

РЕЛИГИОЗНО-ЦЕРКОВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ВЗГЛЯД СУИЦИДОЛОГА

А.В. Меринов, П.Б. Зотов, И.М. Шишкова

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

RELIGIOUS AND ECCLESIASTICAL POSSIBILITIES OF AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOR PREVENTION: A SUICIDOLOGIST'S VIEW

A.V. Merinov, P.B. Zotov, I.M. Shishkova

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии». Адрес: 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Шишкова Ирина Михайловна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 1424-2424; Researcher ID: ABF-2606-2020; ORCID iD: 0000-0002-9343-4195). Место работы и должность: преподаватель кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 97-18-67, электронный адрес: seagull93@yandex.ru

Information about the authors:

Merinov Alexey Vladimirovich – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 625027, Tyumen, 67 Minskaya str., bldg. 1. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

Shishkova Irina Mikhailovna – PhD in psychology (SPIN-code: 1424-2424; Researcher ID: ABF-2606-2020; ORCID iD: 0000-0002-9343-4195). Place of work and position: Lecturer at the Department of general and special psychology with the course of pedagogy, Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 97-18-67, email: seagull93@yandex.ru

Статья посвящена анализу возможностей взаимодействия клинической суицидологии и института Церкви. Проведён анализ возможных сценариев эффективной содружественной работы, способной повысить эффективность профилактических мероприятий, направленных на снижение показателей суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии. Необходимыми видятся дальнейшее наращивание антисуйцидальной работы священнослужителей, повышение их уровня суицидальной настороженности, создание стандартизированной логистики в отношении аутоагрессивного прихожанина и понятных схем взаимодействия с ресурсами медицинской службы. Вопрос веры, Церкви и создаваемых ими антисуйцидальных барьеров, безусловно, интересен и перспективен. Распространённость и глубина общественно-социальной интеграции института Церкви – это широчайшая возможность создания потенциальных первичных антикризисных «ячеек», а грамотное и дополняющее взаимодействие с кризисной медицинской службой – залог будущей эффективности профилактической работы.

Ключевые слова: суицидология, церковь, религиозность, профилактика суицидального поведения, аутоагрессивное поведение

К сожалению, в настоящее время в России количество самоубийств остаётся тревожно высоким [1]. Возможности оценить иные, менее одиозные формы проявления аутоагрессивного поведения, не представляется возможным, однако не трудно представить размах данного явления, лишь верхушкой айсберга которого в определённом смысле являются непосредственно суицидальные паттерны. Просто констатируем, что ситуация более, чем серьёзная, безусловно, требующая безотлагательных действий.

Стоит отметить, что даже с совершенно явными «ликарами» аутоагрессии – суицидами и покушениями на них, всё тоже не так просто и очевидно. Официальная статистика вряд ли даёт нам полное представление о реальной распространённости явления. В этой связи нельзя не вспомнить её некие реалии: некоторую «лукавость», допускающую различные варианты сокрытия суицидальной причины смерти – в результате мы имеем «неосторожные действия, повлекшие за собой...», разнообразные «несчастные случаи» и тому подобные маски реально произошедшего. Ситуация в таком случае ещё более пугающая, и практика в данном случае такова: если нет объективной статистики – нет реально эффективной профилактики, ибо, недооценивая размах явления, мы не способны адекватно реагировать на него [2]. Кстати, один из аргументов, искажающий существующую статистику как раз «околорелигиозный»: суицид традиционно относится к греховным поступкам [3, 4], и родственники погибшего часто всеми путями пытаются скрыть истинную причину произошедшего. И, разумеется, не только родственники.

Как бы то ни было, уже официальной статистики нам, более чем, хватает для понимания необходимости «развёртывания» обширной сети антисуицидальных структур, безусловно, не только медицинского характера и направленности. Следует искать новые возможности и формы работы, используя и наращивая уже существующие решения, а также – привлекая иные, не в полной мере на сегодняшний момент задействованные структуры и перспективные направления.

На текущий момент, отечественная суицидология пока ещё недостаточно масштабирована и приближена к населению. Организационная и структурная модель нуждается в существенной корректировке, чтобы медицинская составляющая стала по-настоящему эффективной, а это займёт определённо немалое время, когда, увы, кто-то не сможет получить необходимую помощь, ценой в чью-то

Unfortunately, currently the number of suicides in Russia remains alarmingly high [1]. It is not possible to assess other, less odious forms of manifestation of auto-aggressive behavior, but it is not difficult to imagine the scope of this phenomenon, where directly suicidal patterns are only the tip of the iceberg in a certain sense. We simply state that the situation is more than serious, certainly requiring urgent action.

It is worth noting that even with the completely obvious "faces" of auto-aggression (suicides and attempts on them) everything is also not so simple and obvious. Official statistics hardly give us a complete picture of the real prevalence of this phenomenon. In this regard, it is impossible not to recall its certain realities: some "cunning" that allows for various options for concealing the suicidal cause of death – as a result, we have "careless actions that entailed ...", various "accidents" and similar masks of what really happened. The situation in this case is even more frightening, and the practice is as follows: if there are no objective statistics – there is no really effective prevention, because, underestimating the scope of the phenomenon, we are not able to adequately respond to it [2]. By the way, one of the arguments distorting the existing statistics is just "near-religious": suicide traditionally refers to sinful acts [3, 4], and the relatives of the deceased often try to hide the true reason of what happened in all ways. And, of course, not only relatives.

Anyway, official statistics is already more than enough for us to understand the need to "deploy" an extensive network of anti-suicidal structures, certainly not only of a medical nature and orientation. It is necessary to look for new opportunities and forms of this work, using and building up existing solutions, as well as attracting other structures and areas that are not still fully involved.

Domestic suicidology is not yet sufficiently scaled and close to the population nowadays. The organizational and structural model needs to be substantially adjusted in order for the medical component to become truly effective, and this will definitely take a lot of time, when, alas, someone will not be able to get the necessary help, at the cost of someone's life. Nevertheless, it is absolutely certain that we already have social institu-

жизнь. Тем не менее, совершенно определённо, у нас уже существуют социальные институты, приближённые к людям максимально, имеющие многочисленных представителей в большинстве населённых пунктов страны. Мы, безусловно, сейчас говорим о Церкви [5-8] с её колоссальным антисуицидальным потенциалом [9], при условии грамотной интеграцией соответствующих начинаний в комплексный подход решения проблемы снижения уровня самоубийств.

