

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ПСИХИАТРОВ И СУИЦИДАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ: ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ОСТРЫЕ МОМЕНТЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА

К.А. ЧИСТОПОЛЬСКАЯ^{a,b}, С.Н. ЕНИКОЛОПОВ^c

^a *Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (МНИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ), 107076, Российская Федерация, Москва, ул. Потешная, 3*

^b *Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева (ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»), 129327, Российская Федерация, Москва, ул. Ленская, 15*

^c *Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), 115230, Российская Федерация, Москва, Каширское ш., 34*

Psychological Differences in Psychiatrists and Suicidal Patients: Potential Critical Issues for Development of Therapeutic

К.А. Chistopolskaya^{a,b}, S.N. Enikolopov^c

^a *Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russian Federation Ministry of Health, 3 Poteshnaya Str., Moscow, 107076, Russian Federation*

^b *A.K. Eramishantsev City Clinical Hospital of the Moscow Department of Health, 15 Lenskaya Str., Moscow, 129327, Russian Federation*

^c *Mental Health Research Center, 34 Kashirskoe Hwy, Moscow, 115230, Russian Federation*

Резюме

Суицидальные пациенты традиционно считаются трудными в лечении и реабилитации, отчасти вследствие сложности налаживания психотерапевтического альянса. Данная работа исследует психологические различия психиатров и суицидальных пациентов с целью выявления потенциальных острых моментов при фор-

Abstract

Suicidal patients are traditionally viewed as hard to treat and rehabilitate, partly because of the difficulty in establishing therapeutic alliance with them. This work describes the study of psychological differences in psychiatrists and suicidal patients, which aims to find potential critical issues

Работа выполнена в рамках Госзадания № 124020800061-8 «Разработка клинико-патогенетической модели и диагностического модуля расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хронической патологией».

The work was performed according to the Governmental Task № 124020800061-8: To develop a clinical pathogenetic model and a diagnostic module of anxiety and depression spectrum disorders in patients with chronic pathology.

мировании альянса. Представлены материалы эмпирического исследования пациентов в остром постсуицидальном состоянии ($N = 185$, 64 мужчины, 121 женщина, возраст 16–27, $M = 21.39 \pm 2.42$, 2–14 дней после суицидальной попытки), их возрастной нормы ($N = 156$, 40 мужчин, 116 женщин, возраст 18–24, $M = 19.8 \pm 1.11$) и врачей-психиатров ($N = 168$, 49 мужчин, 119 женщин, возраст 27–81, $M = 46.25 \pm 13.88$). Использовались методики: «Опросник временной перспективы личности Ф. Зимбардо», краткие версии опросников «Опыт близких отношений», «Отношение к смерти», «Страх личной смерти», а также «Тест жизнестойкости» и авторская анкета «Опыт смерти». В ходе исследования обнаружены значимые различия между врачами-психиатрами и разными подгруппами суицидальных пациентов по шкалам «Гедонистическое настоящее», «Будущее», «Тревожный стиль привязанности», «Страх последствий для близких», «Нейтральное принятие смерти». Приведены данные анализа средних ANOVA, post hoc критерий Геймса–Хоуэлла, показатели критерия t Стьюдента для независимых выборок, величина различий d Коэна. Выявленные в исследуемых группах мировоззренческие расхождения (во временных ориентациях, стилях привязанности, отношениях к смерти) потенциально способны вызывать трудности в работе с данной категорией пациентов. Кроме того, даются рекомендации по преодолению этих трудностей.

Ключевые слова: суицидальное поведение, терапевтический альянс, отношения к смерти, страхи смерти, стили привязанности, временная перспектива, депрессия.

Чистопольская Ксения Анатольевна — младший научный сотрудник, отдел суицидологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (МНИИП — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ); медицинский психолог, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения Москвы», психиатрическое (кризисное) отделение № 2.

