

© Говоров С.А., 2026; © Солондаев В.К., 2026;  
 © Суворова Д.А., 2026; © Олейчик М.И., 2026;  
 © Омельченко М.А., 2026; © Иванова Е.М., 2026;  
 © Чайка Ю.А., 2026

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК/UCD 616.89-008

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-64-77>

## Особенности восприятия интернет-мемов суицидально-депрессивной тематики при клинической депрессии

Говоров С.А.<sup>1</sup>, Солондаев В.К.<sup>2</sup>, Суворова Д.А.<sup>3</sup>, Олейчик М.И.<sup>1</sup>, Омельченко М.А.<sup>4</sup>, Иванова Е.М.<sup>1,3</sup>, Первичко Е.И.<sup>5</sup>, Чайка Ю.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», Ярославль, Россия

<sup>3</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова), Москва, Россия

<sup>4</sup>ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

<sup>5</sup>ФГБОУ «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Станислав Александрович Говоров, [stsgovorov@hotmail.com](mailto:stsgovorov@hotmail.com)

### Резюме

**Обоснование:** проведение исследования обусловлено высокой распространенностью депрессивных расстройств и растущим интересом клиницистов и психологов к значимости интернет-мемов суицидально-депрессивной (СД) тематики как фактора суицидального риска и потенциального копинг-ресурса. Немногочисленные эмпирические исследования в этой области проведены в онлайн-формате с психометрической оценкой депрессии респондентов. **Цель работы** — изучение особенностей восприятия различных категорий СД-мемов на выборке психиатрических пациентов с диагностированным депрессивным синдромом. **Пациенты, контрольная группа, методы:** в исследовании участвовали 84 пациента ФГБНУ НЦПЗ с депрессивным синдромом (F31, F32, F33, F21 по МКБ-10) и 42 человека без диагностированных психических расстройств (контрольная группа). **Методы:** для оценки таких характеристик мемов СД-тематики, как забавность, понятность и аверсивность 38 интернет-мемов разделили на 4 группы: мемы СД-тематики с тремя типами кульминаций («идея суицида/депрессии», «негативное отношение к суициденту/человеку в депрессии», «альтернатива суициду/депрессии») и контрольные мемы (мемы общей тематики, не связанные с суицидом или депрессией). Использованы психометрические шкалы и опросники (BDI, BHS, PhoPhiKat, CHS, ISMI-9); авторские методики (оценка репрезентации суицида, оценка способности к генерации юмора); клиническое интервью. **Результаты:** клиническая группа продемонстрировала более низкие показатели понимания контрольных мемов ( $p = 0,001$ ). Качественный анализ показал высокую сензитивность пациентов к СД-юмору — от полного неприятия до активного использования как копинга. В обеих группах мемы с кульминацией «альтернатива суициду/депрессии» оценивались как наименее смешные, а мемы «негативное отношение к суициденту/человеку в депрессии» — как наиболее неприятные. Обследованные депрессивные пациенты сохраняли способность к генерации юмора в стрессовых ситуациях, но реже ее использовали. **Выводы:** СД-мемы с различными типами кульминаций воспринимаются по-разному. Их использование интернет-пользователями в повседневном общении требует крайней осторожности из-за высокого риска негативных реакций. СД-юмор воспринимается как более допустимый, если он создается и распространяется людьми, имеющими личный опыт психических расстройств. Индикаторами тяжести депрессивной симптоматики могут являться как повышенная привлекательность, так и резкое неприятие СД-юмора.

**Ключевые слова:** депрессия, суицид, интернет-мемы, депрессивный юмор, черный юмор, копинг-стратегии, стигматизация, психологическая дистанция

**Для цитирования:** Говоров С.А., Солондаев В.К., Суворова Д., Олейчик М.И., Омельченко М.А., Иванова Е.М., Первичко Е.И., Чайка Ю.А. Особенности восприятия интернет-мемов суицидально-депрессивной тематики при клинической депрессии. *Психиатрия*. 2026;24(1):64–77. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-64-77>

RESEARCH

UDC 616.89-008

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-64-77>

## Perception of Depressive and Suicide Internet Memes in Clinical Depression

Stanislav A. Govorov<sup>1</sup>, Vladimir K. Solondaev<sup>2</sup>, Darya A. Suvorova<sup>3</sup>, Michael I. Oleychik<sup>1</sup>, Maria A. Omelchenko<sup>4</sup>, Elena M. Ivanova<sup>1,3</sup>, Elena I. Pervichko<sup>5</sup>, Yulia A. Chaika<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

<sup>2</sup>P.G. Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia

<sup>3</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

<sup>4</sup>Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

<sup>5</sup>Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Corresponding author: Stanislav A. Govorov, [stsgovorov@hotmail.com](mailto:stsgovorov@hotmail.com)

## Summary

**Background:** the relevance of this study is determined by the high prevalence of depressive disorders and the growing interest of clinicians and psychologists in the significance of suicidal-depressive (SD) internet memes as both a risk factor for suicide behavior and a potential coping resource. The limited empirical research in this area has been conducted online with psychometric assessment of respondents' depression. **The aim of study** is to investigate the specifics of the perception of various categories of SD memes by psychiatric patients with depressive syndrome. **Patients, Control Group, Methods:** the study involved 84 patients from the Mental Health Research Centre with a diagnosed depressive syndrome (F31, F32, F33, F21 according to ICD-10) and 42 individuals without diagnosed mental disorders (control group). Methods: assessment of funniness, comprehensibility, and aversiveness of 38 internet memes divided into 4 groups: SD memes with three types of punchlines ("the idea of depression/suicide", "negative attitudes towards a depressed/suicidal person", "alternative to depression/suicide") and control memes (not related to depression or suicide); psychometric scales and questionnaires (BDI, BHS, PhoPhiKat, CHS, ISMI-9); author's own development methods (assessment of suicide representations, assessment of humor creation ability); clinical interview. **Results:** the clinical group demonstrated lower comprehension of the control memes ( $p = 0,001$ ). Qualitative analysis revealed patients' high sensitivity to SD humor — ranging from complete rejection to an active use as a coping mechanism. In both groups, memes with the "alternative to depression/suicide" punchline were rated as the least funny, and memes with a "negative attitudes towards a depressed/suicidal person" punchline were rated as the most unpleasant. Patients preserve the ability to generate humor in stressful situations but employ it less often. **Conclusions:** SD memes with different types of punchlines are perceived differently. Their use in everyday communication by internet users requires extreme caution due to the high risk of negative reactions. SD humor is perceived as more acceptable if it is created and disseminated by people with personal experience of mental disorders. Indicators of the depressive symptoms' severity may include both increased attraction to and total rejection of SD humor.

**Keywords:** depression, suicide, internet memes, depressive humor, dark humor, coping strategies, stigmatization, psychological distance

**For citation:** Govorov S.A., Solondaev V.K., Suvorova D., Oleychik M. I., Omelchenko M.A., Ivanova E.M., Pervichko E.I., Chaika Yu.A. Perception of Depressive and Suicide Internet Memes in Clinical Depression. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(1):64–77. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-64-77>

## ВВЕДЕНИЕ

В разных странах мира, включая РФ, распространенность депрессивных расстройств в течение жизни достигает 9–13% [1]. В то же время значительное число страдающих депрессией не имеют доступа к необходимому лечению: согласно данным 2000–2019 г., в странах со средним и низким уровнем дохода эта цифра достигает 75% [2]. Это обуславливает необходимость разработки программ психосоциальной помощи, рассчитанных на охват широких слоев населения.

В поиске эффективных методов терапии депрессивных состояний исследователи все чаще обращаются к нестандартным подходам, среди которых особый интерес представляет использование юмора и смеха как терапевтической интервенции. Эмпирические данные демонстрируют их значительный потенциал и высокую эффективность в отношении депрессивной симптоматики [3]. Тем не менее несмотря на в целом положительную репутацию юмора в сфере психического здоровья, отдельные его разновидности зачастую оцениваются как негативные и нежелательные. В частности, речь идет о суицидально-депрессивном юморе [4], также обозначаемом другими исследователями как юмор «цинично-пессимистический» [5] или «депрессивный» [6]. Суицидально-депрессивный (далее — СД) юмор представляет собой совокупность шуток и юмористических интернет-мемов, затрагивающих такие симптомы депрессии, как сниженное настроение, безнадежность, суицидальную идеацию и т.д. Термин «юмористический интернет-мем» (далее — мем) будет использоваться в значении циркулирующего в Интернете медиаобъекта юмористического содержания, как

правило, состоящего из визуального изображения и короткой подписи.