Антисуицидальный потенциал Веры, религиозности, воцерквлённости признаётся большинством исследователей в разных странах [3, 4, 8, 9]. Так, в нашем недавнем исследовании студентов обоего пола мы обнаружили, что верующих респондентов реже посещали суицидальные мысли (22 и 30% соответственно); среди верующих юношей в три раза меньше количество молодых людей, имеющих суицидальную попытку в анамнезе (5 и 14% соответственно), также в данной группе отмечалось заметно меньшее количество несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов аутоагрессии [10]. Кстати, религиозность исследуемой группы снижается: 50% верующих – 2019 год и 75 % относящих себя к верующим в 2009 году.

Но увы, хорошо известным фактом является то, что среди суицидентов достаточно часто встречаются верующие [11]. Наличие внешней атрибутики веры, в частности, ношения креста, пусть редкого, но посещения церковных служб являются неоднократными находками при изучении завершённых суицидальных попыток [12]. Это удивляет и пугает. Где-то случается некий сбой? Почему многие люди снова и снова задаются теми же вопросами, что и Альбер Камю в «Мифе о Сизифе»: стоит ли эта жизнь того, чтобы её прожить..., несмотря на якобы сформированные смыслы и цели этой самой жизни, в том числе, благодаря имеющейся религиозности.

Мы понимаем, что очень многое делается в рассматриваемом нами направлении представленными в нашей стране конфессиями. В отношении именно суицидального поведения «генеральная линия» в большинстве из них в достаточной степени сформирована и понятна [3, 4, 8, 9]. Наиболее представленные в настоящее время конфессии не поощряют самоубийства, тем не менее их подходы не имеют полного совпадения. Христианство, ислам, иудаизм, так или иначе основанные на воззрении на человека как подобия Бога, имеют более выраженную антисуицидальную позицию, нежели религии говорящие о ре-

tions that are as close to people as possible, having numerous representatives in most localities of the country. Of course, we are now talking about the Church [5-8] with its colossal anti-suicidal potential [9], provided that the relevant initiatives are competently integrated into a comprehensive approach to solving the problem of reducing the suicide rate.

The anti-suicidal potential of Faith, religiosity is recognized by most researchers in different countries [3, 4, 8, 9]. So, in our recent study of students of both sexes, we found that religious respondents were less likely to have suicidal thoughts (22 and 30%, respectively); among young believers, the number of young people with a history of suicide attempt is three times less (5 and 14%, respectively), and in this group there were noticeably fewer non-suicidal auto-aggressive patterns and predictors of auto-aggression [10]. By the way, the religiosity of the studied group is decreasing: 50% of believers – 2019 and 75 % consider themselves believers in 2009.

But, alas, it is a well-known fact that believers are quite common among suicides [11]. The presence of external attributes of faith, in particular, wearing a cross, albeit rare, but attending church services are repeated findings in the study of completed suicide attempts [12]. This is surprising and frightening. Does some kind of glitch happen somewhere? Why do many people ask the same questions over and over again as Albert Camus in “The Myth of Sisyphus” did: is this life worth living ... despite the supposedly formed meanings and goals of this very life, including due to the existing religiosity?

We understand that a lot is being done in the direction we are considering by the confessions represented in our country. With regard to suicidal behavior, the "general line" in most of them is sufficiently formed and understandable [3, 4, 8, 9]. The most currently represented denominations do not encourage suicide, however, their approaches do not completely coincide. Christianity, Islam, Judaism, one way or another based on the view of man as a likeness of God, have a more pronounced anti-suicidal position than religions that talk about the reincarnation of souls [3, 4, 10, 13-15].

By the way, the attitude of Christianity toward suicide has gone a long way from

инкарнации душ [3, 4, 10, 13-15].

Кстати, отношение того же христианства к самоубийству прошло долгий путь от отождествления убивающих себя по доброй воле с Иисусом Христом, до понимания заповеди «Не убий» как запрета на самоубийство (Блаженный Августин). Запрет на добровольный уход из жизни появился после ряда самоубийств первых христиан-мучеников, которые желали как можно быстрее предстать перед лицом Всевышнего [13].

И в настоящее время, всем нам известен один из основных постулатов христианской веры, гласящий, что самоубийство – это тягчайший грех (убийство – самого себя), который невозможно простить или отпустить на этой земле, ибо Церковь отпускает всякий грех лишь при личном покаянии. Этот же «поступок» и даже его попытка, или мысленное предположение – является актом неверия или маловерия, унынием, отчаянием, через которые самоубийца отказывается «нести свой крест», выражает сомнение в спасительном промысле Божиим и ставит себя на его место, вынося вердикт своему земному существованию: «... Ибо проклят перед Богом [всякий] повешенный [на дереве]» Вт. 21:23 [16]. То есть, «постановка вопроса», вне всяких сомнений, в контексте суицидологии верная и обоснованная.

Позволим себе небольшую ремарку. Напомним ещё раз, что ряд других, несуйцидальных аутоагрессивных феноменов [17], по сути, имеющих ту же антивитаальную направленность, и лишь внешне, благодаря своей относительно приемлемой социальной «траектории», кажущихся не столь одиозными, как самоубийство, то есть – не вступающими в очевидный конфликт с традиционными религиозными установками, вообще остаётся в некой «серой зоне»: очевидной, по сути, но – с неопределённым отношением к явлению фактически. И в данном случае, верной «постановки вопроса», несмотря на очевидное единство феномена, ещё не случилось, требуется дальнейшая конкретизация с формированием целостности и однозначности восприятия.

Тем не менее, представляется очень вероятным, что во многих кризисных ситуациях протективное действие религиозности, веры и контактов с религиозными институтами максимальное или, как минимум достаточное. Что, разумеется, хорошо. Но в каких-то – его явно перестает хватать. Что требует тщательного дальнейшего изучения, которое позволит внести необходимые коррективы и существенно расширить потенциальные возможности. Касающиеся

identifying those who kill themselves voluntarily with Jesus Christ, to understanding the commandment "Thou shalt not kill" as a prohibition on suicide (Blessed Augustine). The ban on voluntary retirement appeared after a number of suicides of the first Christian martyrs who wanted to appear in the face of the Almighty as soon as possible [13].

