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691130309/punishment-and-power-in-the-making-of-modern-japan>

12. Carl Steenstrup. A history of law in Japan until 1868. Handbuch Der Orientalistik. Brill; 2nd edition (February 1, 1996). – 202 p.

13. Nihon hōseishi / Ōtake Hideo, Maki Hidemasa hen 日本法制史 / 大竹秀男, 牧英正編 Tōkyō-to : Seirin Shoin Shinsha, Shōwa 50 [i.e. 1975] 東京都 : 青林書院新社, 昭和50 [i.e. 1975] [12], 361, – 18 p.

14. Takayanagi Kendzo. A Century of innovation. The development of Japanese Law// Law in Japan. The legal changing society. Cambridge, 1963/ URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/american-political-science-review/article/law-in-japan-the-legal-order-in-a-changing-society-edited-by-arthur-taylor-von-mehren-cambridge-harvard-university-press-1963-pp-xxxviii-706-1500/330F57EF99479232E2C4B0D704427A16>.



## **Московская международная академия продлила сотрудничество с Балтийской международной академией**

Соглашение о сотрудничестве Московской международной академии было продлено с Балтийской международной академией, расположенной в Латвии. Документ, закрепляющий сотрудничество, подписали ректор ММА Терентий Ливиу Михайлович и председатель Сената БМА Букой Станислав Анатольевич.

Благодаря имеющемуся между двумя сторонами соглашению студенты высших учебных заведений не только смогут получить сразу два диплома о высшем образовании, но и пользоваться разными благами и возможностями, закрепленными в документе.

Балтийская международная академия — крупнейшее негосударственное высшее учебное заведение в странах Балтии и Северной Европы. В академии обучается 8000 человек, из которых более 500 обучающихся – иностранные студенты из 20 стран мира.

Вуз был создан в 1992 году как Балтийский Русский институт и привлекал на обучение выпускников латышских школ и зарубежных студентов. В дальнейшем БРИ начал предлагать программы на латышском и английском языках, после чего был переименован в Балтийскую международную академию.

## СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КУЛЬТА ПРЕДКОВ НА ЯПОНКИХ ОСТРОВАХ

**Тумакова Татьяна Владиславовна**  
Московская Международная Академия  
Москва, Россия

**Аннотация.** Статья посвящена начальным этапам формирования культа предков в Японии и его дальнейшему развитию и укоренению в жизни японцев.

**Ключевые слова:** культ предков, поклонение предкам, синто, буддизм, конфуцианство

## FORMATION AND DEVELOPMENT OF THE ANCESTOR WORSHIP IN THE JAPANESE ISLANDS

**Tumakova T.V.**  
Moscow International Academy  
Moscow, Russia

**Abstract.** The article is devoted to the initial stages of the formation of the ancestor cult in Japan and its further development and rooting in the life of the Japanese.

**Keywords:** ancestor cult, ancestor cults, Shinto, Buddhism, Confucianism

Как известно, во многих культурах мира в обрядовой системе народов почитание предков имело особое значение и проявлялось по-разному. Однако всегда культ предков предполагал разнообразную систему верований и ритуалов, связанных с поклонением духам умерших родственников, вождей или старейшин.

В Японии поклонение предкам (яп. 祖先崇拜 *сосэнсу:хай* или 祖靈信仰 *сорэйсинко:*) восходит к древним временам, когда только еще формировались представления об одухотворении предметов и явлений природы. Духи усопших наряду с божествами *ками* (神) рассматривались как силы, которые могли не только творить добро, но и насылать всевозможные беды и несчастья. Во избежание гнева со стороны умерших совершались определенные обряды, которые помогали японцам умиловить души предков [Светлов, с. 190].

В эпоху Яёй (III в. до н. э – III в. н. э) вместе с переходом от собирательства к земледелию и укоренению сельскохозяйственной жизни в Японии начал формироваться первобытнообщинный строй, состоящий из родоплеменных групп. Каждая семейная группа была связана кровными узами родства. В V-VI веках наиболее влиятельные и привилегированные семейные группы получили название удзи.

Термин «удзи» (氏) означает род, клан, общину, родовое или семейное имя. Каждая группа удзи поклонялась своим семейно-родовым предкам. Члены семейного клана удзи назывались удзибито (氏人). От успешного ведения сельскохозяйственных работ членов удзи зависело благополучие всего рода, и поэтому сама магическая церемония как гарантия этого должна была проводиться коллективно. В понимании древних японцев трудовая деятельность и религиозный обряд были практически неразделимы. Глава общины – вождь удзи-но *ками* (氏の上), выполняя свои руководящие функции, также выступал в роли жреца, следящего за отправлением обряда [Иэнага, с. 38].

Со временем в результате развития первобытного общества и образования земледельческих родов-общин *до:дзоку* (同属), состоящих из нескольких кровнородственных семейных групп, помимо семейно-родового культа предков постепенно возник общеплеменной культ удзигами («покровитель общины» 氏神). В качестве удзигами выступал первопредок рода или клана. Вера в удзигами подчеркивала важность кровнородственных связей между членами клана и обеспечивала единство и сплоченность рода. По словам Ермаковой, «Становясь предком, покойник таким образом продолжал свое бытие в составе семьи, но теперь оказывался ее членом, находящимся в другом

состоянии, достигшим высшей ступени семейно-родовой иерархии и наделенным новыми возможностями. С другой стороны, почитаемый предок обеспечивал самоидентификацию группы и таксономию разных семейных групп в крупной общине – так называемой *до:дзоку*» [Ермакова, эл. ресурс]. У каждой общины *до:дзоку* был свой храм, возведенный в честь предка-покровителя, которому несколько раз в год устраивали специальные чествования.

Впоследствии термином «удзигами» начали обозначать святого покровителя данного места. Дело в том, что раньше все члены рода жили неразрывно друг от друга и понятия родового предка-покровителя и божества данной местности не различались. Однако по мере того как люди различных родов стали селиться в различных частях страны значимость кровнородственных связей начала слабеть. На первый план стали выходить связи соседские, и термин «удзигами» стал символизировать сплоченность соседской общины [Гоцуми, с. 314].