Значительное количество исследований указывает на особую популярность СД-юмора среди лиц с депрессивной симптоматикой [6–10]. U. Akram и соавт. [6] объясняют этот феномен тем, что для лиц, страдающих депрессией, характерны когнитивные искажения в сторону негативных стимулов сразу в нескольких аспектах обработки информации: внимание, интерпретация и память.

Отечественные исследователи в основном акцентируют внимание на негативных аспектах СД-юмора, таких как повышение риска суицидального поведения [4] и блокирование конструктивных копинг-стратегий [8]. В.С. Ефремов [11] отмечает, что «зловещий смех» и черные шутки могут быть более серьезными индикаторами острого суицидального кризиса, чем плач и жалобы. При этом все же допускается, что СД-мемы могут функционировать как средство успокоения и облегчения тяжелого эмоционального состояния, как минимум, в краткосрочной перспективе [4, 8]. Среди зарубежных авторов в последнее время все чаще звучит мнение о том, что страницы социальных сетей, посвященные мемам о психических расстройствах, способствуют выражению сложных эмоций новым творческим способом, обеспечивая социальные связи с другими людьми, испытывающими похожие переживания [6, 12]. В частности, исследование U. Akram и соавт. [6] показало, что респонденты с депрессивной симптоматикой чаще оценивали СД-мемы как забавные, способные поднять настроение человеку в депрессии и релевантные («relatable») личному опыту и переживаниям. К.Ж. Gardner и соавт. [12], хотя и относят СД-юмор к самоуничижительному стилю, который

часто оценивается исследователями как негативный и нежелательный [13], отмечают, что он может отражать не столько самоуничижение, сколько самоиронию и принятие себя.

Необходимо отметить, что практически все современные исследования юмора СД-тематики проходят в формате онлайн-опросов, где депрессивная симптоматика оценивается психометрически.

На наш взгляд, серьезным ограничением большинства работ в этой области является недифференцированный подход к СД-юмору. Основной научный спор ведется вокруг степени его адаптивности/деадаптивности как копинг-стратегии. В то же время значительное количество исследований указывают на то, что шутки на тему психических расстройств и суицида могут использоваться не только как способ поддержки и построения социальных связей, но и как способ стигматизации лиц с психическими заболеваниями. Использование циничного и враждебного юмора в отношении этой социальной группы широко распространено и в социальном окружении пациентов [14], и в СМИ [15], и среди медицинского персонала [16]. Исследование юмора на тему расовой принадлежности [17] также указывает на то, что шутки на одну и ту же тему могут быть как поддерживающими, так и враждебными, уничижительными. Отечественными исследователями предлагалось несколько подходов к классификации СД-юмора [9; 18]. Особый интерес представляет классификация мемов на тему суицида, созданная Л.С. Усмановой [18], в которой она среди прочих выделяет «высмеивающие» мемы и мемы «анти-суицидальные», изображающие причины продолжать жить (например, релиз долгожданного фильма). Однако, насколько нам известно, на сегодняшний день отсутствуют эмпирические подтверждения того, что различные категории СД-мемов, выделенные в вышеприведенных классификациях, воспринимаются интернет-пользователями по-разному.

**Цель исследования** — изучить особенности восприятия различных категорий СД-мемов психиатрическими пациентами с диагностированным депрессивным синдромом.

Основные гипотезы: 1) различные категории СД-мемов воспринимаются по-разному; 2) существуют различия в восприятии различных категорий СД-мемов между пациентами с депрессивным синдромом и контрольной группой психически здоровых лиц.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

### Пациенты

Клиническую группу составили 84 пациента с депрессивным синдромом непсихотического уровня. Все пациенты (42 мужчины и 42 женщины; возраст:  $M = 22,27$ ,  $SD = 5,08$ ) проходили стационарное лечение в клинике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Период сбора данных: с апреля 2024 г. по апрель 2025 г.

**Критерии включения:** пациенты в возрасте 16–35 лет с диагностированным депрессивным синдромом в рамках биполярного аффективного расстройства (F31), единичного депрессивного эпизода (F32), рекуррентного депрессивного расстройства (F33), шизотипического расстройства (F21) по классификации МКБ-10. Диагнозы устанавливались лечащим врачом-психиатром. Все пациенты обследованы на этапе становления ремиссии, незадолго до выписки из стационара.

**Критерии не включения:** психотическая симптоматика; органическое заболевание ЦНС; хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации; психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ, алкоголизма, наркомании; умственная отсталость.

Контрольную группу составили 42 студента РНИМУ им. Пирогова без диагностированных неврологических и психических заболеваний, а также без суицидальных попыток в анамнезе (20 мужчин и 22 женщины; возраст:  $M = 21,69$ ,  $SD = 4,11$ ).

### Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 гг., и одобрено Локальным Этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (Протокол №918 от 02.11.2023). Все участники были заранее ознакомлены с целями и процедурой исследования, возможными нежелательными явлениями, а также с особенностями предъявляемого стимульного материала. Участие являлось добровольным и могло быть прекращено испытуемым на любом этапе без объяснения причин и негативных последствий. Участники клинической группы допускались к исследованию только после предварительного согласования с лечащим врачом.

### Ethical aspects

All examined participants signed the informed consent before participating in the study. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of Mental Health Research Centre (protocol No. 918 from 2023-11-02). The present study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024. All participants were informed in advance about the aims and methods of the study, possible adverse events, and the specifics of the stimulus material. Participation was entirely voluntary, and respondents could withdraw from the study at any point without explanation and with no negative consequences. Enrollment of clinical group participants allowed only following prior approval from their attending psychiatrist.

### Процедура

Исследование проводилось в два этапа. Участникам предлагалось заполнить анкетные данные и ряд методик в формате онлайн-опроса (средняя продолжительность — 50 мин.). Второй этап представлял собой полуструктурированное интервью, направленное на выявление индивидуальных особенностей восприятия

и генерации юмора суицидально-депрессивной тематики. Интервьюирование проводилось либо в тот же день, либо на следующий и в среднем занимало 45 мин.

Необходимо отметить, что участники были заранее проинформированы о специфике стимульного материала (мемы СД-тематики). Если они указывали на то, что подобный юмор для них крайне неприятен и оскорбителен, им рекомендовалось воздержаться от участия. На этом этапе от участия отказались двое пациентов, госпитализированных после суицидальной попытки, и трое пациентов без суицидальных попыток в анамнезе, отметивших, что юмор на эти темы для них категорически неприемлем.

### Методы

Методы исследования приводятся в порядке их предъявления.

Онлайн-этап включал следующие показатели и инструментальные оценки:

- 1) Социально-демографические данные: пол, возраст, уровень образования, наличие детей, круг общения (от «почти ни с кем не общаюсь» до «очень широкий»).
- 2) Вопросы о субъективной и воспринимаемой окружающими оценке своего чувства юмора: «Как бы Вы оценили свое чувство юмора?», «По Вашему мнению, как бы Ваши близкие и друзья оценили Ваше чувство юмора?» (7-балльная шкала Лайкерта от «очень плохое» до «очень хорошее»).
- 3) Индивидуальную и воспринимаемую общественную репрезентации суицида (авторская методика, разработанная на основе обзора литературы о преобладающих общественных установках в отношении суицида [19, 20] и протестированная в предшествующем онлайн-исследовании [21]). Методика включает группу вопросов о личном отношении к суициду («По вашему мнению, самоубийство — это проявление трусости — мужества», «...слабости — силы», «... глупое решение — обдуманное, взвешенное решение») и о воспринимаемых общественных установках по отношению к суициду («По мнению общества, самоубийство — это < те же варианты >»). Для регистрации ответов использовалась 7-балльная шкала Лайкерта от «-3» до «+3».
- 4) Интернет-мемы: оценка 38 мемов (28 мемов СД-тематики и 10 контрольных мемов, не связанных с темами депрессии и/или суицида). Мемы СД-тематики включали три категории: 1) кульминация «идея суицида/депрессии» — 9 мемов; 2) кульминация «негативное отношение к суициденту/человеку в депрессии» (напр., осуждение, равнодушие, враждебность) — 10 мемов; 3) кульминация «альтернатива суициду/депрессии» (напр., обращение за помощью, психотерапия, отказ от суицида) — 9 мемов. Отбор интернет-мемов и их оценки независимыми

экспертами были произведены в предшествующем онлайн-исследовании [21], там же были опубликованы примеры использованных мемов.