But at present, we all know one of the basic tenets of the Christian faith, which states that suicide is the gravest sin (killing oneself), which cannot be forgiven or released on this earth, because the Church releases every sin only with personal repentance. The same "act" and even its attempt, or mental assumption, is an act of unbelief or lack of faith, despondency, despair, through which the suicide refuses to "carry his cross", expresses doubt in the saving providence of God and puts himself in his place, passing a verdict on his earthly existence: "...for cursed before God is [everyone] hanged [on a tree]" Vt. 21:23 [16]. That "statement of the question", without any doubt, in the context of suicidology is correct and justified.

Let's allow ourselves a small remark. Let us recall once again that a number of other, non-suicidal auto-aggressive phenomena [17], in fact, having the same antivital orientation, and only outwardly, due to their relatively acceptable social "trajectory", seeming not as odious as suicide, that is, not entering into an obvious conflict with traditional religious attitudes, generally remain in a certain "gray zone": obvious, in fact, but with an uncertain attitude toward the phenomenon. And in this case, the correct "statement of the question", despite the obvious unity of the phenomenon, has not yet happened, further specification is required with the formation of perception integrity and unambiguity.

Nevertheless, it seems very likely that the protective effect of religiosity, faith and contacts with religious institutions in many crisis situations becomes maximum or at least sufficient. That is good, of course. But in some cases, it clearly ceases to be enough. That requires careful further study, which will make the necessary adjustments and significantly expand the potential. Concerning, which is quite logical, the believing part of society, on the one hand, and its remaining part, on the other (that we will be

ся, что совершенно логично, верующей части общества, с одной стороны, так и её оставшейся части, с другой (что мы обсудим чуть ниже).

Стоит отметить и следующий, заслуживающий внимания момент. В своей клинической работе мы неоднократно встречались со следующим фактом: суициденты (особенно лица молодого возраста), часто не рассматривали Церковь и священнослужителей как источник и ресурс получения кризисной суицидологической помощи (а это, как раз в одинаковой степени касается, как верующих людей, так и нет). Некоторые священнослужители страшатся или избегают прямого обсуждения данной темы (справедливости ради ответим, что и многие врачи формализуют сбор суицидологического анамнеза, зачастую упуская указания на возможные суицидальные риски), и это тоже требует поиска путей преодоления имеющихся ограничений.

Мы предположим и тот факт, что ряду священнослужителей не хватает образовательных компетенций в распознании «сигналов» неблагополучия, как и до сих пор, отсутствует понятная и прозрачная логистика в отношении суицидального прихожанина и чёткое взаимодействие с соответствующими медицинскими и образовательными учреждениями.

Резюмируя написанное, ещё раз подчеркнём наличие огромного, но не в полную степень используемого ресурса [13]. Безусловно, здоровое отношение к затрагиваемой проблеме, нацеленное на взаимодействие в условиях многофакторной модели превенции суицидальных попыток и суицидов [15], понимание влияния кризисных ситуаций и периодов, психических состояний и расстройств в суицидогенезе [18, 19], базовые гуманистические позиции, желание взаимодействовать и искать точки максимально эффективных содружественных решений.

В данном сообщении хотелось бы высказать наши представления в отношении точек эффективного взаимодействия психиатрии и института церкви в контексте профилактической суицидологии.

Вспомним концепцию «антисуицидальных барьеров» – некоего комплекса социально-психологических факторов личности, препятствующих формированию суицидальной активности или обесценивающих её значимость как способа разрешения психотравмирующей ситуации. Они могут быть представлены религиозными верованиями о греховности суицидального поведения [13, 18], социальными и психологическими установками [19], обусловленными наказуемостью суицидальных дей-

discussed below).

It is worth noting the following, noteworthy point. In our clinical work, we have repeatedly encountered the following fact: suicides (especially young people) frequently did not consider the Church and clergy as a source and resource for receiving crisis suicidological care (and this, just to the same extent, concerns both believers and non-believers). Some clergymen are afraid or avoid direct discussion of this topic (to be fair, we will answer that many doctors formalize the collection of a suicidal history, often omitting indications of possible suicidal risks), and this also requires finding ways to overcome existing limitations.

We will also assume the fact that a number of clergymen has lack educational competencies in recognizing "signals" of distress, as they still do, there is no clear and transparent logistics regarding a suicidal parishioner and clear interaction with relevant medical and educational institutions.

Summarizing what has been written, we should once again emphasize the presence of a huge, but not fully used resource [13]. Of course, a healthy attitude toward the affected problem, aimed at interaction in the conditions of a multifactorial model of prevention of suicidal attempts and suicides [15], understanding the impact of crisis situations and periods, mental states and disorders in suicidogenesis [18, 19], basic humanistic positions, the desire to interact and looking forward the points of the most effective friendly solutions.

In this message, we would like to express our ideas regarding the points of effective interaction between psychiatry and the institute of the church in the context of preventive suicidology.

Let's recall the concept of "anti-suicidal barriers" – a certain complex of socio-psychological factors of personality that prevent the formation of suicidal activity or devalue its significance as a way to resolve a traumatic situation. They can be represented by religious beliefs about the sinfulness of suicidal behavior [13, 18] social and psychological attitudes [19] conditioned by the punishability of suicidal actions; aesthetic ideas about the "ugliness" of suicide, the presence of significant social connections, plans, etc.

That is, these are: significant family

ствий; эстетическими представлениями о «некрасивости» самоубийства, наличием значимых социальных связей, планов и т.д. То есть, это: значимые семейные связи, неиспользованные жизненные возможности и незавершённые цели, религиозность и её трактовка суицида, творческие планы и замыслы, привязанность и симпатии к объекту, зависимость от общественного мнения. Список, конечно, неполный, но вера в Бога, религиозность рассматривается многими суицидологами, да и людьми далёкими от медицины, как выраженная провительная установка, которая зачастую может приниматься за такую «априори» [9].

И несмотря на то, что многие до сих пор считают, что для борьбы с самоубийствами церковь использует только два средства: кару Божью (читай – угрозу адских мук) и лишение права отпевания и погребения, на самом деле «репертуар» возможных подходов и методов значительно обширнее.

Коротко коснёмся конкретных антисуицидальных или провительных моментов, которые, очевидно, должны создаваться, поддерживаться и развиваться верой и институтом Церкви.