В VI-VII вв. на основе таких местных культов поклонения родовым и племенным божествам, а также культов природы начала складываться национальная религия Японии – синто (神道 – «путь богов»). Первобытные шаманские и колдовские обряды впоследствии стали основой для синтоистских празднеств мацури (祭り) в честь божеств *ками*, которые, согласно данной религии, населяют все предметы и явления природы. Согласно исследованиям японского этнографа Янагита Кунио (1875-1962), душа умершего тоже может превратиться в *ками*. И в каждом человеке может существовать в образе *ками* его предок, который в силу своей божественности оказывает постоянное влияние на живущих потомков. Поэтому существует теснейшая взаимосвязь человека и его предков. Отсюда вытекает одна из важнейших концепций синто – сыновья почтительность к своим предкам [Ермакова, эл. ресурс].

Неизбежное ослабление кровнородственных уз, а также процесс дробления кланов *удзи* привели к образованию двух групп кланов: провинциальных кланов и клана правящего рода Ямато и приближенных ему семей. Началось формирование системы японской государственности. В результате этого процесса возник культ предков правящего рода (императорского рода) [Воробьев, эл. ресурс].

Идея неразрывного единства между функциями верховного жреца и правителя нашла свое отражение и в представлениях об управлении государством. Император Японии, почитаемый как воплощение потомка богини солнца Аматаэрасу, главного божества синтоистского пантеона, считался особым божественным существом, исполняющим

волю своих предков. В основе культа императора лежали сакральные кровнородственные связи с божественным предком-покровителем императорского рода, а значит и всего японского народа. Это способствовало упрочению представлений о связи синто с государством, а в дальнейшем и укреплению синто как государственной религии [Светлов, с. 192]. Культ предков принял новую форму и сильнее укоренился в японском обществе.

Особое развитие культ предков получил после принятия Японией буддизма. Процесс проникновения буддизма в религиозную японскую культуру происходил в течение длительного времени. Начало этого проникновения в Японии связано с прибытием буддийских миссионеров, посланных правителем древнекорейского государства Пэкче, в 552 году (тринадцатый год правления императора Киммэя). Вместе с буддизмом в Японию также проникли китайская иероглифическая письменность, индийская философская мысль, система монашества, идеология государственной системы правления. Однако для большей части простого народа главным в буддизме явилась система ритуалов, связанных с похоронами и поминовением душ семейных предков [Байрон, Т.2]. Буддизм придавал особое значение бессмертию и переселению душ, указывал на наличие причинной связи, идущей от прошлого, через настоящее к будущему. В то время синто не имело систематической структуры и доктрины. Оно не содержало моральной проповеди и положения о вознаграждении или наказании после смерти. В сложившихся условиях буддизм нашел достаточно благоприятные условия для распространения. Местные божества ками были объявлены воплощениями Будд и бодхисатв, буддийские монахи стали проводить богослужения в синтоистских святилищах, а в буддийских храмах размещались синтоистские алтари. Синто и буддизм стали взаимно дополнять друг друга, отвечая за разные этапы человеческой жизни. Так, например, к синтоистской обрядности стали обращаться в период рождения, совершеннолетия и во время свадебной церемонии, а к буддистской – во время похорон и поминовения предков.

Близость к японской традиции, а именно к культу предков, а также сама разновидность буддизма (Махаяна), пришедшая на японские острова, способствовали образованию синто-буддийского синкретизма. Таким образом, буддизм не вытеснил культ предков, а наоборот, способствовал консервации данного культа, особенно на семейном уровне.

Вместе с буддизмом из Китая был заимствован обычай кремации тел умерших и традиция установления домашних алтарей для

поминовения предков семьи. Теперь вместо примитивного почитания семейно-родовых предков на улице около мест захоронений, была создана более усложненная форма поклонения семейным предкам, при которой подношения и обряды регулярно совершались в доме перед специальными алтарями, на которых устанавливали таблички для предков, символизовавшие надгробные плиты. Но в особых случаях подношения по-прежнему совершались на могилах [Hearn, с. 111].

Кроме того, в результате наложения древнесинтоистского культа предков на принятые в буддизме представления о почитании умерших были четко обозначены обряды поминовения, среди которых особое место стали уделять такому явлению как Улламбана.

Буквально слово «улламбана» в переводе с санскрита означает «висеть вверх ногами», что понималось как испытание невыносимых мук, как физических так и духовных, точно таких же, какие испытывает человек, будучи подвешенным вниз головой. Именно в таком положении, как считают буддисты, оказываются все те, кто после смерти из-за своей алчности, проявленной при жизни, попали в мир «голодных духов». Согласно буддизму, голодные духи существуют неотделимо от мира людей и могут вмешиваться в дела живых. Их постоянно мучает чувство голода и жажды.

По-японски слово «улламбана» звучало как «урабон» (盂蘭盆), поэтому праздник получил название Урабон-э (盂蘭盆会). Чаще всего его стали называть по чтению последнего иероглифа, то есть – «Бон» (盆), что имело значение «поднос» или «чаша» для жертвенных подношений душам предков.

Обряд Урабон-э, после утверждения в Японии, сопровождался чтением в храмах одноименной сутры «Буссэцу урабон-кё» (佛說盂蘭盆經 – «Сутра об улламбане, проповеданная Буддой»).

Эта сутра повествует об одном из путей облегчения страданий умерших. В ней рассказывается о том, что монах-странник Мокурэн после приобретения им чудесных способностей захотел облегчить посмертную участь своей матери, которая возродилась в мире голодных духов. Вся пища, которую он пытался передать иссохшей от голода матери, мгновенно превращалась в ее руках в горящие угли. Отчаявшийся монах обратился к Будде с просьбой помочь ему в освобождении матери от страданий. Следуя совету Будды в пятнадцатый день седьмого месяца по лунному календарю, он поднес монашеской общине в качестве даров пищу «обладающую ста вкусами», пять плодов, а также благовония, и светильники, в тот же день его мать обрела успокоение.

С тех пор середина седьмого лунного месяца стала считаться временем поминовения предков [Трубникова, эл. ресурс].