Для оценки мемов использовались три 8-балльные шкалы Лайкерта («смешной», «понятный», «неприятные чувства»), где «0» соответствовал вариантам ответов «мем совершенно несмешной», «Вы совершенно не поняли мем», «полное отсутствие неприятных чувств», «7» — «мем очень смешной», «Вы поняли мем очень быстро и легко», «мем вызывает острые неприятные чувства (например, шутка кажется Вам слишком резкой, агрессивной, вызывающей отвращение, недопустимой в общении)».

- 5) Опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) в отечественной адаптации [22]. Опросник предназначен для выявления симптомов депрессии на момент обследования и состоит из 21 группы утверждений, соответствующих различным степеням выраженности того или иного симптома. При интерпретации данных используется суммарный балл по всем группам утверждений.
  - 6) Шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS) в отечественной адаптации [23]. Психометрические характеристики шкалы позволяют использовать ее для скрининга и диагностики суицидального риска. Респондентам предлагается отметить степень согласия с 11 утверждениями, отражающими различные представления о будущем. При интерпретации используется суммарный балл по всем группам утверждений.
  - 7) Авторская методика «Способность к генерации юмора в стрессовых ситуациях» представляет собой 5 утверждений, отражающих наиболее частые причины стресса у россиян: работа, финансовое положение, военно-политическая ситуация, проблемы со здоровьем, здоровье близких [24] (например, «В последние несколько месяцев Ваше финансовое положение значительно ухудшилось, и Вы беспокоитесь, хватит ли Вам денег на привычные расходы»). Соответствие утверждений выше обозначенным стрессорам было подтверждено двумя независимыми экспертами-лингвистами.
- Участникам предлагалось придумать и написать шутку или смешную фразу, которой они могли бы себя поддержать в предложенных обстоятельствах, с уточнением, что шутка необязательно должна быть объективно смешной и понятной окружающим. Если шутку придумать не удавалось или участники считали неприемлемым шутить в данных обстоятельствах, им предлагалось поставить прочерк. Способность к генерации юмора в стрессовых обстоятельствах оценивали суммарным количеством придуманных шуток от 0 до 5.
- 8) Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat (The Russian-language adaptation of

**Таблица 1.** Межгрупповые различия психологических параметров респондентов  
**Table 1** Intergroup differences of respondents' psychological parameters

Параметр/Parameter	Клиническая группа/Clinical group (N = 84)	Контрольная группа/Control group (N = 42)	p
Депрессия, общий балл (BDI)/Depression, total score (BDI), M (SD)	22,17 (12,29)	9,07 (8,6)	< 0,001
Безнадежность, общий балл/Hopelessness, total score M (SD)	26,37 (8)	17,31 (6,31)	< 0,001
Индивидуальная репрезентация суицида/Individual representation of suicide M (SD)	-1,81 (3,69)	-4,26 (3,93)	0,001
Общественная репрезентация суицида/Social representation of suicide, M (SD)	-5,62 (3,93)	-6,19 (3,22)	0,57
Субъективная оценка чувства юмора/Subjective assessment of the sense of humor, M (SD)	4,95 (1,46)	5,55 (1,13)	< 0,05
Воспринимаемая оценка чувства юмора другими/Perceived assessment of the sense of humor, M (SD)	4,86 (1,42)	5,57 (1,09)	< 0,05
Генерация юмора/Humor creation ability, M (SD)	2,52 (2,02)	3,17 (1,74)	0,09
Копинг-юмор (CHS)/Coping humor (CHS), M (SD)	21,29 (5,85)	24,67 (5,38)	< 0,05
Гелотофобия/Gelotophobia, M (SD)	2,49 (0,76)	1,9 (0,63)	< 0,001
Гелотофилия/Gelotophilia, M (SD)	2,46 (0,72)	2,7 (0,65)	0,1
Катагеластичизм/Katagelasticism, M (SD)	2,51 (0,67)	2,77 (0,59)	< 0,05

Примечание: значимые различия выделены полужирным.  
 Note: significant differences are highlighted in bold.

the questionnaire for gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism PhoPhiKat) [25], состоящий из 30 утверждений для оценки 3 шкал: гелотофобия (страх насмешки) — 10 пунктов; гелотофилия (стремление выглядеть смешным) — 10 пунктов; катагеластичизм (стремление высмеивать окружающих) — 10 пунктов. Респонденту предлагается отметить степень согласия с каждым из утверждений. При интерпретации используется средний балл по каждой из шкал.

- 9) Шкала совладания с помощью юмора (Coping Humor Scale, CHS) в отечественной адаптации [26], состоящая из 7 утверждений, отражающих склонность использовать юмор как инструмент копинга. Баллы по всем утверждениям суммируются.
- 10) Опросник интернализированной стигмы психического состояния (самостигматизации) ISMI-9 в отечественной адаптации [27]. Подсчитывали средний балл по 9 утверждениям, касающимся различных аспектов самостигматизации. Данный опросник заполняли только участники клинической группы.

В конце опроса респондентам предлагалась короткая процедура дебрифинга — вспомнить о своем самом приятном событии и описать его.

Полуструктурированное интервью включало в себя следующую основную группу вопросов: «Как Вы относитесь к шуткам и мемам на тему суицида, депрессии, психических расстройств?», «Может ли подобная шутка Вас рассмешить/поддержать?», «Можно ли Вас обидеть шуткой на эти темы?». Далее, в зависимости от ответов, участникам предлагалось подробнее раскрыть тот или иной аспект восприятия и генерации юмора, а также привести примеры из личного опыта.

### Демографические, социально-адаптационные и первичные клинические данные

Участники исследования преимущественно не были женаты/замужем и не состояли в романтических отношениях (68% и 57% в клинической и контрольной группах соответственно), не имели детей (100% в обеих группах), были с неоконченным высшим или высшим образованием (51% и 100% соответственно). 77% пациентов охарактеризовали свой круг общения как узкий или «почти ни с кем не общаюсь», в то время как в контрольной группе 68% оценили свой круг общения как широкий. В клинической группе преобладали выраженная и тяжелая степень депрессии (57%), 25% пациентов имели суицидальную попытку в анамнезе. В контрольной группе — отсутствие и легкая степень депрессии (83%). Уровень суицидального риска в клинической группе в основном был низкий и средний (64%), в контрольной группе — крайней низкий и низкий (84%). У 32% участников клинической группы был выявлен высокий уровень самостигматизации.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Межгрупповые различия психологических параметров респондентов

Межгрупповые различия результатов методик определялись по критерию Манна-Уитни с поправкой на множественные сравнения Бенджамини-Хохберга (табл. 1).

Клиническая группа ожидаемо продемонстрировала значимо более высокие показатели депрессии и безнадежности. Индивидуальная репрезентация суицида в клинической группе менее негативная, чем в контрольной. Что касается общественной репрезентации суицида, значимых межгрупповых различий не выявлено — обе группы оценивают отношение к суициду