Возможность формирования смысла бытия и земного существования. Верующие получают уверенность в безусловной помощи, принятии и сопровождении (Бог всегда рядом с тобой), наличие уверенности в ином, помимо земного, смысле жизни [13], как, впрочем, и в земном, получая понятные смысловые и ценностные ориентиры («потрясающее прикосновение к Тайне»). А также, разумеется, возможность в молитве или беседе со священнослужителем реанимировать понимание данных смыслов, получить новые, увидеть иное в происходящем, отнестись к тяготам как к необходимым испытаниям. Вероятно, именно в данной плоскости, человек столкнувшийся с безысходностью, крайней степенью уныния способен приобрести новые цели, когда типичное «нет никакого выхода» меняется на «я увидел возможности и обрёл желание жить». Кстати, мы имеем ряд наблюдений, когда именно чтение религиозной литературы, касающейся жизни святых и великомучеников, их примеры, устраняли суицидальное настроение и соответствующие фантазии.

Понятия Рая и Ада. Про данный конструкт уже упоминалось, однако, его сложно недооценить. Кстати, именно, страх попасть в Ад, останавливает многих на этапе суицидальных размышлений, ибо даже думать так – грешно. В наших предыдущих работах мы касались вопросов частоты обнаружения уверен-

ties, unused life opportunities and unfinished goals, religiosity and its interpretation of suicide, creative plans, attachment and sympathy for the object, dependence on public opinion. The list, of course, is incomplete, but faith in God, religiosity is considered by many suicidologists, and by people who are far from medicine, as a pronounced pro-life attitude, which can often be taken as such "a priori" [9].

And despite the fact that many people still believe that the church uses only two means to combat suicide: the punishment of God (read - the threat of hell) and the deprivation of the right to funeral and burial, in fact, the "repertoire" of possible approaches and methods is much more extensive.

We will briefly touch on specific anti-suicidal or pro-life issues that, obviously, should be created, supported and developed by the faith and the institution of the church.

The possibility of forming the meaning of being and earthly existence. Believers receive confidence in unconditional help, acceptance and accompaniment (God is always with you), the presence of confidence in the meaning of life other than the earthly [13], as well as in the earthly, receiving understandable semantic and value guidelines ("an amazing touch to the Mystery"). And also, of course, the opportunity in prayer or conversation with a clergyman to reanimate the understanding of these meanings, to get new ones, to see something different in what is happening, to treat hardships as necessary tests. Probably, it is in this plane that a person faced with hopelessness, an extreme degree of despondency is able to acquire new goals when the typical "there is no way out" changes to "I saw opportunities and found the desire to live." By the way, we have a number of observations when exactly reading religious literature concerning the lives of saints and great martyrs, their examples, eliminated suicidal mood and corresponding fantasies.

The concepts of Heaven and Hell. This construct has already been mentioned, however, it is difficult to underestimate it. By the way, it is the fear of going to Hell that stops many at the stage of suicidal thoughts, because even thinking like that is a sin. In our previous works, we dealt with the issues of the frequency of detection of confidence in the existence of hell and subsequent pun-

ности в существование ада и последующих наказаний за «земные грехи» [10], что выступало в качестве значимого провитального образования. Кстати, не вполне понятно, насколько эффективно «работают» подходы в отношении лишения права отпевания и погребения, ибо данный момент всегда становится большим бременем для оставшихся родственников погибшего, а не для него самого.

Компенсация одиночества и неполноценности коммуникативных систем. Одиночество достаточно часто в суицидологической практике рассматривается в качестве предиктора риска суицидального поведения. Но совершенно очевидно, что одиночество одиночеству – рознь? «Ты не один, если Бог с тобой»: именно это приходится часто слышать от людей, по тем или иным причинам, оказавшимся в фактическом одиночестве, однако, не испытывающим по этому поводу серьёзных переживаний. Молитва, мысленные беседы с Богом – многое меняют в данном отношении, вероятно, имеются некие возрастные особенности верующих, что требует дальнейшего изучения. И одиночество же становится катастрофическим, если ощущение подобного присутствия высшей силы отсутствует – вот здесь человек действительно остаётся совсем один. То есть, в ряде случаев Вера или потенциальная возможность её обретения способны нивелировать пагубное воздействие фактора одиночества, заполняя возникшую пустоту. Это способность в сложной ситуации обратиться к Богу. «...Не бойся, ибо Я с тобою; не смущайся, ибо Я Бог твой; Я укреплю тебя, и помогу тебе, и поддержу тебя десницею правды Моей». Ис. 41:10

И, конечно же, уже само обращение в Церковь, беседы со священнослужителем – предоставляют прекрасную возможность избежать одиночества или компенсировать фактически присутствующее общение с окружением, не дающее человеку ощущения понятности, нужности, принятия. Это возможность поговорить, высказаться, получить обратную связь и поддержку. В нашей практике встречались неоднократные наблюдения, когда суицидальный пациент, не относящий себя к верующим людям, в состоянии нарастающего кризиса «случайно забредал» в церковь, где получал необходимую поддержку. Что вовсе не означало его последующее обязательное обращение в веру, однако стало в его жизни одним из ключевых моментов, когда «он почувствовал себя не одиноким и замечаемым».

Безусловное принятие и режим открытости «24/7». Любой прихожанин и не прихожанин заслу-

ishments for "earthly sins" [10], which acted as a significant provital education. It is not entirely clear how effectively the approaches to the deprivation of the right of burial "work", because this moment always becomes a great burden for the remaining relatives of the deceased, and not for himself.

Compensation for loneliness and inferiority of communication systems. Loneliness is quite often considered in suicidological practice as a predictor of the suicidal behavior risk. But it is quite obvious that loneliness is a difference to loneliness? "You are not alone, if God is with you": this is what you often hear from people who, for one or another reason, find themselves in actual loneliness, however, not experiencing serious feelings about this. Prayer, mental conversations with God change a lot in this regard, there are probably some age characteristics of believers, which requires further study. And loneliness becomes catastrophic if there is no feeling of such a presence of a higher power - here a person really remains all alone. That is, in some cases, Faith or the potential possibility of its acquisition can neutralize the harmful effects of the loneliness factor, filling the void that has arisen. This is the ability to turn to God in a difficult situation. "... do not be afraid, for I am with you; do not be confused, for I am your God; I will strengthen you, and I will help you, and I will support you with the right hand of my righteousness." Isaiah 41:10.