Впервые в Японии обряд Урабон был проведен при дворе императрицы Суйко в 606 г. Однако официальной датой проведения праздника считается 657 г, третий год правления императрицы Сайме. Начиная с 659 г. обряд начал сопровождаться чтением сутры «Буссэцу урабонкё» в храмах. Так в «Нихон секи» («Анналы Японии») упоминается о том, что в 657 г. в храме Асука 15-го числа седьмого месяца по лунному календарю устроили чтение сутры и постную трапезу, которая проходила возле храма под деревом цуки [Нихон сёки, Т. II, с. 183].

Начиная с 733 г. Бон был признан как ежегодный придворный праздник, в дни которого японцы «встречали» души умерших предков. Им оказывали различные почести в виде поминальных молитв и специальных угощений, а также совершали множество ритуалов. В последний день праздника души предков «уходили» назад и их торжественно провожали.

В настоящее время праздник Бон отмечается по всей стране в середине июля (в ее восточных районах) и в середине августа (в западной части страны). Такой временной разброс связан с тем, что в конце XIX в. в Японии был введен григорианский календарь, что повлекло за собой сезонное переосмысление многих обычаев и обрядов. В частности, это отразилось на сроках проведения праздника Бон и образовании большого числа его локальных вариаций. В каждом регионе Японии бытуют свои особенности проведения данного праздника, но его общая структура, сложившаяся в период раннего средневековья, остается неизменной и по сей день.

Наряду с буддизмом в сознании японского народа также прочно укоренились морально-этические принципы конфуцианства и религиозная практика даосизма. История этих двух религиозных направлений восходит к раннему этапу развития японской государственности. Китайские и корейские мигранты привозили с собой в Японию нормы конфуцианской морали и образа жизни, элементы даосизма, также оказавшего определенное влияние на формирования синтоизма, а вместе с ним и на культ предков.

Хотя даосизм никогда не существовало в Японии в качестве самостоятельной религии, однако комплекс верований и обрядов религиозного даосизма имел в Японии большую популярность. В VIII в. было учреждено специальное ведомство предсказаний, занимавшееся толкованием знамений. Постепенно даосские представления, касающиеся



природных явлений и гармонизации человеческой жизни, соединились с японскими синтоистскими воззрениями и оказали определенное влияние на некоторые стороны образа жизни и религиозной практики японцев. В частности, в Японии получила большое распространение практика гаданий и принципы даосской защитительной магии. Большинство японских ритуалов стало совершаться в соответствии с китайским календарем, включающим в себя представления религиозного даосизма о счастливых и несчастливых днях. Несмотря на то, что ведомство предсказаний вскоре перестало существовать, принципы религиозного даосизма стали частью японской народной культуры и сохраняют свое значение до сих пор. Многие японцы приурочивают такие важные события, как свадьба или похороны, к «благоприятному» дню в календаре [Байрон, Т.2].

Конфуцианство получило особое распространение в Японии в XVII в., когда сёгуны из клана Токугава (1603 – 1867), желая укрепить свои позиции во власти, способствовали проникновению данного философского учения в японском обществе. Конфуцианская доктрина о сыновней почтительности должна была объединить японский народ и удержать его под властью самураев. Один из проповедников Ямадзаки Анаси (1618 – 1682), активно распространяющий конфуцианское учение в Японии, выдвинул теорию, согласно которой неоконфуцианское ли, символизирующее всеобщий порядок, – это и есть та божественная сила природы, а вместе с ней и божества ками во главе с великой Амаэтэрасу. Благодаря этой концепции конфуцианские принципы органично слились с нормами синтоизма. Уже в конце XVII в. учение китайского мудреца Конфуция (551-479 до н. э.) о справедливости и великодушии отцов и правителей и о почтительности сыновей и подданных стало популярным не только на уровне семьи, но и имело отношение к японскому императору [Васильев, с. 364-367]. Именно конфуцианство способствовало выдвиганию культа императора и норм синтоизма на первое место, подчеркивая необходимость преданности всех подданных наследственной власти императорского дома. Хотя сейчас идеи Конфуция не занимают главенствующих позиций, они продолжают оказывать влияние на представления японцев, касающихся общества и семьи.

Итак, в результате религиозной и социальной эволюции культ предков прошел три стадии развития. Первая стадия – это зарождение культа предков в период перехода к оседлому образу жизни и формированию первой формы общественной организации – патриархальной семьи. Каждая из семей поклонялась только духам своих предков. По мере

того, как патриархальные семьи начали объединяться в племенные кланы, возник обычай племенных жертвоприношений духам правителей клана. Культ предков перешел в новую стадию развития. Наконец, с объединением всех племен под одним верховным главой развивается обычай умилоствления духов национальных правителей. Обычай почитания предков принимает форму государственного культа, но не заменяет ни один из предыдущих культов: все три формы поклонения предкам (семейно-родовой культ предков, общеплеменной (или общинный) культ предков, культ предков императорского дома) продолжают существовать вместе.

Основная идея, объединяющая все три формы культа предков, заключалась в том, что согласно воззрению древних японцев, благополучие живых зависело от благополучия мертвых. Под влиянием этой идеи были развиты не только первая форма семьи, законы о собственности и наследовании, но и вся структура древнего общества. Как писал американский писатель и исследователь Лафкадио Херн, в древние времена у японцев не существовало представлений о рае и аде. Очевидно, считалось, что параллельно с видимым миром живых существовал так называемый «невидимый мир мертвых». Процветание мира мертвых полностью зависело от помощи живых, совершения специальных обрядов и жертвоприношений, поэтому все было создано для того, чтобы поддерживать и обеспечивать культ мертвых. Любое пренебрежение этим культом, как считалось, влекло за собой несчастье [Hearn, с.34, с. 57].

Впоследствии культ предков попадал под влияние нескольких религиозных направлений и в разные периоды японской истории оформлялся то как чисто буддийский ритуал, то сближался с конфуцианством, отражая исторические и социальные особенности страны. Однако одно оставалось неизменным: благодаря поклонению предкам в Японии упорядочивалась социальная организация живых, укреплялось положение главы семьи и утверждалась иерархия.

В современной Японии поклонение предкам продолжает оставаться важным механизмом, с помощью которого живые люди чувствуют, что они духовно связаны с умершими членами семьи, и их родословная остается непрерывной.