**Таблица 2.** Внутригрупповые различия по оценкам мемов  
**Table 2** Intragroup differences of memes' rating

Категория мемов/Memes' category	Клиническая группа/Clinical group (N = 84)		Контрольная группа/Control group (N = 42)	
	M 1 (SD 1) M 2 (SD 2)	p	M 1 (SD 1) M 2 (SD 2)	p
<b>Забавность/Funniness</b>				
Кульминация 1/Punchline 1 Кульминация 2/Punchline 2	2,28 (1,91) 2,14 (1,87)	0,42	2,54 (1,46) 2,59 (1,61)	0,97
Кульминация 1/Punchline 1 Кульминация 3/Punchline 3	2,28 (1,91) 1,8 (1,75)	< 0,001	2,54 (1,46) 1,88 (1,48)	< 0,001
Кульминация 2/Punchline 2 Кульминация 3/Punchline 3	2,14 (1,87) 1,8 (1,75)	< 0,001	2,59 (1,61) 1,88 (1,48)	0,001
Кульминация 1/Punchline 1 Контрольные мемы/Control memes	2,28 (1,91) 2,2 (1,95)	0,44	2,54 (1,46) 2,89 (1,58)	0,01
Кульминация 2/Punchline 2 Контрольные мемы/Control memes	2,14 (1,87) 2,2 (1,95)	0,42	2,59 (1,61) 2,89 (1,58)	0,045
Кульминация 3/Punchline 3 Контрольные мемы/Control memes	1,8 (1,75) 2,2 (1,95)	< 0,001	1,88 (1,48) 2,89 (1,58)	< 0,001
<b>Понятность/Comprehensibility</b>				
Кульминация 1/Punchline 1 Кульминация 2/Punchline 2	5,49 (1,67) 5,58 (1,77)	0,29	6,08 (1,2) 6,3 (1,16)	0,02
Кульминация 1/Punchline 1 Кульминация 3/Punchline 3	5,49 (1,67) 5,54 (1,88)	0,29	6,08 (1,2) 6,3 (1,17)	0,21
Кульминация 2/Punchline 2 Кульминация 3/Punchline 3	5,58 (1,77) 5,54 (1,88)	0,58	6,3 (1,16) 6,3 (1,17)	0,99
Кульминация 1/Punchline 1 Контрольные мемы/Control memes	5,49 (1,67) 5,58 (1,8)	0,21	6,08 (1,2) 6,47 (1,07)	< 0,001
Кульминация 2/Punchline 2 Контрольные мемы/Control memes	5,58 (1,77) 5,58 (1,8)	0,96	6,3 (1,16) 6,47 (1,07)	0,01
Кульминация 3/Punchline 3 Контрольные мемы/Control memes	5,54 (1,88) 5,58 (1,8)	0,96	6,3 (1,17) 6,47 (1,07)	0,04
<b>Неприятные чувства/Aversiveness</b>				
Кульминация 1/Punchline 1 Кульминация 2/Punchline 2	1,07 (1,64) 1,49 (1,75)	< 0,001	0,92 (1,39) 1,25 (1,48)	0,001
Кульминация 1/Punchline 1 Кульминация 3/Punchline 3	1,07 (1,64) 1,04 (1,64)	0,977	0,92 (1,39) 0,67 (1,21)	0,03
Кульминация 2/Punchline 2 Кульминация 3/Punchline 3	1,49 (1,75) 1,04 (1,64)	< 0,001	1,25 (1,48) 0,67 (1,21)	< 0,001
Кульминация 1/Punchline 1 Контрольные мемы/Control memes	1,07 (1,64) 0,73 (1,33)	< 0,001	0,92 (1,39) 0,55 (,88)	0,03
Кульминация 2/Punchline 2 Контрольные мемы/Control memes	1,49 (1,75) 0,73 (1,33)	< 0,001	1,25 (1,48) 0,55 (,88)	< 0,001
Кульминация 3/Punchline 3 Контрольные мемы/Control memes	1,04 (1,64) 0,73 (1,33)	0,002	0,67 (1,21) 0,55 (,88)	0,42

*Примечание:* кульминация 1 «идея суицида/депрессии»; кульминация 2 «негативное отношение к суициденту/ человеку в депрессии»; кульминация 3 «альтернатива суициду/депрессии».

*Note:* punchline 1 “the idea of depression/suicide”, punchline 2 “negative attitudes towards a depressed/suicidal person”, punchline 3 “alternative to depression/suicide”.

в обществе как резко негативное. Субъективная оценка своего чувства юмора, воспринимаемая респондентом оценка окружающими собственного чувства юмора, показатели копинг-юмора и катагеластизма (стремление высмеивать окружающих) в клинической группе значимо ниже, а показатели гелотофобии — значимо выше в сравнении с контрольной группой. В способности к генерации юмора в стрессовых ситуациях

и гелотофии (стремление выглядеть смешным) значимых межгрупповых различий не выявлено.

**Межгрупповые различия оценок мемов**

Межгрупповые различия оценок мемов определяли по критерию Манна–Уитни с поправкой на множественные сравнения Бенджамини–Хохберга.

Выявлено единственное статистически значимое различие оценок: контрольные мемы оценены

клинической группой как менее понятные в сравнении с контрольной.

#### **Внутригрупповые различия оценок мемов**

Затем были проанализированы различия в оценках мемов с разными кульминациями внутри каждой из групп отдельно (метод Манна–Уитни, поправка на множественные сравнения Бенджамини–Хохберга) (табл. 2).

Анализ внутригрупповых различий выявил следующую структуру предпочтений интернет-мемов в двух группах:

В контрольной группе кульминация 3 «альтернатива суициду/депрессии» — наименее смешная, а контрольные мемы — наиболее смешные из всех. Значимых различий в оценке забавности кульминаций 1 и 2 («идея суицида/депрессии» и «негативное отношение к суициденту/человеку в депрессии») не выявлено. Контрольные мемы — наиболее понятные из всех. Кульминация 2 более понятна в сравнении с кульминацией 1, а также она была оценена как наиболее неприятная из всех. Кульминация 3 и контрольные мемы — наименее неприятные.

В клинической группе кульминация 3 «альтернатива суициду/депрессии» также оценивается как наименее смешная среди всех групп мемов. Однако остальные категории мемов оцениваются как одинаково смешные в сравнении друг с другом. В отличие от контрольной группы, по шкале «понятность» различий в оценках не обнаружено. Кульминация 2 «негативное отношение к суициденту/человеку в депрессии» — наиболее неприятная из всех категорий мемов. Контрольные мемы — наименее неприятные. Различий между кульминацией 1 и 3 по шкале «неприятные чувства» не выявлено.

#### **Качественный анализ интервью**

Анализ интервью выявил, что участники контрольной группы относятся к СД-юмору в целом нейтрально, и его актуальность носит ограниченный, ситуативный характер.

*К1 (участник контрольной группы 1): Это обычно что-то типа: подруга у меня разлила сироп, не хотела убирать и сказала: «я убью себя». Я думаю, это просто как усиление идет, когда человек ... что-то не хочет делать очень сильно.*

*К2: Когда что-то неприятное такое происходит, тяжелое, грустный мем может поднять настроение... Это и смешно, и грустно одновременно.*

*К3: Смотря какие, не знаю. В детстве смеялся над «колобок повесился», друзьям в школе рассказывал. И это тоже про суицид... хотя вот депрессивной эту шутку не назовешь.*

*К4: Смотря с кем. Опять же, если у человека нет суицидальных наклонностей, или если для него это в прошлом, он прожил эту травму своим каким-то образом, та же депрессия, суицидальные мысли, если он это всё пережил у себя, тогда спокойно.*

*К5: Не могу вспомнить ничего такого. Один знакомый пару раз говорил «убейте меня», когда кто-то*

*кринжа навалит... [сделает что-то странное, стыдное] Но это же про другое, наверное?*

В клинической группе преобладали довольно категоричные мнения о СД-юморе (и положительные, и отрицательные).

*П1 (пациент 1): Для меня такой юмор всегда работал, он помогает всю эту печальную картину заполнить новыми красками. Мне всегда приятно что-нибудь почитать, посмеяться. Одно время я даже админила паблик с мемами про психические расстройства. Это помогало.*

*П2: Вообще не знаю, как можно жить без юмора. А когда ты из больницы не вылезашь и тебе постоянно плохо, о чем еще будешь шутить?*

*П3: Да, эти мемы всегда актуальны. Особенно когда тяжело. Хотя, когда совсем на пике, то всё пропадает. Все мысли в голове только о том, чтобы что-то с собой сделать, тут не до юмора.*

*П4: Такие шутки неприятны. Об этом вообще желательнее не думать, а тут еще издевка. Человек, который через это проходит, никогда не будет шутить над таким.*

*П5: Все эти мемчики, «дед инсайды» [от англ. «dead inside» — сленговый термин, обозначающий состояние апатии и опустошенности, прим. авторов] — это просто романтизация показушно депрессивного состояния, это все обесценивает.*

*П6: Раньше были друзья, которые в полшутку говорили: «Пойду вскрыюсь, и всем станет легче». Показуха... Хотелось резануть ее канцелярским ножом, чтобы она поняла, что ей это не надо. Эту хрень говорят те, кто ни на что не способен.*

*П7: В этих мемах [из онлайн-этапа] я вообще не понял, что там смешного. Это же ... реально может произойти. Прямо вот так. Где тут юмор?*

Также качественный анализ интервью показал, что большинством участников клинической группы СД-юмор воспринимается как более допустимый, если он создается и распространяется людьми, имеющими опыт психических расстройств, а не внешними по отношению к этой группе лицами.