for development of therapeutic alliance. A sample of the study consisted of patients in acute postsuicidal state ($N = 185$, 64 men, 121 women, age 16–27, $M = 21.39 \pm 2.42$, 2–14 days after suicide attempt), their age norm ($N = 156$, 40 men, 116 women, aged 18–24, $M = 19.8 \pm 1.11$) and psychiatrists ($N = 168$, 49 men, 119 women, aged 27–81, $M = 46.25 \pm 13.88$). The questionnaires used were Zimbardo Time Perspective Inventory, the short versions of Experiences in Close Relationships — Revised, Death Attitude Profile — Revised, Fear of Personal Death Scale, as well as Hardiness Survey and Death Experience form. Significant differences were found between psychiatrists and suicidal patients in their levels of Present Hedonistic, Future, Anxious Style of Attachment, Fear of Consequences for Family and Friends, Neutral Death Acceptance, according to the analysis of variance (ANOVA) Games-Howell post hoc test, t-Student criterion for independent samples and Cohen's d. These worldview differences (in time perspectives, attachment styles and death attitudes), as found in the studied groups, can cause difficulties in therapeutic work with this category of patients. The recommendations are given for coping with these difficulties.

Keywords: suicidal behavior, therapeutic alliance, death attitudes, death fears, attachment styles, time perspective, depression.

Ksenia A. Chistopolskaya — Junior Research Fellow, Department of Suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry — branch of V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russian Federation Ministry of Health; Medical Psychologist, Crisis Department, A.K. Eramishantsev City Clinical Hospital of the Moscow Department of Health.

Сфера научных интересов: суицидология, клиническая психология, психология личности, терапевтический альянс.

Контакты: ksenia.chistopolskaya@yandex.ru

Ениколопов Сергей Николаевич — заведующий отделом, отдел клинической психологии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), кандидат психологических наук, доцент.

Сфера научных интересов: клиническая психология, криминальная психология, психология юмора.

Контакты: enikolopov@mail.ru

Research Area: suicidology, clinical psychology, psychology of personality, therapeutic alliance.

E-mail: ksenia.chistopolskaya@yandex.ru

Sergey N. Enikolopov — Head of the Department, Clinical Psychology Department, Mental Health Research Center, PhD in Psychology, Associated Professor. Research Area: clinical psychology, forensic psychology, psychology of humor.

E-mail: enikolopov@mail.ru

Множество авторов отмечают трудности психотерапевтической работы с суицидальными пациентами (Веспа и др., 2021; Чистопольская и др., 2019б; Galynker, 2023; Huggett et al., 2024; Soulié et al., 2020). Эти трудности связаны как с особенностями самих пациентов: с амбивалентностью их отношений к жизни и смерти (Амбрумова, Калашникова, 1998; Соколова, 1989; Шнейдман, 2001), острым психологическим неблагополучием, включая душевную боль и самостигматизацию (Колачев и др., 2023; Положий, Руженкова, 2016; Чистопольская, Ениколопов, 2018; Corrigan et al., 2009; Pompili, 2015), скрытностью и малой предсказуемостью их суицидального и самоповреждающего поведения (Чистопольская и др., 2023; Galynker, 2023; Huggett et al., 2024; Oexle et al., 2017), так и с контрпереносной реакцией клиницистов, их эмоционально-когнитивно-поведенческим ответом (не всегда осознаваемым) на эмоциональное состояние, убеждения и действия своих подопечных (Веспа и др., 2021; Barzilay et al., 2022) и повышенным чувством ответственности за пациентов (Huggett et al., 2024).

Существуют попытки объяснения этих затруднений действием зеркальных нейронов: специалист «считывает» на нейронном уровне психологическое неблагополучие, душевную боль пациента, «заражается» ею, присваивает ее себе и объясняет это переживание на сознательном уровне как собственную несостоятельность, неспособность помочь (Pompili, 2015). Есть подход, рассматривающий смешанный эмоциональный отклик клинициста (сочетание страха, отторжения и надежды) как особый диагностический критерий суицидальной готовности пациента, тяжести его психологического состояния (Веспа и др., 2021; Barzilay et al., 2022; Galynker, 2023). Это особенно актуально в связи с тем, что пациенты зачастую не склонны сообщать открыто о своей суицидальности даже при прямых вопросах специалистов (Чистопольская и др., 2023; Galynker, 2023; Huggett et al., 2024). Другие авторы, признавая трудности взаимодействия, провели исследование психотерапевтов, предпочитающих работу с людьми, склонными к суицидальному поведению, в результате чего была сформулирована модель позитивного настроения помогающего специалиста, включающая навыки эмоциональной синхронии и сострадания по отношению к таким пациентам (Soulié et al., 2022). Также необходимо отметить

направление, тематически близкое к работе с суицидальными людьми, – работу с утратой и горем, которую называют «работой со смертью» («death work», Chan, Tin, 2012). Авторы утверждают, что специалистам в этой области необходимо обладать не только определенными навыками, сформированными в процессе получения образования, но и личным опытом столкновения со смертью и преодоления горя.