And, of course, the very appeal to the Church, conversations with a clergyman provide an excellent opportunity to avoid loneliness or compensate for the actually present communication with the environment, which does not give a person a sense of clarity, necessity, acceptance. This is an opportunity to talk, speak out, get feedback and support. In our practice, there have been repeated observations when a suicidal patient who does not consider himself to be a believer, in a state of increasing crisis, "accidentally wandered" into the church, where he received the necessary support. Which did not mean his subsequent mandatory conversion, but it became one of the key moments in his life when "he felt not alone and noticed."

Unconditional acceptance and "24/7" openness mode. Any parishioner and non-parishioner deserves to be accepted, listened to and heard. This is a very important op-

живает того, быть принятым, выслушанным и услышанным. Это очень важная возможность, особенно во время пиковых кризисных или предсуицидальных переживаний. Нам известен вклад классических «телефонов доверия», кризисных сайтов и психотерапевтических кабинетов. И во многих некрупных населенных пунктах, селах и деревнях все эти функции зачастую выполняет местный священнослужитель.

Разумеется, очень важным является отсутствие страха или неверных установок перед подобным обращением или исповедью, что, к сожалению, в настоящее время ещё встречается. Побоялся сходить – данная формулировка порой играет злую роль. И данный «нюанс» заслуживает пристального изучения.

Эффект доверительности. То есть, в некоторых случаях – прекрасная возможность выяснить «очень щепетильные вопросы», надеясь на более правдивые и откровенные ответы, даже нежели в случае беседы с профессиональным и опытным специалистом в области суицидологии. При этом – никакой манипулятивности, давления и ощущения «препарирования». Идеально в сочетании с пониманием того, кому и когда подобные вопросы целесообразно задавать, и, без сомнения, присутствующей тактичности.

Безусловно присутствующий психотерапевтический компонент. Возможности нативной и специальной пастырской психотерапии достаточно широки и касаются значительного числа жизненных ситуаций. В значительной степени они, так или иначе, затрагивают широчайший комплекс переживаний, являющихся предикторами и факторами, повышающими риск суицидального поведения. Сотни лет проводится интуитивная или вполне осознанная работа с безысходностью, унынием, сиюминутностью в решениях, осуществляется актуальные конфликтологические вмешательства, используется религиозная логотерапия; и своеобразный рефрейминг: переосмысливание происходящего, внушение необходимости прожить и пережить некоторые моменты, и многое другое.

Знание основ психиатрии священнослужителями. Всё чаще мы встречаем определённую грамотность в отношении данных вопросов и понимание соответствующих границ между душевным заболеванием и проблемами духовного плана [20]. Это, очевидно, подразумевает всё более эффективную содружественную работу с медицинскими работниками. В практической работе нередкими стали звонки от

portunity, especially during peak crisis or pre-suicide experiences. We know the contribution of the classic "helplines", crisis sites and psychotherapy rooms. And in many small settlements and villages all these functions are often performed by a local clergyman.

Of course, it is very important that there is no fear or incorrect attitudes before such an appeal or confession, which, unfortunately, is still found at the present time. I was afraid to go – this formulation sometimes plays an evil role. And this "nuance" deserves further close study.

The effect of trust. In some cases, it is a great opportunity to find out "very sensitive questions", hoping for more truthful and frank answers, even than in the case of a conversation with a professional and experienced specialist in the field of suicidology. At the same time, there is no manipulativeness, pressure and a feeling of "dissection". Ideally combined with an understanding of who and when it is appropriate to ask such questions, and, without a doubt, the tact present.

There is certainly a psychotherapeutic component present. The possibilities of native and special pastoral psychotherapy are quite wide and relate to a significant number of life situations. To a large extent, they, one or another way, affect a wide range of experiences that are predictors and factors that increase the risk of suicidal behavior. For hundreds of years, intuitive or fully conscious work has been carried out with hopelessness, despondency, momentary solutions, topical conflictological interventions are carried out, religious logotherapy is used; and a kind of reframing: rethinking what is happening, instilling the need to live and experience some moments, and much more.

Knowledge of the basics of psychiatry by the clergy. More and more often we find a certain literacy in relation to these issues and an understanding of the corresponding boundaries between mental illness and spiritual problems [20]. This obviously implies more and more effective friendly work with medical professionals. In practical work, calls from representatives of the Church with a request to jointly solve the identified mental problems of parishioners have become frequent. There were also appeals

представителей Церкви с просьбой совместными усилиями решить выявленные проблемы с психикой у прихожан. Встречались и обращения по поводу возможного суицидального поведения. И, думается нам, можно предположить, что понимание общности целей и необходимости эффективного, комплементарного взаимодействия будет развиваться и в дальнейшем.

Теоретически всё звучит очень неплохо, но вспомним ряд фактов, приведённых в разделе актуальности. Полностью ли реализованы возможности взаимодействия медицинских и религиозно-церковных структур на пути преодоления данной проблемы? Есть ли ключевые позиции, где мы можем совместно усилить антисуицидальные барьеры, сделать имеющиеся инициативы и усилия более масштабными и контролируруемыми? Что следует поменять и оптимизировать в первую очередь? Где ключевая точка приложения пастырской психиатрии и где её границы? Пора чётко сформулировать в плоскости суицидологической работы ситуации, когда священнослужитель спокойно способен справиться в одиночку, когда следует просить прихожанина самостоятельно обратиться за помощью к психиатру, когда настаивать на подобном обращении, а когда – следует срочно вызывать «карету» Скорой помощи.

Давайте поразмышляем, с какими ситуациями нам периодически приходится сталкиваться в практической работе.