*П8: Если человек про себя шутит, тут могут быть любые шутки, хоть какие «чернушечные». Это его право. А вот другим не стоит.*

*П9: Мне нормально [шутки про психические расстройства], если, например, кто-то, кто шутит, сам через это проходит: депрессия там или что-то. Он точно не будет над тобой смеяться... ну в плохом смысле.*

*П10: Если по шутке я понимаю, что человек шутит из своего личного опыта — тогда ок... Это всегда понятно. Человек в депрессии никогда не будет шутить там «депрессия хихик» или «депрессия в ноль лет».*

*П11: Когда однокурсники смеялись, что я в институт приходил вообще без сил и там... бывало ложился на стол — это конечно обидно. Но здесь вот сосед по палате пошутил как-то, не помню конкретно как... — это совсем другое. Он же в этот момент и над собой тоже смеется.*

## ОБСУЖДЕНИЕ

**Особенности чувства юмора пациентов с депрессивным синдромом**

В настоящем исследовании пациенты с депрессивным синдромом продемонстрировали повышенные показатели гелотофобии (страха насмешки), сниженные — катагеластиицизма (стремление высмеивать окружающих) и сохранные (на уровне контрольной группы) — гелотофилии (стремление выглядеть смешным), что в целом согласуется с данными других авторов [28], за исключением гелотофилии, по которой ранее было показано снижение [28].

Полученные данные о снижении частоты использования юмора в качестве копинг-стратегии по самоотчету в клинической группе согласуются с данными других исследователей [29]. В то же время пациенты с депрессивным синдромом не демонстрируют снижения способности к генерации юмора в стрессовых обстоятельствах. На первый взгляд, эти результаты могут выглядеть противоречиво. Однако исследователи в этой области [30] также указывают на то, что ни способность к генерации юмора в целом, ни способность юмористически описывать стрессовую ситуацию не связаны с депрессивной симптоматикой. Вероятно, меняется сама частота обращения к юмору (и в целом, и как к копинг-стратегии). Так как пациенты демонстрируют не только повышенные значения гелотофобии и пониженные — катагеластиицизма, но и сниженную оценку собственного чувства юмора (как субъективную, так и воспринимаемую), скорее всего, они будут в большей степени избегать юмористической коммуникации в сравнении с условно здоровыми людьми. По всей видимости, это избегание мотивируется не только страхом быть осмеянным, но и опасением, что их собственные шутки не найдут ожидаемого положительного отклика в собеседнике.

Данные соображения позволяют сформулировать следующую практическую рекомендацию: терапевтические вмешательства, основанные на юмористических техниках, должны быть направлены не на развитие способности к генерации юмора, а, в первую очередь, на развитие мотивации к этому при помощи создания психологически безопасных условий, в рамках которых эта способность может быть реализована (положительное подкрепление смехом и избегание негативных реакций в случае неудачи).

**Межгрупповые различия восприятия мемов**

Оценка межгрупповых различий показывает, что восприятие мемов клинической группой не отличается от контрольной группы за исключением одного параметра: у пациентов с депрессивным синдромом снижено понимание контрольных мемов. Различия в этом параметре могут свидетельствовать о трудностях актуализации когнитивных схем, связанных с повседневным межличностным общением, что, вероятно, обусловлено нарастающей социальной изоляцией (большинство пациентов охарактеризовали свой круг

общения как узкий). На фоне отсутствия статистически значимых различий в оценках других категорий мемов, обращают на себя внимание различия в восприятии СД-юмора, выявленные в интервью.

Интервью участников контрольной группы показывают, что они относятся к СД-юмору довольно нейтрально и часто затрудняются дать однозначную оценку этому феномену. В их общении подобный юмор присутствует в довольно узких рамках выражения эмоционального отношения к каким-либо неудачам, чувства неловкости и стыда в ответ на действия окружающих, ситуативного переживания грусти, способа комически утрировать нежелание что-либо делать. Большинство респондентов готовы шутить и смеяться над подобными шутками только при наличии уверенности, что депрессия и суицид не являются серьезными проблемами для кого-либо из участников коммуникации.

Что касается пациентов с депрессивным синдромом, их восприятие и отношение к СД-юмору гораздо более противоречиво. Как можно видеть из вышеприведенных выдержек интервью, эти респонденты демонстрируют повышенную чувствительность к СД-юмору: восприятие подобных шуток ранжируется от активного их использования в качестве копинг-стратегии до резкого неприятия и осуждения. Это согласуется с представлением о том, что юмор о психических расстройствах может восприниматься и как поддерживающий, и как стигматизирующий [31]. Чувствительность пациентов к СД-юмору указывает на то, что индикаторами депрессивной симптоматики и суицидального риска могут являться как высокая привлекательность СД-мемов, так и их категорическое неприятие.

**Внутригрупповые различия восприятия мемов**

Наиболее существенным отличием представляется то, что здоровыми испытуемыми контрольные мемы оцениваются как самые забавные и понятные, в то время как в клинической группе их оценки статистически равнозначны СД-мемам, а по забавности — статистически равнозначны Кульминациям 1 и 2. Это может отражать снижение понимания юмора общей тематики, обусловленного нарастающей социальной изоляцией.

Кульминация 3 («альтернатива суициду/депрессии») воспринимается обеими группами как наименее смешная, что согласуется и с данными нашего онлайн-опроса [21]. Предположительно, это связано с тем, что юмористический компонент в таких мемах минимальный и сводится к визуальной составляющей. В представлении респондентов эти мемы скорее мотивируют отказаться от суицидальных намерений, обратиться за помощью, нежели забавляют. Интересно отметить, что многие пациенты воспринимали такие мемы как обесценивающие их переживания, что ставит под сомнение гипотезу о возможности их использования в терапевтических целях [18].

В обеих группах Кульминация 2 «негативное отношение к суициденту/человеку в депрессии» была оценена как более неприятная в сравнении с Кульминацией 1 («идея суицида/депрессии»), при этом

по шкале «смешного» различий между этими двумя типами мемов выявлено не было. Это подтверждает, что шутка может восприниматься как смешная даже при условии ее высокой аверсивности [32]. Интересно, что контрольная группа оценила Кульминацию 2 как более понятную в сравнении с Кульминацией 1. Это указывает на то, что среди условно здоровых людей когнитивные схемы, связанные с осуждением суицида и депрессии, более доступны, нежели когнитивные схемы, связанные с суицидом и депрессией как таковыми. При этом способность смеяться над обоими типами шуток сохраняется на одинаковом уровне.

Важно отметить, что данные, полученные в ходе интервью, свидетельствуют в пользу того, что респонденты и клинической, и контрольной группы часто оценивали именно Кульминацию 2 как «жесткую» и «циничную». Ниже представлены несколько комментариев респондентов об одном из использованных в стимульном материале СД-мемов.

*К6: ... это ужасно. Но, наверное, поэтому и так смешно, что рвет шаблон.*

*К7: Вот таких циничных шуток точно не должно быть.*

*П12: Я так себя и чувствую почти всегда. Как будто всем просто плевать.*

Повышенная аверсивность всех трех кульминаций СД-юмора в сравнении с контрольными мемами в клинической группе, а также повышенный в этой группе страх насмешки указывают на то, что любой тип СД-юмора может восприниматься пациентами как уничижительный, и к нему необходимо подходить с большой осторожностью. Вследствие особенно высокой аверсивности шуток, транслирующих негативное отношение к суициденту/человеку в депрессии, именно они несут наибольшие риски острых негативных реакций в общении с человеком с психическим расстройством и суицидальной идеацией. Тем не менее клинические интервью показывают, что СД-юмор становится допустимым в случае, если исходит от людей, имеющих опыт психических расстройств. Это согласуется с представлением о том, что уничижительный юмор вызывает меньше неприятных чувств и воспринимается более благосклонно, если шутник принадлежит к социальной группе, на которую этот юмор направлен [33].