## Литература

1. Байрон Иэрхарт. Религиозные традиции мира. Т 2.
2. Гоцуми Н. Культ предков и его происхождение // Все о Японии. - М., 2001.
3. Васильев Л.С. История религий Востока: Учебное пособие для студентов вузов. - 2-е изд., М.: Высш. шк., 1998.
4. Воробьёв М.В. Япония в III-VIII вв. Этнос, общество, культура и окружающий мир. М., 1980. [Электронный ресурс]. URL: [https://historylib.org/historybooks/M--V--Vorobev\\_YAponiya-v-III---VII-vv--/18](https://historylib.org/historybooks/M--V--Vorobev_YAponiya-v-III---VII-vv--/18) (Дата обращения: 30.05.21)
5. Ермакова Л.М. Почитание предков в японской культуре // Синто – путь японских богов. В 2–х томах. - СПб.: «Гиперион», 2002. – т. 1, с.43-59. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ruthenia.ru/folklore/ermakova3.htm> (Дата обращения: 30.05.21).
6. Иэнага Сабуро. История японской культуры. Москва, 1972.
7. Нихон сёки. Анналы Японии. Перевод со старояпонского и комментарии Л.М. Ермаковой и А.Н. Мещерякова. Свитки 1-30. СПб.: Гиперион, 1997.
8. Светлов Г.Е. Традиционные верования Японии // Локальные и синкретические культы. Главный составитель: Арутюнов С. А., М.: «Наука», 1991.
9. Трубникова Н.Н. Сутра об улламбане, проповеданная Буддой [Электронный ресурс]. URL: <http://trubnikovann.narod.ru/Urabon.htm> (Дата обращения: 30.05.21)
10. Hearn Lafcadio. Japan an attempt at interpretation. The Macmillan Company. New York, 1904.



***Московская международная академия заключила сотрудничество с университетом Дунайварош***

В начале октября 2021 года между Московской международной академией и университетом Дунайварош (Венгрия) было подписано соглашение о сотрудничестве.

Документ подписали ректор ММА Терентий Ливиу Михайлович и президент университета Дунайварош Иштван Андраш.

Благодаря вышеупомянутому соглашению студенты двух высших учебных заведений смогут получать сразу два диплома о высшем образовании; обмениваться опытом, учебными материалами и технологиями, а также принимать совместное участие в исследовательских программах. А перед сотрудниками вузов, в свою очередь, откроется возможность принимать участие в разработке краткосрочных курсов для студентов и преподавателей и бесплатно публиковать статьи на научную тематику.

Университет Дунайварош играет важную роль в системе высшего образования Венгрии. Он был основан в 1953 году с миссией обеспечения квалифицированными специалистами Дунайский металлургический завод (Dunaferr Rt). Затем количество программ постепенно стало увеличиваться — появились технические, информационно-технологические, экономические курсы и даже программы по менеджменту, коммуникациям и управлению культурой.

# СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНОЕ ЗНАНИЕ В XXI ВЕКЕ

## НАЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВИДУ СПОРТА ПРИ ПРОФИЛЬНЫХ СПОРТИВНЫХ ФЕДЕРАЦИЯХ, СОЮЗОВ И АССОЦИАЦИЙ, КАК СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ВИДА СПОРТА

**Нечувилин С.Б.**

ОЧУ ВО «Московская международная академия»,

г. Москва

e-mail: sport@mmamos.ru

*Аннотация.* В современных условиях развития технологий, методик подготовки атлетов и команд и связанного с этим повышения уровня конкуренции в элитном спорте возрастает роль самостоятельных учебных центров (Академий) при профильных спортивных федерациях, союзах и ассоциациях, как международных, так и национальных. Учебные центры (Академии) при национальных спортивных союзах и системы лицензирования специалистов по виду спорта позволяют постепенно повышать уровень компетенций специалистов, отвечающих за подготовку атлетов и команд, тем самым повышая уровень подготовки последних.

*Ключевые слова:* спорт, лицензия, спортивная федерация, союз

## NATIONAL SYSTEMS OF LICENSING FOR SPORTS SPECIALISTS AT SPORTS FEDERATIONS, UNIONS AND ASSOCIATIONS, AS A STRATEGIC TOOL FOR THE DEVELOPMENT OF A SPORT

**Nechuvilin S.B.**

Moscow international Academy,

Moscow

e-mail: sport@mmamos.ru

*Abstract.* In modern conditions, the progression of technologies, methods of training athletes and teams, brings the increase of the level of competition in elite sports. The role of independent training centers (Academies) inside the sports federations, unions and associations, both international and national, is growing. These training centers (academies) together with the systems of licensing for specialists in sports will gradually increase the level of their competence, thereby it will increase the training level of athletes and teams.

*Keywords:* sport, license, sports federation, union

Традиционные методы «классического» спортивного образования в традиционных учебных заведениях, рассчитанных на полный срок обучения (до 4-х лет), не в состоянии обеспечить актуальность профессиональной информации и технологий по причине интенсивности изменений, происходящих как в спортивной науке, так и в технологических процессах подготовки атлетов и команд.

Можно выделить ряд основных причин, по которым «классические» университеты и программы, по которым они обучают, часто являются устаревшими как морально, так и технологически:

- 1) Слишком большой диапазон видов спорта;
- 2) Устаревшие методологическая, техническая и кадровая базы;
- 3) Отсутствие связи с международным спортивным научным сообществом по конкретным видам спорта и направлениям;
- 4) Отсутствие аналитической базы в реальном режиме времени;
- 5) Зависимость от национальных стандартов образования;
- 6) Невозможность оперативного инвестирования в новые направления и задачи;
- 7) Отсутствие научно-практического взаимодействия с национальными спортивными организациями (клубами, лигами, федерациями, академиями);
- 8) Зависимость финансирования научной деятельности от показателей эффективности образовательной;
- 9) Недостаточное вовлечение преподавателей-практиков как в научный, так и в образовательный процесс;
- 10) Спортивное образование – как образование для спортсменов, а не для всех.