Подросток в кризисной ситуации не нашёл поддержки дома и у педагогов, пошёл в церковь. С ним сурово поговорили ... Пристыдили за «плохие мысли» или сказали: «твоя тяжёлая ситуация – наказание за грехи твои или твоих родителей». Результат – суицидальная попытка. Мы столкнулись с *невыработанной компетенцией и отсутствием суицидальной настороженности?*

Мужчина пришёл и рассказал о своём нежелании жить, отсутствии планов на будущее, боли за грудиной, гнетущей тоске. Сказали: «Надо научиться терпеть» и отпустили домой. У него позже был диагностирован тяжёлый депрессивный эпизод, результат – попытка суицида. Другой утверждал, что чужие мысли уговаривают сделать непоправимое – опять в результате попытка самоубийства. Мы столкнулись с *недостатком психиатрических знаний?*

Следующему посоветовали обязательно обратиться к психиатру... «Телефон в интернете найдёте...» Не успел найти. Прямая и быстрая связь с психиатром могла бы быть эффективной и способной помочь. Мы столкнулись с *отсутствием интегра-*

about possible suicidal behavior. And, we think, we can assume that the understanding of common goals and the need for effective, complementary interaction will continue developing in the future.

Theoretically, everything sounds very good, but let's recall a number of facts given in the relevance section. Are the possibilities of interaction between medical and religious-church structures on the way to overcome this problem been fully realized? Are there any key positions where we can jointly strengthen anti-suicide barriers, make existing initiatives and efforts more ambitious and controlled? What should be changed and optimized first? Where is the key point of application of pastoral psychiatry and where are its boundaries? It is time to clearly formulate in the plane of suicidal work situations when a clergyman is calmly able to cope alone, when a parishioner should be asked to seek help from a psychiatrist on his own, when to insist on such treatment, and when an ambulance should be urgently called.

Let's reflect about the situations we periodically have to face in practical work.

A teenager in a crisis situation did not find support at home and from teachers, went to church. They talked to him harshly ... He was shamed for "bad thoughts" or said: "your difficult situation is a punishment for your or your parents' sins." The result is a suicidal attempt. Are we are faced with unworked competence and lack of suicidal alertness?

The man came and talked about his unwillingness to live, lack of plans for the future, pain behind the sternum, oppressive longing. They said: "We must learn to endure" and let them go home. He was later diagnosed with a severe depressive episode; the result of which was a suicide attempt. Another claimed that other people's thoughts were persuading them to do the irreparable – again, as a result, a suicide attempt. Are we are faced with a lack of psychiatric knowledge?

The next one was advised to definitely consult a psychiatrist ... "You will find the phone on the Internet..." He did not have time to find it. Direct and fast communication with a psychiatrist could be effective and able to help. Are we are faced with a lack of integration with the medical link? And

ции с медицинским звеном? И телефон кризисной службы или психиатра – должен быть всегда на видном месте и под рукой?

Пятый, пациент с алкогольной зависимостью и стойкими суицидальными устремлениями, с бравадой утверждает: «Ничего не боюсь. А всё равно родственники договорятся. И отпоют, и отчитают. И похоронят «правильно». Мы столкнулись с *некоторой амбивалентностью или расплывчатостью позиций?*

Другая ситуация. Священнослужитель очень хотел помочь, всё оценил верно. Замешкался, попросил зайти завтра. Человек уже не зашёл. Мы столкнулись с *отсутствием внятной логистики и «дорожной карты» действий?* Здесь же некоторую растерянность могут вызывать прихожане во время исповеди признавшиеся в мучающих их «чёрных мыслях», но справедливо надеющихся на тайну исповедания. А если прихожанин указал на постороннее лицо, испытывающее похожие переживания? Как действовать в подобных ситуациях, когда на счету каждая минута и времени мешкать нет.

В следующей истории уже родственники хотели вмешаться – может к психиатру нам уже обратиться? «Сами справимся, психиатрия – зло», – последовал ответ. Результат, увы, понятен. Мы столкнулись с *гордыней?* Или чем-то ещё? Необходимость дальнейшей дедемонизации психиатрии?

Или вот ещё типовая ситуация: человеку плохо, он думает покончить с собой, но вообще не знает, куда обратиться. Ни в медицинское звено, ни церковное. «А что, можно было...?» – слышим мы в ответ. Мы столкнулись с *отсутствием «маркетинга» или рекламы услуг и возможностей?*

Список можно ещё продолжать. Но просто будем помнить, что именно священнослужитель часто первым узнает о наличии у прихожанина интересующих нас переживаний, и он должен быть готов реагировать чётко, выверено и правильно. Возможно даже стандартизировано, а иногда на опережение и более активно.

Давайте ещё раз коснемся несуйцидальных аутоагрессивных феноменов («хронические» формы суицида), по сути, имеющих ту же антивитаальную направленность и лишь внешне, благодаря своей относительно приемлемой социальной «траектории», не вступающими в очевидный конфликт с традиционной религиозной установкой «Не убий (себя)».

Он только пьёт до смерти... Просто бешено носится на машине... Проигрался в пух и прах... Очень опасные паттерны, только на неискрущённый взгляд,

the phone number of the crisis service or psychiatrist should always be in a prominent place and at hand?

The fifth, a patient with alcohol addiction and persistent suicidal tendencies, bravado claims: "I'm not afraid of anything. But the relatives will be angered anyway. And they will sing and reprimand. And they will bury me "correctly". Are we faced with some ambivalence or vagueness of positions?

Another situation. The priest really wanted to help, he appreciated everything correctly. Hesitated, asked to come back tomorrow. The man has not entered. Are we faced with a lack of clear logistics and a road map of actions? Here, some confusion may be caused by parishioners during confession who confessed to tormenting them with "black thoughts", but rightly hoping for the secret of confession. And if a parishioner pointed to an outsider experiencing similar experiences? How to act in such situations when every minute counts and there is no time to linger.

In the next story, the relatives already wanted to intervene – maybe we should already turn to a psychiatrist? "We'll manage on our own, psychiatry is evil," - was the answer. The result, alas, is clear. Are we facing with a pride? Or something else? The need for further de-demonization of psychiatry.

Or here is another typical situation: a person feels bad, he thinks to commit a suicide, but does not know where to turn at all. Neither in the medical link, nor in the church. "Was it possible...?" - we hear in the response. Are we faced with a lack of "marketing" or advertising of services and opportunities?

The list can still be continued. But let's just remember that it is the clergyman who is often the first to learn about the presence of the parishioner of the experiences we are interested in, and he must be ready to react clearly, carefully and correctly. Perhaps even standardized, and sometimes ahead of the curve and more actively.

Let's touch once again on non-suicidal auto-aggressive phenomena ("chronic" forms of suicide), in fact, having the same anti-vital orientation and only outwardly, due to their relatively acceptable social "trajectory", not entering into obvious conflict with the traditional religious attitude "Do

ничего общего не имеющие с суицидальным поведением [17]. И очень важна их правильная оценка и трактовка священнослужителями.