Вышеприведенные результаты внутри- и межгрупповых сравнений подтверждают первую гипотезу настоящего исследования: действительно, существует разница в восприятии различных категорий СД-юмора. Вторая гипотеза подтверждена частично: несмотря на выявленную в ходе качественного анализа сензитивность в восприятии СД-юмора в клинической группе, оценки СД-мемов между группами не различались ни по одной шкале. При этом обращает на себя внимание расхождение этих результатов с данными, полученными в онлайн-исследовании [21], в рамках которого было показано, что лица с более выраженной депрессивной симптоматикой и более высоким уровнем суицидального риска оценивают Кульминацию 1

как более понятную, а остальные категории мемов — как менее забавные и более неприятные. Психометрический этап также выявил более выраженную картину внутригрупповых предпочтений СД-юмора: например, лица с более выраженной депрессией выделили Кульминацию 1 как самую смешную в сравнении со всеми другими категориями мемов.

Мы предполагаем, что эти расхождения могут быть объяснены следующим: во многих психологических исследованиях, особенно в онлайн опросах, наблюдается наличие самоотбора (self-selection bias) [34]. Этот вид систематической ошибки возникает, когда выборку составляют мотивированные и заинтересованные в той или иной теме индивиды, что может привести к ее недостаточной репрезентативности.

На наш взгляд, в случае с онлайн-исследованиями мемов, эта проблема стоит особенно остро. Респонденты, как правило, проходят двойной «тест» на заинтересованность: наличие подписки на юмористические паблики и принятие решения об участии в исследовании, связанном с изучением юмора на тему психических расстройств. Заинтересованность в теме, в свою очередь, скорее всего будет предполагать, что человек изначально довольно положительно относится к юмору и способен получать от него удовольствие. Поэтому мы полагаем, что результаты приведенных во введении онлайн исследований, а также нашего онлайн-исследования, репрезентативны не столько в отношении общей популяции, сколько в отношении лиц, которые любят, ценят и разбираются в мемах. Это и обеспечивает формирование более четких статистически значимых трендов в восприятии различных категорий мемов, которые будут определяться предпочтениями конкретных тем, кульминаций, юмористических приемов и др.

#### **«Зона комфорта» СД-юмора**

Дополнительно интересно отметить, что многие пациенты указывали на зависимость способности шутить и смеяться над своим психическим заболеванием и/или суицидальными мыслями от тяжести текущего эмоционального состояния: в наиболее острые, кризисные периоды эта способность полностью пропадала.

*П13: Когда настроение хорошее, то смешно. А в плохом состоянии это [СД-юмор] не считается как юмор, это буквально с тобой происходит.*

*П14: Когда мне очень плохо, я не люблю черный юмор, люблю более комфортные мемы. А когда хорошо, то «норм».*

Действительно, увеличение психологической дистанции способствует усилению восприятия комического в различных ситуациях, причем данный эффект проявляется наиболее выраженно в контексте переживания крайне негативных событий: «зона комфорта» для комедии возникает, когда психологическая дистанция от объекта юмора достаточно велика, чтобы люди чувствовали себя в безопасности, но и не настолько велика, чтобы этот предмет перестал быть совершенно опасным [35]. В случае с СД-юмором, по всей видимости, мы наблюдаем аналогичную картину, из чего

можно сделать вывод о том, что СД-шутки могут быть одновременно и индикатором наличия депрессивной симптоматики и суицидальной идеации, и показателем отсутствия острого кризиса. Предположительно, наиболее опасной с точки зрения суицидального риска является ситуация, в которой пациент, ранее активно шутивший над своим заболеванием и суицидальными мыслями, резко перестает это делать, при этом сохраняя подавленное настроение.

## ВЫВОДЫ

1. Для условно здоровых лиц наиболее привлекательным является юмор общей тематики. Для пациентов с депрессией привлекательность СД-мемов и мемов общей тематики сопоставима, что может отражать трудности понимания юмора общей тематики, обусловленные нарастающей социальной изоляцией.

2. У пациентов с депрессией выявлена более высокая сензитивность в восприятии СД-юмора: от категорического неприятия его как обесценивающего и стигматизирующего до активного использования в качестве копинг-стратегии. Индикаторами тяжести депрессивной симптоматики могут стать как повышенная привлекательность, так и резкое неприятие СД-юмора.

3. СД-мемы с различными типами кульминаций воспринимаются по-разному: как условно здоровые лица, так и пациенты с депрессивным синдромом оценивают мемы с кульминацией «альтернатива суициду/депрессии» как наименее смешные; наиболее неприятными в обеих группах стали мемы с кульминацией «негативное отношение к суициденту/человеку в депрессии».

4. Любой тип СД-юмора воспринимается психиатрическими пациентами как более неприятный в сравнении с мемами общей тематики. Это указывает на необходимость крайней осторожности в использовании подобного юмора в общении с пациентами с депрессивным синдромом.

5. Пациенты с депрессивным синдромом продемонстрировали снижение использования юмора как стратегии совладания (копинга) и заниженную оценку собственного чувства юмора, однако их способность генерировать юмор в стрессовых обстоятельствах остается сохранной. Это указывает на проблему не с умением шутить как таковым, а с опасением быть непонятым и сниженной мотивацией к генерации юмора.

6. СД-юмор воспринимается как более допустимый, если он исходит от людей, имеющих опыт психических расстройств, а не внешних по отношению к этой группе лиц.

Полученные данные вносят вклад в изучение депрессии, демонстрируя, что пациенты с депрессивным синдромом не утрачивают способность к пониманию и генерации юмора, а также к получению удовольствия от юмора. Однако эта способность трансформируется: снижается интерес к юмору общей тематики, усиливается аффективный отклик на СД-юмор (как

положительный, так и негативный), уменьшается частота обращения к юмору как к копинг-стратегии в повседневной жизни.

На основании результатов настоящего исследования может быть сформулирован следующий практический принцип по использованию юмора в коммуникации с лицами с депрессивным синдромом: не внедрять юмор в коммуникацию, а создавать безопасные условия, в рамках которых пациент сам сможет использовать его как копинг-ресурс, когда будет к этому готов.

## Ограничения и перспективы исследования

Настоящее исследование имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать:

1. Пациенты обследовались в период госпитализации на стадии становления ремиссии. Восприятие СД-юмора в остром, кризисном состоянии или полной ремиссии, по всей видимости, будет отличаться от представленного в настоящей работе. Наиболее перспективными представляются исследования, направленные на изучение зависимости восприятия подобного юмора от динамики психического заболевания и суицидального поведения.

2. В настоящем исследовании использовался довольно специфический набор СД-мемов (мультипликационные комиксы на тему депрессии и суицида), который не отражает всего многообразия этого жанра. Во-первых, в набор, использованный в настоящем исследовании, не попали (из этических соображений) наиболее «черные» мемы, изображающие суицид реалистично. Во-вторых, часть пациентов отмечали, что мемы были слишком «прямолинейны», и что они предпочитают более «тонкий» юмор, в котором комически обыгрывается не столько суицид и депрессия как таковые, сколько частные симптомы и трудности, с которыми они сталкиваются (сонливость, трудности с концентрацией внимания, побочные эффекты от лекарств, особенности общения с медицинским персоналом и т.д.). Эти особенности могли отразиться на восприятии участниками СД-юмора. Действительно, недавнее исследование [36] указывает на сильную зависимость восприятия СД-мемов от их визуальных характеристик и текста: пользователи предпочитают меньшее количество лиц и их меньший размер на изображении, менее яркие, более четкие и контрастные изображения в сочетании с грустным, пугающим, гневным или возбуждающим текстом. Вследствие этого необходимо с осторожностью экстраполировать полученные данные на все многообразие СД-юмора. Несмотря на то, что настоящее исследование уже предполагает дифференцированный подход к данному жанру, представляется перспективным углубление этой дифференциации в будущих исследованиях.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Медведев АД, Павличенко АВ, Трущелёв СА, Шатунова ОЛ, Алексашина КА. Депрессивные

расстройств: эпидемиология, бремя болезни и медико-социальная характеристика пациентов. *Российский психиатрический журнал*. 2024;(6):76–86.

Medvedev AD, Pavlichenko AV, Trushchelev SA, Shatunova OL, Aleksashina KA. Depressive disorders: epidemiology, disease burden and medico-social characteristics of patients. *Russian Journal of Psychiatry*. 2024;(6):76–86. (In Russ.).

2. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, Ferrari AJ. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Medicine*. 2022;19(2):e1003901. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901>
3. Panna A, Goyal RK, Kumari P. An Evidence-Based Comprehensive Review of Laughter Therapy in Depression Management. *Current Psychiatry Research and Reviews*. 2024. <https://doi.org/10.2174/0126660826300522241023110801>
4. Жданова ДЕ, Кадыров РВ. Суицидально-депрессивный юмор как механизм психологической защиты у подростков. *Вопросы устойчивого развития общества*. 2022;(7):406–414.  
Zhdanova DE, Kadyrov RV. Suicidal-depressive humor as a mechanism of psychological defense in adolescents. *Issues of Sustainable Development of Society*. 2022;(7):406–414. (In Russ.).
5. Иванова ЕМ, Ениколопов СН, Митина ОВ. Нарушения чувства юмора при шизофрении и аффективных расстройствах. *Вопросы психологии*. 2008;(1):45–57.  
Ivanova EM, Enikolopov SN, Mitina OV. Impairments of the sense of humor in schizophrenia and affective disorders. *Voprosy Psikhologii*. 2008;(1):45–57. (In Russ.).
6. Akram U, Drabble J, Cau G, Hershaw F, Rajenthiran A, Lowe M, Trommelen C, Ellis JG. Exploratory study on the role of emotion regulation in perceived valence, humour, and beneficial use of depressive internet memes in depression. *Scientific Reports*. 2020;10(1):1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-77921-2>
7. Akram U, Ellis JG, Cau G, Hershaw F, Rajenthiran A, Lowe M, Trommelen C, Drabble J. Eye tracking and attentional bias for depressive internet memes in depression. *Exp Brain Res*. 2021 Feb;239(2):575–581. doi: 10.1007/s00221-020-06001-8 Epub 2020 Dec 17. PMID: 33336285; PMCID: PMC7936957.
8. Файнтух ЕД, Холмогорова АБ. Коммуникация на тему депрессии в Интернете — фактор психопатологии или ресурс для психотерапии? *Современная терапия психических расстройств*. 2021;(1):44–54. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2021.39.62.006>  
Faintukh ED, Kholmogorova AB. Communication about depression on the Internet — a factor of psychopathology or a resource for psychotherapy? *Modern Therapy of Mental Disorders*. 2021;(1):44–54. (In Russ.). <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2021.39.62.006>
9. Костюхина ЕД, Холмогорова АБ. Виртуальная коммуникация о депрессии и суициде с использованием интернет мемов. В кн.: Сборник материалов VII Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития (чтения памяти Л.Ф. Обуховой). Москва: Издательство ФГБОУ ВО МГППУ, 2019; Т1:332–335.  
Kostyukhina ED, Kholmogorova AB. Virtual communication about depression and suicide using internet memes. In: VII All-Russian Scientific and Practical Conference on Developmental Psychology (readings in memory of L.F. Obukhova) “Opportunities and Risks of the Digital Environment”. Collection of conference materials (abstracts). Vol. 1. Moscow: Moscow State University of Psychology and Education Publishing House; 2019; T1:332–335. (In Russ.).
10. Nicomedes C, Sasot C, Santos G, Distor J, Marzan P, Manda A. A Convergent-mixed Method Study on the Attitudes and Perception Towards Suicide Memes and Suicidality. *Open Psychol J*. 2024;17:e18743501281193.
11. Ефремов ВС. Самоубийство в художественном мире Достоевского. СПб.: Диалект; 2008. 584 с. ISBN 978-5-98230-037-9  
Efremov VS. Suicide in the artistic world of Dostoevsky. St. Petersburg: Dialekt; 2008. 584 p. ISBN 978-5-98230-037-9. (In Russ.).
12. Gardner KJ, Jabs NM, Drabble J, Akram U. Humor styles influence the perception of depression-related internet memes in depression. *Humor: International Journal of Humor Research*. 2021;34(4):497–517. <https://doi.org/10.1515/humor-2021-0019>
13. Вороная ВД, Проненко ЕА. Самоуничижительный юмор в жизни и интернет-среде: онтологические предикторы и связь с самооощением у молодых людей. *Российский психологический журнал*. 2024;21(2):240–262. <https://doi.org/10.21702/rpj.2024.2.14>  
Voronaya VD, Pronenko EA. Self-defeating humor in life and the internet environment: ontological predictors and connection with self-attitude in young people. *Russian Psychological Journal*. 2024;21(2):240–262. (In Russ.). <https://doi.org/10.21702/rpj.2024.2.14>
14. Austin LJ, Browne RK, Carreiro M, Larson AG, Khreizat I, DeJonckheere M, Schwartz SE. “It Makes Them Want to Suffer in Silence Rather Than Risk Facing Ridicule”: Youth Perspectives on Mental Health Stigma. *Youth & Society*. 2025;57(1):30–55. <https://doi.org/10.1177/0044118X241255849>
15. Myrick JG, Pavelko RL. Examining Differences in Audience Recall and Reaction Between Mediated Portrayals of Mental Illness as Trivializing Versus Stigmatizing. *J Health Commun*. 2017 Nov;22(11):876–884. doi: 10.1080/10810730.2017.1367338 Epub 2017 Oct 12. PMID: 29023203.
16. Yang P, Haynes S, Sakata K. Humor's Place in Psychiatry: Navigating the Fine Line Between Humor

- and Stigma in Psychiatric Care. *Acad Psychiatry*. 2025 Aug; 49(4):396–397. doi: 10.1007/s40596-024-02084-5 Epub 2024 Nov 7. PMID: 39511048.
17. Saucier DA, Strain ML, Miller SS, O'Dea CJ, Till DF. "What do you call a Black guy who flies a plane?": The effects and understanding of disparagement and confrontational racial humor. *Humor: International Journal of Humor Research*. 2018;31(1):105–128. <https://doi.org/10.1515/humor-2017-0107>
  18. Усманова ЛС. Мемы про суицид как разновидность черного юмора в интернете. *Вестник Международного института рынка*. 2020;S2:90–94. EDN: ZZARTT  
Usmanova LS. Suicide memes as a type of black humor on the internet. *Bulletin of the International Market Institute*. 2020;S2:90–94. (In Russ.).
  19. Любовь ЕБ. Экскурсия в историю отношения общества к суициду. В кн.: Национальное руководство по суицидологии. М.: Медицинское информационное агентство. 2019:12–39.  
Lyubov EB. Excursion into the history of society's attitude towards suicide. In: National Guide to Suicidology. Moscow: Medical Informational Agency. 2019:12–39. (In Russ.).
  20. Таланов СЛ, Киселева ТГ. Отношение к суициду в студенческой среде. *Alma Mater: Вестник Высшей Школы*. 2018;(1):45–50. <https://doi.org/10.20339/AM.1-18.045>  
Talanov SL, Kiseleva TG. Perception of suicide in student midst. *Alma Mater: Higher School Herald*. 2018;(1):45–50. (In Russ.). <https://doi.org/10.20339/AM.1-18.045>
  21. Govorov SA, Solondaev VK, Ivanova AM. Perception of depressive and suicide memes with different types of punchlines by persons with low or high suicide risk. *EJHR*. 2025;13(3):1–19. doi: 10.7592/EJHR.2025.13.3.942
  22. Тарабрина НВ. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер; 2001:272.  
Tarabrina NV. Workshop on the psychology of post-traumatic stress. St. Petersburg: Piter; 2001:272 (In Russ.).
  23. Колачев НИ, Чистопольская КА, Ениколопов СН, Николаев ЕЛ, Дровосеков СЭ. «Шкала душевной боли» Р. Холдена и «Шкала безнадежности» А. Бека: диагностические возможности для предсказания суицидального риска. *Психологические исследования*. 2023;16(90):7. <https://doi.org/10.54359/ps.v16i90.1468>  
Kolachev NI, Chistopolskaya KA, Enikolopov SN, Nikolaev EL, Drovosekov SE. "Psychache Scale" by R. Holden and "Beck Hopelessness Scale": diagnostic capabilities for predicting suicidal risk. *Psychological Research*. 2023;16(90):7. (In Russ.). <https://doi.org/10.54359/ps.v16i90.1468>
  24. ВЦИОМ Стресс — и как с ним бороться? ВЦИОМ. Новости: Стресс — и как с ним бороться? 2022 URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/stress-i-kak-s-nim-borotsja> [электронный ресурс].  
VTSIOM, 2022 Stress — and how to deal with it? VTSIOM. News: Stress — and how to deal with it? [online resource] URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/stress-i-kak-s-nim-borotsja> (In Russ.).
  25. Иванова ЕМ, Макогон ИК, Стефаненко ЕА, Ениколопов СН, Проьер Р, Рух В. Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat. *Вопросы психологии*. 2016;(2):162–171.  
Ivanova EM, Makogon IK, Stefanenko EA, Enikolopov SN, Proyer R, Ruch W. Russian adaptation of the PhoPhiKat questionnaire for gelotophobia, gelotophilia, and katagelastism. *Voprosi Psikhologii*. 2016;(2):162–171. (In Russ.).
  26. Артемьева ТВ. О методе исследования совладания (копинг) юмором и его возможностях. *Казанский педагогический журнал*. 2011;(4):118–123.  
Artemyeva TV. On the method of researching coping with humor and its possibilities. *Kazan Pedagogical Journal*. 2011;(4):118–123. (In Russ.).
  27. Воронцова ВС, Шуненков ДА, Иванова ЕМ, Пичугина ИМ, Ениколопов СН. Русскоязычная адаптация опросника интернализированной стигмы психического состояния (самостигматизации) ISMI-9 *Неврологический вестник*. 2019;51(4):29–33. EDN LGMVTG.  
Vorontsova VS, Shunenkov DA, Ivanova EM et al. Russian-language adaptation of the Internalized Stigma of Mental Illness (self-stigmatization) questionnaire ISMI-9 *Neurological Bulletin*. 2019;51(4):29–33. EDN LGMVTG. (In Russ.).
  28. Любавская АА, Олейчик ИВ, Иванова ЕМ. Особенности гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма у пациентов с депрессивным синдромом. *Клиническая и специальная психология*. 2018;7(3):119–134. <https://doi.org/10.17759/cpse.2018070307>  
Lyubavskaya AA, Oleinik IV, Ivanova EM. Features of gelotophobia, gelotophilia and katagelastism in patients with depressive syndrome. *Clinical Psychology and Special Education*. 2018;7(3):119–134. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2018070307>
  29. Lau C, Chiesi F, Saklofske DH. The temperamental basis of humor and using humor under stress in depression: A moderated mediation model. *Humor: International Journal of Humor Research*. 2022;35(2):239–251. <https://doi.org/10.1515/humor-2021-0115>
  30. Edwards KR, Martin RA. Humor creation ability and mental health: Are funny people more psychologically healthy? *Europe's Journal of Psychology*. 2010;6(3):196–212. DOI:10.5964/ejor.v6i3.213
  31. Говоров СА. Враждебный юмор как инструмент [де] стигматизации психических расстройств: теоретический обзор. *Клиническая и специальная психология*. 2025;14(1):19–32. <https://doi.org/10.17759/cpse.2025140102>