Таким образом, мы можем видеть, что классические академические программы образования не способны решать оперативные задачи подготовки и развития кадрового резерва по видам спорта. Особенно эта проблема актуальна для видов спорта, где изменения происходят достаточно часто. К таким видам спорта относятся все профессиональные и массовые виды спорта или их отдельные дисциплины. Среди них можно выделить: командные игровые – футбол, регби, хоккей, баскетбол, американский футбол, бейсбол; игровые – теннис, гольф; профессиональные единоборства – профессиональный бокс, смешанные единоборства; экстремальные виды спорта – скейтбординг, серфинг, сноубординг; киберспортивные (компьютерные и видео-) игры; технические – автоспорт и мотоспорт; ряд дисциплин из легкой атлетики – 100 м и марафон и др.



Ведущие международные спортивные федерации, такие как FIFA и UEFA, World Rugby и IAAF, а также ведущие спортивные лиги NBA, NFL и другие ведут большую научную и просветительскую работу по вопросам обучения и развития тренеров, спортсменов, врачей, судей и менеджеров, постоянно инвестируя в научные и методические разработки, а также в системы развития специалистов, передающих опыт. Все большую роль в подготовке резерва играют клубные академии, отборочные и просмотрные кампусы развития национальных спортивных федераций и союзов по разным видам спорта, спортивные институты развития на примере UFC (единоборства) и Red Bull (от экстремальных до игровых).

Начало XXI века и стремительное развитие информационных технологий, позволяющих анализировать все больше информации, получая ее со всех уголков мира и с каждого спортивного события, дали огромный импульс в развитии спортивной науки, что привело к переосмыслению большого количества методов и технологий в спортивной подготовке и экономике.

Можно смело сказать, что XXI век начался и пройдет под девизом «Поиск и развитие талантов». Весь мир ищет способы и методы эффективного распознавания потенциала человека во всех областях, не только в спорте.

Спорт является зоной конкуренции большого количества людей, к сожалению, часто уже с детского возраста. В современных условиях борьбы за эффективность развития потенциала человека, в том числе и в спорте, главную роль играют компетенции тех специалистов, которые отвечают за развитие детей и подростков. Тренеры, работающие на уровне элитного спорта, уже используют то, что было заложено ранее, помогая развить и адаптировать спортсмена к высокой конкуренции, физическим и психологическим нагрузкам на элитном уровне.

Последнее десятилетие ученые из разных регионов мира отмечают, что уровень компетенций детских тренеров и тренеров, работающих с возрастными резервами, не достаточно высокий и даже падает. Одна из причин подобного явления кроется в том, что тренеры сталкиваются с принципиально новыми ментальностями поколений современных детей и подростков, при этом университетские программы подготовки практически не изменились по своим подходам и методикам. Второй значимой причиной является то, что спортивная наука, а соответственно и технологии подготовки атлетов и команд сильно изменились за последние 20-30 лет, благодаря развивающимся информационным технологиям и колоссальному скачку в области производства спортивного оборудования



и развития спортивной медицины. Национальные спортивные федерации и союзы, клубы и другие спортивные организации, отвечающие как за подготовку спортивного резерва, так и за спортивный результат на самом высоком уровне, сталкиваются с системной проблемой недостаточной компетенции и квалификации собственных кадров. Эта проблема характерна не только для России, но и для других ведущих спортивных стран и регионов.

Одним из решений данной проблемы является создание при международных и национальных федерациях собственных центров подготовки, развития и повышения квалификации специалистов, влияющих на процессы подготовки атлетов и команд. Преимущества данной системы заключаются в том, что такие спортивные организации, как клубы, федерации и спортивные академии полного цикла, в первую очередь, сталкиваются с изменениями в сфере подготовки атлетов и команд, зачастую видя это в режиме реального времени, на фоне конкретных результатов на спортивных событиях или с использованием аналитики. Таким образом, данные организации могут оперативно вносить изменения в программы подготовки, не тратя время на формальные обоснования и сбор доказательной базы в контексте федеральных стандартов и требований министерств и ведомств. Данные программы развития собственной кадровой системы не противоречат принципам фундаментального академического спортивного образования, а, наоборот, гармонично его дополняют.

Учебные центры при федерациях и союзах могут решать задачи двух видов – основные и вспомогательные.

Основные задачи:

- 1) Стандартизация и актуализация профессиональной информации и внедрение лицензионных стандартов и требований по виду спорта;
- 2) Создание единого реестра всех специалистов по данному виду спорта, графика их обучения и аттестации;
- 3) Введение рейтинговых показателей для специалистов, позволяющих обоснованно вести политику повышения их статуса и назначения на новые должности;
- 4) Своевременная актуализация информации и программ обучения, в том числе на основе международных профессиональных данных;
- 5) Создание методической и технологической базы данных по виду спорта и ее преемственности;
- 6) Возможность привлекать в систему данного спорта новых людей без посредников и обучать их;

- 7) Возможность оперативно привлекать любых специалистов, в том числе иностранных;
- 8) Возможность публиковать профильный контент для специалистов по виду спорта на основе актуальных стандартов;
- 9) Возможность выступать экспертным центром для любого специалиста или организации по всем направлениям;
- 10) Возможность формирования собственной базы эдьюкейторов, ведущих подготовку других специалистов.

Вспомогательные задачи:

- 1) Своевременная актуализация Федерального стандарта по виду спорта на основе последних данных;
- 2) Подготовка аналитической информации о состоянии национальных сборных, национальных чемпионатов и других соревнований;
- 3) Разработка долгосрочных программ и планов развития атлетов и команд;
- 4) Подготовка аналитической базы о качестве подготовки атлетов и команд в различных регионах мира и России;
- 5) Взаимодействие с международными и иностранными учебными центрами и программами;
- 6) Экспертная оценка деятельности специалистов на местах, АВ-тестирование или «Контрольная закупка»;
- 7) Оказание методической помощи национальным федерациям и союзам, не имеющих собственных центров обучения;
- 8) Создание единого реестра атлетов или игроков с актуальными данными по физическому развитию на основе плановых тестов;
- 9) Перевод и адаптация иностранной литературы и иной информации;
- 10) Организация просмотрных, отборочных кампусов развития для спортсменов и тренеров по возрастам резерва, возможность формирования собственных команд.

Это далеко не полный список задач, национальные федерации по видам спорта могут делегировать и другие функции или задачи собственным академиям.

Для спортивных федераций академии являются стратегическими подразделениями. Они помогают выстраивать и систематизировать не только логику развития кадрового потенциала, но и преемственность учебно-методических принципов развития атлетов и команд.