Помимо того что суицидальные пациенты традиционно считаются «трудной» категорией больных, они предсказуемо неоднородны. Среди пытавшихся покончить с собой выделяют тех, кто осуществил одну или несколько попыток, обычно отмечая, что риск летального исхода повышается с числом незавершенных суицидальных действий (Холмогорова и др., 2020). Некоторые исследователи описывают еще одну группу: людей, которые по всем признакам совершили суицидальные действия, но a posteriori не признают своих суицидальных намерений (O'Connor et al., 2015; van Praag, Plutchik, 1985). Кроме того, выделяют пациентов, не совершивших на момент общения со специалистом суицидальных действий, но имеющих суицидальные намерения, и суицидальных людей (с намерениями или действиями), практикующих несуицидальные самоповреждения (далее – НССП) (Чистопольская, Ениколопов, 2019, 2021).

Ранее нами было показано, что врачи-психиатры и молодые пациенты в остром постсуицидальном состоянии имеют разную (и отличную от возрастной нормы пациентов) содержательную наполненность отношений к смерти, если рассматривать эти переменные через призму конструкта длительности Я (Чистопольская и др., 2019а, 2019б). Выявлено травматичное отношение к смерти суицидальных пациентов и условное посттравматическое отношение к смерти врачей. Также нами описаны три категории пациентов (с отказом от суицидальных намерений, с признанием одной и нескольких попыток суицида). Усугубляющееся суицидальное поведение объяснено через разрушение культурного буфера тревоги, в соответствии с теорией управления страхом смерти (Чистопольская, Ениколопов, 2013, 2014, 2015).

В настоящей работе поставлена цель: исследовать психологические различия психиатров, разных категорий пациентов в остром постсуицидальном состоянии и возрастной нормы пациентов, чтобы дополнительно выявить «горячие» моменты, потенциально способные приводить к нарушению терапевтического альянса, который традиционно понимается как согласие пациента и специалиста в целях и задачах терапии, а также как непосредственная эмоциональная связь «врач – пациент» (Bloch-Elkouby, Barzilay, 2022; Flückiger et al., 2018; Huggett et al., 2024).

Гипотезы исследования

1. Разные категории пациентов в остром постсуицидальном состоянии будут демонстрировать усугубляющуюся симптоматику психологического неблагополучия.

2. Врачи, пациенты и их возрастная норма будут иметь качественно разный опыт столкновения со смертью, что найдет отражение в их мировоззрениях¹, а также потенциально — во взаимоотношениях между врачами и пациентами.

Метод

Выборка. В данном исследовании возраст участников основной и контрольной групп был в диапазоне 16–29 лет, когда суицидальная активность уже велика, но еще не максимальна. Тем не менее в глобальном масштабе среди причин смертей людей в этом возрасте суицид занимает второе место (Саксена, Круг, 2014).

Клиническое исследование проводилось в мужском и женском отделениях острой токсикологии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. В основную группу вошли 185 человек после недавней попытки самоубийства (2–14 дней, 64 мужчины, 121 женщина, возраст 16–27, $M = 21.39 \pm 2.42$). Перевес женщин в выборке обусловлен тем, что они чаще совершают суицидальные попытки, но процент фатальных суицидов у них ниже, чем у мужчин, а также тем, что женщины чаще обращаются за медицинской и психологической помощью после самоповреждений (Wendt, Shafer, 2016). Критерием включения в группу было совершение суицидальных действий с точки зрения врачей. Из выборки 42 человека отрицали суицидальные намерения вне зависимости от тяжести последствий, 108 человек признавали одну попытку суицида, 35 человек сообщали о двух и более попытках суицида в течение жизни. Психиатрические диагнозы пациентов: F43.20 и F43.22 (из круга диагнозов «реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации»).

Группой сравнения стали врачи-психиатры из Тулы и Санкт-Петербурга с опытом работы в психиатрической больнице от 5 лет (168 человек, 49 мужчин, 119 женщин, возраст — 27–81, $M = 46.25 \pm 13.88$).

Контрольная группа составила 156 студентов 2–3-х курсов гуманитарных факультетов московского вуза (40 мужчин и 116 женщин, возраст 18–24, $M = 19.8 \pm 1.11$).