Что видится перспективным и необходимым в направлении снижения суицидальной смертности с учётом имеющегося потенциала института Церкви?

При, безусловно, максимальной в наше время приближённости к населению – повышению осведомлённости священнослужителей по данному вопросу. Это должно касаться повышения необходимого образовательного минимума в отношении общих вопросов психиатрической патологии (точнее, дальнейшего развитие данного направления), и, разумеется, конкретно в отношении непосредственно суицидологических знаний и практических навыков.

Требуется формирование понятного и достаточного диагностического набора, отработки полученных компетенций, развитие «грамотной смелости» и тактичности в прояснении рисков и оценке требуемой активности. Именно это позволит оптимизировать раннее распознавание и обособление людей, требующих более фокусного внимания.

Крайне желательно создание понятной и единой логики реагирования при обнаружении тех или иных аутоагрессивных устремлений. Формирование наличия прямых контактов с официальной психиатрической службой или – суицидологической, при наличии в регионе таковой. Присутствие ясной «дорожной карты» действий в случае обнаружения тех или иных аутодеструктивных паттернов, простая и эффективная «маршрутизация» суицидального прихожанина. С чётким пониманием границ существующих компетенций: когда человек справится сам, когда эффективной будет работа священнослужителя, когда рекомендовать обратиться к врачу специалисту.

Необходимой видится создание в Церкви своей, самостоятельной кризисной службы, в виде горячих телефонных линий (как альтернатива существующим государственным и частным телефонам доверия), создание профильных кризисных сайтов и прочих тематических информационно-лейдинговых ресурсов. Возможной видится и подготовка групп священнослужителей со специализацией в области суицидологии.

Логичным видится более активное донесение до верующих (и не обязательно верующих) имеющихся антикризисных возможностей Церкви: потенциальный суицидент должен рассматривать Церковь как возможный, а ещё лучше – необходимый пункт получения специфической помощи, особенно остро

not kill (yourself)".

He only drinks to death... Just madly rushing around in the car... Lost to the nines... Very dangerous patterns, only to the unsophisticated eye, having nothing in common with suicidal behavior [17]. And their correct assessment and interpretation by the clergy is very important.

What seems promising and necessary in the direction of reducing suicidal mortality, taking into account the existing potential of the Church institution?

With, of course, the maximum closeness to the population in our time – raising the awareness of the clergy on this issue. This should concern raising the necessary educational minimum in relation to general issues of psychiatric pathology (more precisely, the further development of this area), and, of course, specifically in relation to suicidal knowledge and practical skills.

It requires the formation of an understandable and sufficient diagnostic set, the development of acquired competencies, the development of "competent courage" and tact in clarifying risks and assessing the required activity. This is what can optimize the early recognition and isolation of people who require more focused attention.

It is highly desirable to create a clear and unified response logic when detecting certain auto-aggressive aspirations. Formation of the direct contacts presence with the official psychiatric service or – suicidalological, if there is one in the region. The presence of a clear "roadmap" of actions in case of certain auto-destructive patterns detection, simple and effective "routing" of a suicidal parishioner. With a clear understanding of the boundaries of existing competencies: when a person can cope on his own, when the work of a clergyman will be effective or when to recommend visiting a specialist.

It seems necessary to create an independent crisis service in the Church, in the form of hotlines (as an alternative to existing public and private helplines), the creation of specialized crisis sites and other thematic information-leading resources. It is also possible to train groups of clergymen with specialization in the field of suicidology.

It seems also logical to more actively convey to believers (and not necessarily believers) the existing anti-crisis capabilities

это, на наш взгляд, касается подростковой группы [21].

Стоит отметить и ещё одну, многим знакомую, ситуацию. На фоне тяжёлой болезни, страданий – обращение к Богу – обычная практика. Но при непрерывном ухудшении состояния, малой эффективности терапии, – может происходить некая «коррозия» Веры, когда захлестывают сомнения: «не помогает..., нет ничего значит». На этом фоне антисуицидальное действие веры существенно снижается, что требует более фокусной и специфической работы священнослужителя. Особенно в центрах паллиативной медицины, хосписах, онкологических центрах и пр.

Выводы.

Вопрос веры, Церкви и создаваемых ими антисуицидальных барьеров, безусловно, интересен и перспективен. Распространённость и глубина общественно-социальной интеграции института Церкви – это широчайшая возможность создания потенциальных первичных антикризисных «ячеек», а грамотное и дополняющее взаимодействие с кризисной медицинской службой – залог будущей эффективности профилактической работы.

Необходимой видится дальнейшая трансляция имеющихся знаний и практических подходов из клинической суицидологии в арсенал священнослужителей.

of the Church: a potential suicidal person should consider the Church as a possible, or even better, a necessary point for receiving specific assistance, especially acute, in our opinion, concerns the adolescent group [21].

It is worth noting another familiar situation. Against the background of a serious illness, suffering, turning to God is a common practice. But with the continuous deterioration of the condition, the low effectiveness of therapy, a kind of "corrosion" of Faith may occur, when doubts overwhelm: "it does not help ..., it means nothing." Against this background, the non-suicidal effect of faith is significantly reduced. That requires a more focused and specific work of the priest, especially in palliative medicine centers, hospices, cancer centers, etc.

Conclusions

The issue of faith, the Church and the anti-suicide barriers they create is certainly interesting and actual. The prevalence and depth of the social integration of the Church institution is the widest opportunity to create potential primary anti-crisis "cells", and competent and complementary interaction with the crisis medical service is the key to the future preventive work effectiveness.

It seems necessary to further transfer the existing knowledge and practical approaches from clinical suicidology to the arsenal of the clergy.