Внедряя систему лицензирования специалистов по виду спорта, национальные спортивные федерации и союзы создают условия для постоянного и постепенного повышения качества собственных

специалистов. В отличие от фундаментального образования, которое специалист получает один-два раза в жизни (например, Бакалавриат и Магистратура), лицензионные программы рассчитаны на то, что специалист должен подтверждать собственную компетенцию раз в 2-3 года. Это как раз та дистанция, на которой часто происходят системные изменения или важные обновления профессиональной информации.

Программы лицензионных курсов для тренеров, например, включают в себя базовые и специальные дисциплины и темы. К базовому набору информации относятся темы по педагогике и физиологии, к специальному набору – методика обучения виду спорта или дисциплине, формирование философии, физическая и функциональная подготовка, судейство и правила вида спорта, оказание первой помощи и спортивная медицина, спортивная аналитика и спортивная психология.

Основное отличие лицензионных программ от классических университетских состоит в том, что вся информация носит максимально практический и прикладной характер.

Задача базового блока информации – постоянно напоминать о простых «вещах», так как именно они являются фундаментом профессии. Задача специального набора информации состоит в том, чтобы своевременно обновлять технологические навыки и убедиться, что специалисты владеют ими и правильно их применяют.

Стандартный перечень специалистов, проходящих лицензионную подготовку по виду спорта:

- Тренер по виду спорта;
- Тренер по физической и функциональной подготовке;
- Судья;
- Врач;
- Менеджеры федераций, клубов, академий, лиг.

В зависимости от вида спорта, его международных регламентов и требований программы могут быть унифицированы и могут носить общий характер для специалиста любого ранга или, как в профессиональных видах спорта, таких как футбол, регби и др., заранее делить специалистов на профессиональные уровни и узкие специализации.

Так тренеры, работающие с детьми, проходят собственный курс, те, кто работает с резервом, – свой курс, а те, кто работает с профессиональным уровнем, – свой курс. Подобная глубина лицензионных программ позволяет выстраивать долгосрочный режим постепенного развития специалистов, в отличие от унифицированных программ, которые носят скорее обзорный характер.

Одной из основных сложностей в процессе организации деятельности подобной академии является сбор и подготовка учебно-методического материала. Подобная задача требует наличия специалистов высокого уровня – от менеджеров до методистов, обладающих знаниями и компетенциями как в области современных стандартов обучения, так и обладающих современными знаниями в области международной спортивной науки. К сожалению, далеко не всегда можно получить исчерпывающую современную информацию по виду спорта в классических академических университетах, особенно это касается информации для профессиональных видов спорта и видов спорта нового поколения, таких как скейтбординг, серфинг, сноубординг и киберспорт.

Еще одной важной проблемой является отсутствие требования лицензирования специалистов по видам спорта в федеральных стандартах по видам спорта. Сегодня закон о «Физической культуре и спорте» предъявляет главное требование к специалисту – это наличие «профильного» спортивного образования. При том, что только в олимпийской программе 35 видов спорта и 62 дисциплины, ни один ВУЗ не в состоянии обеспечить узкоспециализированную подготовку специалиста по каждому из них. Но федеральный стандарт дает возможность вводить дополнительные требования, это могут делать Национальные федерации, союзы и ассоциации по видам спорта. Как раз дополнительными критериями, при наличии общего спортивного образования, и могут выступать Лицензионные требования федерации. Контроль за соблюдением специалистами данных норм проще всего осуществлять через систему соревнований, где в заявках указываются не только ФИО и должность специалиста, но и номер лицензии. Данная норма прописывается в регламентах и положениях о проведении соревнований заранее. При отсутствии лицензии специалист не допускается к участию в соревнованиях. Своевременное оповещение о внедряемых нормах даст возможность большему числу специалистов заблаговременно пройти необходимые программы и быть к ним готовыми.

Таким образом, на выстраивание системы лицензирования и аттестации специалистов по виду спорта нужно от 3 до 5 лет, в зависимости от массовости спорта, количества специалистов, географии их расположения и системы соревнований.

Можно добавить, что масштаб учебного центра (Академии) при Национальной федерации по виду спорта зависит как от финансовых

возможностей, так и от задач, которые необходимо решать в первую очередь. На экономическую модель будет сильно влиять состояние самой национальной федерации, сам вид спорта, системы международных стандартов в нем и развитость национального рынка в данном сегменте.

## Требования к оформлению материалов, присылаемых для публикации в научных изданиях ОЧУ ВО «ММА»

### ПРАВИЛА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ

#### *1. Подготовка рукописи к публикации*

Рукопись должна быть представлена в электронном виде или послана по почте непосредственно ответственному редактору выпуска в формате MS Word 2003 или MS Word 2010 по адресу: [kremnev@mmamos.ru](mailto:kremnev@mmamos.ru).

На отдельном листе прилагаются сведения об авторе с указанием его звания, ученой степени, должности, места работы, почтового адреса, телефона и контактного адреса электронной почты, который затем будет опубликован в научном издании.

В течение 10 дней после получения рукописи она направляется члену редколлегии для рецензирования. О результатах рецензирования автору сообщается по тем контактным адресам и телефонам, которые указаны в заявке. В течение месяца редколлегия принимает решение об очередности опубликования статей, получивших положительный отзыв рецензента.

#### *2. Структура статьи*

Статья в обязательном порядке должна содержать:

1. название статьи (прописными буквами полужирным шрифтом по центру);
2. инициалы и фамилии авторов (строчными буквами полужирным шрифтом по центру);
3. название вуза полностью и города (курсивом по центру);
4. аннотацию на русском языке (не более 10 строк);
5. ключевые слова (обычно 5–7) на русском языке;
6. перевод названия статьи и фамилии автора на английский язык (строчными буквами полужирным шрифтом по центру);
8. аннотацию на английском языке;
9. ключевые слова на английском языке.

Основной текст статьи должен содержать:

1. введение, где необходимо указание на имеющиеся результаты в данной области исследования и цели работы, направленные на достижение новых знаний;
2. основную часть, которая в зависимости от рода работы может включать разделы (материалы и методы исследования, результаты и обсуждение и т.п. или другие, подобные им);
3. заключение (выводы), в котором по мере возможности должны быть указаны новые результаты и их теоретическое или прикладное значение;
4. библиографический список.