Govorov SA. Aggressive humor as a tool for [de] stigmatization of mental disorders: a theoretical review. *Clinical Psychology and Special Education*. 2025;14(1):19–32. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2025140102>

32. Aillaud M, Piolat A. Compréhension et appréciation de l'humour: approche cognitivo-émotionnelle. *Psychologie Française*. 2013;58:255–275. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2013.04.001>
33. Thai M, Borgella AM, Sanchez MS. It's only funny if we say it: Disparagement humor is better received if it originates from a member of the group being disparaged. *J. Exp. Soc. Psychol.* 2019;85:103838. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2019.103838>
34. Stone AA, Schneider S, Smyth JM, Junghaenel DU, Couper MP, Wen C, Mendez M, Velasco S, Goldstein S. A population-based investigation of participation rate and self-selection bias in momentary data capture and survey studies. *Curr. Psychol.* 2024;43:2074–2090. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04426-2>
35. McGraw AP, Williams LE, Warren C. The Rise and Fall of Humor: Psychological Distance Modulates Humorous Responses to Tragedy. *Social Psychological and Personality Science*. 2013;5(5):566–572. <https://doi.org/10.1177/1948550613515006>
36. Chen L, Robinson J, Conway M. What Do You Meme? Identifying Characteristics and User Perceptions of Suicide Memes in Social Media. In: Proceedings of the International AAAI Conference on Web and Social Media. 2025;19:385–402. <https://doi.org/10.1609/icwsm.v19i1.35822>

#### **Сведения об авторах**

*Станислав Александрович Говоров*, медицинский психолог, аспирант, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

[stsgovorov@hotmail.com](mailto:stsgovorov@hotmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-1799-9944>

*Владимир Константинович Солондаев*, кандидат психологических наук, доцент, кафедра общей психологии, ФГБОУ «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», Ярославль, Россия

[solond@yandex.ru](mailto:solond@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0003-4156-5262>

*Суворова Дарья Алексеевна*, студентка, Институт клинической психологии и социальной работы, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Россия

[suworowadasha@gmail.com](mailto:suworowadasha@gmail.com); <https://orcid.org/0009-0004-3597-4566>

*Михаил Игоревич Олейчик*, младший научный сотрудник отдела медицинской психологии, младший научный сотрудник отдела междисциплинарных исследований, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

[mr.oleychik@mail.ru](mailto:mr.oleychik@mail.ru); <https://orcid.org/0009-0006-4102-5978>

*Мария Анатольевна Омельченко*, доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

[omelchenko-ma@yandex.ru](mailto:omelchenko-ma@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>

*Елена Михайловна Иванова*, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Россия; старший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

[ivalenka13@gmail.com](mailto:ivalenka13@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-3616-9444>

*Елена Ивановна Первичко*, доктор психологических наук, профессор, кафедра методологии психологии, факультет психологии, ФГБОУ «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

[elena\\_pervichko@mail.ru](mailto:elena_pervichko@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>

*Юлия Александровна Чайка*, доктор медицинских наук, директор, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

[berseneva76@yandex.ru](mailto:berseneva76@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0001-7182-2472>

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

*Stanislav A. Govorov*, medical psychologist, postgraduate, Department of Medical Psychology, Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

[stsgovorov@hotmail.com](mailto:stsgovorov@hotmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-1799-9944>

*Vladimir K. Solondaev*, Cand. Sci. (Psychol.), Associate Professor, Department of General Psychology, P.G. Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia

[solond@yandex.ru](mailto:solond@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0003-4156-5262>

*Darya A. Suvorova*, Student, the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

suworowadasha@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0004-3597-4566>

*Mikhail I. Oleychik*, Junior Researcher, Department of Medical Psychology, Mental Health Research Centre; Junior Researcher, Department of Interdisciplinary Research, Moscow, Russia

mr.oleychik@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0006-4102-5978>

*Maria A. Omelchenko*, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor of Psychiatry, Central state medical academy" of department of presidential affairs, Moscow, Russia

omelchenko-ma@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>

*Elena M. Ivanova*, Cand. Sci. (Psychol.), Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia; Senior Researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia

ivalenka13@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3616-9444>

*Elena I. Pervichko*, Dr. Sci. (Psychol.), Professor, Psychology Methodology Department, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

elena\_pervichko@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>

*Yulia A. Chaika*, Dr. Sci. (Med.), Director, Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

berseneva76@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7182-2472>

#### **Вклад авторов**

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

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

*Суворова Д.А.* — сбор данных;

*Олейчик М.И.* — интерпретация результатов исследования; оформление рукописи;

*Омельченко М.А.* — организация сбора клинических данных;

*Иванова Е.М.* — научное руководство исследованием; концептуализация исследования; планирование исследования; контроль всех этапов исследования и подготовки рукописи;

*Первичко Е.И.* — научное руководство исследованием; организация сбора клинических данных;

*Чайка Ю.А.* — научное руководство исследованием; организация сбора клинических данных; контроль всех этапов исследования и подготовки рукописи.

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

#### **Authors' contributions**

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

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

*Darya A. Suvorova* — data collection;

*Michael I. Oleychik* — interpretation of the results; design of the manuscript;

*Maria A. Omelchenko* — managing clinical data collection;

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

*Elena I. Pervichko* — supervisor of the study; managing clinical data collection;

*Yulia A. Chaika* — supervisor of the study; managing clinical data collection; control of all stages of the research and manuscript preparation.

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

#### **Конфликт интересов/Conflict of interests**

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflicts of interests.*

Дата поступления 24.09.2025  
Received 24.09.2025

Дата рецензирования 15.02.2026  
Revised 15.02.2026

Дата принятия к публикации 16.02.2026  
Accepted for publication 16.02.2026