Литература / References:

- WHO: Suicide Data. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Date Views 21.08.2021).
- Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М., Жмуров В.А., Шнейдер В.Э., Безносос Е.В., Севастьянов А.А. Регистрация и учёт суицидальных попыток. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 104-111. [Zotov P.B., Rodyashin E.V., Petrov I.M., Zhmurov V.A., Shneider V.E., Beznosov E.V., Sevastianov A.A. Registration and account of suicidal attempts. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 104-111.] (In Russ)
- Пашковский В.Э., Шамрей В.К., Софронов А.Г., Днов К.В., Рутковская Н.Н. Суицидальное поведение и религиозность. *Суицидология*. 2015. 6 (3): 30-41. [Pashkovskiy V.E., Shamrei V.K., Sofronov A.G., Dnov K.V., Rutkovskaya N.S. Suicidal behavior and Religiosity. *Suicidology*. 2015; 6 (3): 30-41.] (In Russ)
- Lawrence R., Oquendo M., Stanley B. Religion and Suicide Risk: a systematic review. *Arch Suicide Res*. 2016; 20 (1): 1–21. DOI: 10.1080/13811118.2015.1004494
- Zhang J., Xu H. The effects of religion, superstition, and perceived gender inequality on the degree of suicide intent: a study of serious attempters in China. *Omega*. 2007; 55 (3): 185–197.
- Spoerri A., Zwahlen M., et al. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*. 2010; 39: 1486–1494.
- Sisask M., Varnik A., et al. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. *Archives of Suicide Research*. 2010; 14: 44–55.
- Caribe A.C., Nunez R., et al. Religiosity as a Protective Factor in Suicidal Behavior A Case-Control Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012; 200 (10): 863–867. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31826b6d05
- Wu A., Wang J.-Y., Jia C.-X. Religion and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015; 10 (6): e0131715. DOI: 10.1371/journal.pone.0131715
- Меринов А.В., Байкова М.А. Анализ влияния наличия веры в Бога на суицидологические показатели и клинико-психологические характеристики студентов старших курсов ВУЗа. *Суицидология*. 2016; 7 (1): 29-40. [Merinov A.V., Baykova M.A. Analysis of the influence of the availability of Faith in God on suicidological indicators and clinical-psychological characteristics of student of senior courses of the University. *Suicidology*. 2016; 7 (1): 29-40.] (In Russ)
- Carli V., Mandelli L., et al. Serious suicidal behaviors: Socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. *Nordic journal of psychiatry*. 2014; 68 (1): 44–52. DOI: 10.3109/08039488.2013.767934
- Сомкина О.Ю., Меринов А.В., Байкова М.А., Лукашук А.В., Цуканова И.С. Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью. *Медицинская наука и образование Урала*. 2016; 17 (1): 112-116. [Somkina O.Ju., Merinov A.V., Bajkova M.A., Lukashuk A.V., Cukanova I.S. Auto-aggressive personality and psychological characteristics of women suffering from alcohol dependence. *Medical science and education of the Urals*. 2016; 17 (1): 112-116.] (In Russ)

13. Шапов О.В., Троицкая И.В. Возможности православной церкви в профилактике суицида: Издательство Русской христианской гуманитарной академии, СПб.: 2020. 1 (1): 25-31. [Shapov O.V., Troitsaya I.V. Opportunities of the Orthodox Church in Suicide Prevention. Spb.: 2020. 1 (1): 25-31.] (In Russ)
14. Gearing R.E., Lizardi D. Religion and Suicide. *Journal of Religion & Health*. 2009; 48(3): 332-341. DOI: 10.1007/s10943-008-9181-2
15. Sisask M., Varnik A. et al. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2010; 14 (1): 44-55.
16. Библия книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. Вт. 21:23; 213. [Bible Books of the Old and New Covenant. Deuteronomy 21:23; 213.] (In Russ)
17. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом. Автореф. дис...канд. мед. наук. Москва, 2001. 21 с. [Merinov A.V. *Auto-aggressive aspects of marriage in families of patients with chronic alcoholism*: abstract. dis kand. med. sciences. Moscow; 2001. 21 p.] (In Russ)
18. Rasic D., Kisely S., et al. Protective associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk, suicidal behaviours and substance use in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 132 (3): 389-395.
19. Hamdan S., Peterseil-Yaul T. Exploring the psychiatric and social risk factors contributing to suicidal behaviors in religious young adults. *Psychiatry Res*. 2020 May; 287: 112449. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.06.024
20. Simonson R.H. Religiousness and non-hopeless suicide ideation. *Death Studies*. 2008; 32 (10): 951-960.
21. Лукашук А.В., Меринов А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2016; 2: 67-71. [Lukashuk A.V., Merinov A.V. Self-harm in adolescents: approaches to therapy. *Young Science (Eruditio Juvenium)*. 2016; 2: 67-71.] (In Russ)

RELIGIOUS AND ECCLESIASTICAL POSSIBILITIES OF AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOR PREVENTION: A SUICIDOLOGIST'S VIEW

A.V. Merinov, P.B. Zotov,
I.M. Shishkova

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

The article is devoted to the analysis of the possibilities of interaction between clinical suicidology and the Church Institute. The analysis of possible scenarios of effective friendly work that can increase the effectiveness of preventive measures aimed at reducing the indicators of suicidal and non-suicidal auto-aggression is carried out. It is seen as necessary to increase the anti-suicidal work of the clergy further, to increase their level of suicidal alertness, to create standardized logistics for an auto-aggressive parishioner and clear schemes of interaction with the resources of the medical service. The issue of faith, the Church and the anti-suicide barriers they create is certainly interesting and actual. The prevalence and depth of the social integration of the Church institution is the widest opportunity to create potential primary anti-crisis "cells", and competent and complementary interaction with the crisis medical service is the key to the future effectiveness of preventive work.

Keywords: suicidology, church, religiosity, prevention of suicidal behavior, auto-aggressive behavior

Вклад авторов:

A.V. Меринов: разработка дизайна, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
P.B. Зотов: написание и редактирование текста рукописи;
I.M. Шишкова: перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

A.V. Merinov: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
P.B. Zotov: article writing, article editing;
I.M. Shishkova: translated relevant publications, article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 01.10.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 20.11.2021.

Для цитирования: Меринов А.В., Зотов П.Б., Шишкова И.М. Религиозно-церковные возможности профилактики аутоагрессивного поведения: взгляд суицидолога. *Суицидология*. 2021; 12 (4): 3-15.
doi.org/10.32878/suiciderus.20-12-04(45)-3-15

For citation: Merinov A.V., Zotov P.B., Shishkova I.M. Religious and ecclesiastical possibilities of auto-aggressive behavior prevention: a suicidologist's view. *Suicidology*. 2021; 12 (4): 3-15.
doi.org/10.32878/suiciderus.20-12-04(45)-3-15 (In Russ / Engl)