В ходе работы были использованы следующие методики (методики представлены в порядке предъявления): «Опросник временной перспективы личности Ф. Зимбардо» (Zimbardo, Boyd, 1999; адаптация: Сырцова и др., 2008) использовался вместе с подсчетом профиля отклонения от сбалансированной временной перспективы (далее — ОБВП) (Stolarski et al., 2014); «Опыт близких отношений — переработанный опросник», краткая версия (Fraley et al., 2000; адаптация: Чистопольская и др., 2018); «Тест жизнестойкости» (Maddi, 1998; адаптация: Леонтьев, Рассказова, 2006); Опросник депрессии А. Бека

¹ Мировоззрение понимается в широком смысле как набор отношений, ценностей, ожиданий о мире и о себе, которые потенциально влияют на мысли и поведение человека (Koltko-Rivera, 2004). В теории управления страхом смерти мировоззрение входит в культурный буфер тревоги (Чистопольская, Ениколопов, 2014).

(Beck, 1961; адаптация: Тарабрина, 2001); краткая версия опросника «Отношение к смерти» (Wong et al., 1994; адаптация: Чистопольская и др., 2017б); краткая версия опросника «Страх личной смерти» (Florian, Kravets, 1983; адаптация: Чистопольская и др., 2017б) и авторская анкета «Опыт смерти» для выяснения фактического опыта смерти опрашиваемых. Вопросы касались столкновения со смертью в повседневности (Чистопольская и др., 2017б).

Статистическая обработка данных производилась в программе SPSS 20.0. Применялись: анализ значимости различий для независимых выборок t Стьюдента, анализ величины различий d Коэна и дисперсионный анализ ANOVA — post hoc критерий Геймса—Хоуэлла (Field, 2006), а также корреляционный анализ Спирмена.

Результаты

Анализ психологических различий пациентов в остром постсуицидальном состоянии и их возрастной нормы

С помощью анализа средних ANOVA post hoc критерия Геймса—Хоуэлла (таблица 1) были исследованы различия между пациентами разных групп (группы с отказом от суицидальных намерений, с одной и несколькими попытками суицида) и выборкой условной нормы (студенты гуманитарных факультетов московского вуза). Анализ средних в группах позволил сопоставить выборку нормы с разными группами пациентов, а также сравнить пациентов разных групп между собой.

Была выявлена зависимость: показатели психологического неблагополучия повышались, а благополучия — понижались по мере утяжеления суицидального опыта. Так, временная перспектива (далее — ВП) «Гедонистическое настоящее» была понижена в группе с отказом от попытки и не отличалась от нормы в других группах пациентов. «Фаталистическое настоящее» было повышено в группах с одной и несколькими попытками. «Негативное прошлое» было повышено у всех пациентов. Индекс ОБВП был повышен в группах с одной и несколькими попытками, а показатели жизнестойкости понижены в этих группах. Различий по ВП «Позитивное прошлое» и «Будущее» не наблюдалось. Показатель по шкале «Депрессия» был значимо повышен у всех пациентов.

Привязанность не исследовалась в данной выборке нормы, но группы пациентов различались между собой постепенным повышением показателя «Тревожный стиль привязанности». Анализ корреляций определил характер связей шкал привязанности с другими конструктами в разных группах пациентов. В группе с отказом от попытки обнаружены корреляции шкалы «Тревожный стиль привязанности» с тремя шкалами принятия смерти ($r = 0.33-0.37, p < 0.05$). В группе с одной попыткой шкалы «Тревожный стиль привязанности» и «Избегающий стиль привязанности» парно коррелировали с «Депрессией» ($r_T = 0.36, p < 0.001; r_U = 0.24, p < 0.05$), «Страхом последствий для тела» ($r_T = 0.23, p < 0.05; r_U = 0.36, p < 0.001$), «Страхом забвения» ($r_T = 0.24; r_U = 0.23$,

Таблица 1

Анализ различий трех групп пациентов, людей в относительном психологическом благополучии и врачей-психиатров с опытом работы 5 лет и больше с помощью ANOVA post hoc критерия Геймса—Хоуэлла