### *3. Текст статьи*

Статья должна быть набрана на компьютере в формате MS Word 2003 или MS Word 2010 на одной стороне листа стандартного формата А4 с полями 2,5 см с каждой стороны (не более 30 строк на одной странице и по 60 знаков в строке вместе с междусловными интервалами).

Шрифт Times New Roman, размер (кегель) 14, полуторный интервал, абзацный отступ – 1,25 см, межабзацный отступ отсутствует.

Все страницы рукописи должны быть пронумерованы (в счет страниц рукописи входят таблицы, рисунки, подписи к рисункам, список литературы).

Положение нумерации страниц – в нижнем колонтитуле по центру без отбивки пустой строкой, шрифт нумерации Times New Roman 14.

Объем статьи – до 20 000 знаков.

Аннотация статьи на русском и английском языках (не более 10 строк), ключевые слова (5–7) на русском и английском языках размещаются перед основным текстом.

Для аннотации шрифт Times New Roman 12, курсив (наклонный), одинарный междустрочный интервал.

Текст аннотации должен содержать основные результаты проведенного исследования.

Обязательно должен быть дан перевод имени и фамилии автора и названия статьи на английский язык.

*4. Особенности набора знаков, цифр, формул* следует делать ясное различие между заглавными и строчными буквами, а также четко различать O (букву) и 0 (цифру), 1 (единицу) и I (римскую единицу или букву «и»). Обозначение веков следует писать римскими цифрами (XIX век).

Следует по возможности упрощать набор формул. Цифры, числа и дроби, математические символы, греческие буквы набираются прямым стандартным шрифтом. Математические знаки действий и соотношений отбивают от смежных символов.

### *5. Иллюстрации*

Из иллюстраций в тексте статьи допускаются только четкие рисунки, графики и схемы. Размер одного штрихового рисунка не должен выходить за рамки текстовых границ, все надписи приводятся шрифтом одной величины. Следует максимально сокращать пояснения на рисунке, переводя их в подписи. Все детали рисунка при его уменьшении должны хорошо различаться.

Фотографии к публикации не принимаются. Все иллюстрации нумеруются единой порядковой нумерацией и снабжаются краткими и точными подписями. На все иллюстрации должны быть ссылки в тексте.

### *6. Таблицы*

Таблицы должны использоваться исключительно для представления данных, которые не могут быть описаны в тексте.



Слова в таблицах должны быть написаны полностью, верно должны быть расставлены переносы. В ячейке таблицы в конце предложения точка не ставится.

### *7. Библиографическое описание*

Библиографические описания в библиографическом списке даются в алфавитном порядке с указанием общего количества страниц. Шрифт библиографических описаний Times New Roman 12, курсив (наклонный), одинарный междустрочный интервал.

При этом в тексте в квадратных скобках после цитаты указывается фамилия автора цитированного источника, год издания и страница: [Иванов 2000: 18].

При оформлении библиографического списка следует руководствоваться Правилами библиографического оформления всех видов печатных изданий.

## **Приложение №1**

### **1. Как сослаться на Интернет-ресурс**

Ссылаться на Интернет-источники и электронные ресурсы можно и нужно. При этом ссылаться на Интернет-ресурсы необходимо в соответствии с государственным стандартом — ГОСТом Р 7.0.5-2008 «БИБЛИОГРАФИЧЕСКАЯ ССЫЛКА»: Общие требования и правила составления, который вступил в силу с 01.01.2009 года.

Объектами составления библиографической ссылки в этом случае являются электронные ресурсы удалённого доступа.

Ссылки составляют как на электронные ресурсы в целом (электронные документы, базы данных, порталы, сайты, веб-страницы, форумы и т. д.), так и на составные части электронных ресурсов (разделы и части электронных документов, порталов, сайтов, веб-страниц, публикации в электронных сериальных изданиях, сообщения на форумах и т. п.).

### **2. Пример оформления ссылок на Интернет-ресурсы**

В списке литературы, после печатных изданий делается подзаголовок «Электронные ресурсы», без кавычек, и, продолжая нумерацию основного списка литературы (печатных изданий), вставляются описания электронных источников в формате:

№. Наименование публикации, на которую идёт ссылка.

Автор ФИО полностью. Наименование ресурса (сайта в Internet). [Полный URL публикации (то есть по нему открывается именно тот документ, на который ссылаетесь)] (дата обращения к ресурсу дд.мм.гггг).

Пример: К вопросу об аллигаторах. Павлов Сергей Иванович. Центр научной фантастики. <http://www.cnf.ru/qal.html> (18.01.2007).

### 3. Общие замечания

Рекомендуется представлять единый список литературы к работе в целом. Каждый источник упоминается в списке один раз, вне зависимости от того, как часто на него делается ссылка в тексте работы.

Наиболее удобным является алфавитное расположение материала, так как в этом случае произведения собираются в авторских комплексах. Произведения одного автора расставляются в списке по алфавиту заглавий.

Официальные документы ставятся в начале списка в определенном порядке: Конституции; Кодексы; Законы; Указы Президента; Постановление Правительства; другие нормативные акты (письма, приказы и т. д.). Внутри каждой группы документы располагаются в хронологическом порядке.

Литература на иностранных языках ставится в конце списка после литературы на русском языке, образуя дополнительный алфавитный ряд.

Список электронных ресурсов указывается в самом конце, после печатных изданий делается подзаголовок «Электронные ресурсы», без кавычек, и, продолжая нумерацию основного списка литературы (печатных изданий).

Для каждого документа предусмотрены следующие элементы библиографической характеристики: фамилия автора, инициалы; название; подзаголовочные сведения (учебник, учебное пособие, словарь и т. д.); выходные сведения (место издания, издательство, год издания); количественная характеристика (общее количество страниц в книге).

## ПРИМЕРЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКОГО ОФОРМЛЕНИЯ ВСЕХ ВИДОВ ПЕЧАТНЫХ ИЗДАНИЙ

### *Книги одного автора*

Атаманчук, Г. В. Сущность государственной службы: История, теория, закон, практика. – М.: РАГС, 2003. – 268 с.

### *Книги двух авторов*

Ершов, А. Д., Конопаева А.Д. Информационное управление в таможенной системе. – СПб.: Знание, 2002. – 232 с.

### *Книги трех авторов*

Кибанов, А. Я., Мамед-Заде Г.А., Родкина Т.А. Управление персоналом: регламентация труда: учеб. пособие для вузов. – М.: Экзамен, 2000. – 575 с.

### *Книги четырех авторов*

Управленческая деятельность: структура, функции, навыки персонала / К. Д. Скрипник [и др.]. – М.: Приор, 1999. – 189 с.

### *Книги, описанные под заглавием*

Управление персоналом: учеб. пособие / под ред. С. И. Самыгина. – Ростов-на-Дону: Еникс, 2001. – 511 с.

### *Словари и энциклопедии*

Социальная философия: словарь / под общ. ред. В. Е. Кемерова, Т. Х. Керимова. – М.: Академический Проект, 2003. – 588 с.

Ожегов, С. И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. – М.: Азбуковник, 2000. – 940 с.

Чернышев, В. Н., Двинин А.П. Подготовка персонала: словарь. – СПб.: Энергоатомиздад, 2000. – 143 с.

Экономическая энциклопедия / Е. И. Александрова [и др.]. – М.: Экономика, 1999. – 1055 с.

*Статьи из сборников*

Бакаева, О. Ю. Матвиенко Г.В. Таможенные органы Российской Федерации как субъекты таможенного права // Таможенное право. – М.: Юрист, 2003. – С. 51–91.

Веснин, В. Р. Конфликты в системе управления персоналом // Практический менеджмент персонала. – М.: Юрист, 1998. – С. 395–414.

Проблемы регионального реформирования // Экономические реформы / под ред. А. Е. Когут. – СПб.: Наука, 1993. – С. 79–82.

*Статьи из газет и журналов*

Арсланов, Г. Реформы в Китае: Смена поколений // Азия и Африка сегодня. – 2002. – N 4. – С. 2–6.

Громов, В. Россия и Европа // Известия. – 1999. – 2 марта. – С. 2.

*Описания официальных документов*

О базовой стоимости социального набора: Федеральный Закон от 4 февраля 1999 N 21-ФЗ // Российская газ. – 1999. – 11.02. – С. 4.

О правительственной комиссии по проведению административной реформы: Постановление Правительства РФ от 31 июля 2003 N 451 // Собрание законодательства РФ. – 2003. – N 31. – Ст. 3150.

О мерах по развитию федеральных отношений и местного самоуправления в Российской Федерации: Указ Президента РФ от 27 ноября 2003 N 1395 // Собрание законодательства РФ. – 2003. – Ст. 4660.

## ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ

### Литература

1. Агафонова Н. Н., Богачева Т.В., Глушкова Л.И. Гражданское право: учеб. пособие для вузов / под общ. ред. А. Г. Калпина; изд. 2–е, перераб. и доп. – М.: Юрист, 2002. – 542 с.

2. Атаманчук, Г.В. Сущность государственной службы: История, теория, закон, практика. – М.: РАГС, 2003. – 268 с.

3. Кузнецов Е. Механизм запуска инновационного роста в России // Вопросы экономики. – 2003. – N 3. – С. 19–32.

4. Экономика предприятия: учеб. пособие / Е. А. Соломенникова, В. В. Гурин, Е. А., Прищенко, И. Б. Дзюбенко, Н. Н. Кулабухова – Новосибирск: НГУ, 2002. – 243 с.

5. Hahn, Frank. The Next Hundred Years. Economic Journal, January, 1991, 101 (404) – pp. 47–50.

6. Holland, John H.; Holyoak, Keith J.; Nisbett, Richard E. and Thagard, Paul R. Induction: process of inference, learning and discovery. Cambridge, MA: MIT Press, 1986. – 302 p.

7. Macroeconomics. A European Text. Michael Burda, Charles Wyplosz. Oxford University Press. 1993. – 486 p.

*Электронные ресурсы*

8. Электронный учебник по статистике. Statsoft, Inc. [<http://www.statsoft.ru/home/textbook.htm>] (18.01.2007).



Вышел из печати двухтомник:

**Н.В. Уфимцева, Г.А. Черкасова**

Русский региональный ассоциативный словарь (Европейская часть России).

Том 1. От стимула к реакции М.: Московская международная академия, 2018. – 560 с.

Том 2. От реакции к стимулу. М.: Московская международная академия, 2019. – 704 с.

Русский региональный ассоциативный словарь (ЕВРАС) – словарь, созданный по результатам массового ассоциативного эксперимента с жителями европейской части РФ. Испытуемыми по традиции были студенты вузов Москвы, Санкт-Петербурга, Саратова, Воронежа, Твери, Сыктывкара, Ростова-на-Дону, Владимира, Калуги, Рязани, Курска, Мурманска, Ижевска, Ульяновска в возрасте от 17 до 25 лет с родным языком русским – всего около 5500 человек. Эксперимент проводился с группами испытуемых в письменной форме с помощью анкет, которые включали 100 слов-стимулов из списка 1000 наиболее частотных слов русского языка с некоторым числом «экспериментальных» стимулов. Авторы сознательно включили в список 700 слов-стимулов из списка стимулов Русского ассоциативного словаря, чтобы иметь возможность изучать изменения, которые произошли в обыденном сознании русских в начале XXI века.

ЕВРАС включает Прямой словарь – от стимула к реакции (40,5 а.л.) и Обратный словарь – от реакции к стимулу (55,5 а.л.).

Словарь предназначен для широкого круга пользователей: ученых лингвистических и нелингвистических специальностей, студентов, изучающих русский язык в России и за ее пределами, преподавателей и всех, кто интересуется живым русским языком.

Ассоциативный словарь может найти практическое применение в области журналистики, социального проектирования, рекламной и иных сферах гуманитарной деятельности, где востребованы знания о русском языке и культуре его носителей.

Заказать словарь можно в ММА:

телефон +7(495) 616-43-23, e-mail: [info@mmamos.ru](mailto:info@mmamos.ru)

и в секторе этнопсихолингвистики Института языкознания РАН.