Шкалы	Пациенты (M (SD))				Сравнение групп пациентов				Норма				Психиатры					
	0	1	2		0-1	0-2	1-2		M (SD)	F Уэлча ^a	0-Н	1-Н	2-Н	M (SD)	F Уэлча ^b	0-П	1-П	2-П
	Негативное прошлое	2.9 (0.69)	3.2 (0.78)	3.5 (0.85)		-0.27	-0.54*	-0.30		2.6 (0.76)	20.5***	0.37*	0.64***	0.91***	2.6 (0.78)	19.2***	0.34*	0.61***
Гедонистическое настоящее	3.3 (0.48)	3.4 (0.56)	3.6 (0.53)		-0.14	-0.25	-0.11		3.6 (0.63)	3.0*	-0.25*	-0.11	0.001	3 (0.53)	21.7***	0.32**	0.46***	0.58***
Будущее	3.6 (0.49)	3.5 (0.54)	3.3 (0.54)		0.09	0.24	0.15		3.4 (0.68)	1.6	0.16	0.06	-0.08	3.8 (0.55)	12.0***	-0.23*	-0.33***	-0.47***
Позитивное прошлое	3.5 (0.67)	3.6 (0.58)	3.5 (0.63)		-0.10	-0.01	0.09		3.7 (0.71)	1.1	-0.17	-0.07	-0.16	3.6 (0.61)	0.3	-0.07	0.02	-0.07
Фаталистическое настоящее	2.7 (0.6)	3 (0.68)	3.1 (0.77)		-0.30*	-0.43*	-0.13		2.5 (0.63)	13.3***	0.16	0.46***	0.59**	2.7 (0.74)	6.5***	0.003	0.30**	0.44*
ОБВП	2.3 (0.61)	2.6 (0.78)	2.9 (0.74)		-0.24	-0.56**	-0.31		2.1 (0.93)	14.24***	0.28	0.53***	0.84***	2.3 (0.77)	7.9***	0.04	0.29*	0.60***
Тревожный стиль привязанности	3.2 (1.36)	3.9 (1.29)	4.1 (1.44)		-0.71*	-0.96*	-0.25			5.17**				2.8 (1.23)	19.1***	0.37	1.08***	1.33***
Избегающий стиль привязанности	2.8 (1.09)	3.0 (1.07)	3.2 (1.0)		-0.18	-0.40	-0.22			1.27				3.1 (1.1)	1.5	-0.35	-0.18	0.04
Вовлеченность	3 (0.51)	2.8 (0.53)	2.7 (0.52)		0.2	0.33*	0.13		3 (0.44)	6.4**	0.003	-0.20**	-0.33**	3 (0.43)	7.8***	-0.02	-0.22**	-0.36**
Контроль	2.8 (0.45)	2.6 (0.43)	2.5 (0.57)		0.25*	0.28†	0.04		2.8 (0.46)	6.5***	0.04	-0.21**	-0.25†	2.7 (0.42)	4.4**	0.11	-0.14	-0.18
Принятие риска	2.6 (0.46)	2.5 (0.55)	2.3 (0.6)		0.12	0.29†	0.17		3 (0.43)	28.3***	-0.36***	-0.48***	-0.65***	2.7 (0.51)	5.0**	-0.07	-0.18*	-0.36*
Жизнестойкость	8.4 (1.3)	7.9 (1.4)	7.5 (1.5)		0.56†	0.91*	0.34		8.7 (1.1)	14.1***	-0.32	-0.88***	-1.23***	8.4 (1.23)	6.5***	0.02	-0.54**	-0.88*
Принятие-приближение смерти	3 (1.32)	3.5 (1.37)	3.7 (1.54)		-0.47	-0.68	-0.21		3.8 (1.23)	4.8**	-0.82**	-0.35	-0.14	3.3 (1.37)	1.9	-0.28	0.19	0.36
Избегание темы смерти	5 (1.21)	4.6 (1.19)	4.1 (1.54)		0.42	0.86*	0.45		4 (1.58)	7.7***	0.99***	0.58**	0.13	4.3 (1.53)	4.5**	0.74**	0.32	-0.13

Таблица 1 (окончание)

Шкалы	Пациенты (M (SD))				Сравнение групп пациентов				Норма				Психиатры					
	0	1	2		0-1	0-2	1-2		M (SD)	F Уэлча ^a	0-H	1-H	2-H	M (SD)	F Уэлча ^b	0-П	1-П	2-П
	Страх смерти	4.1 (1.4)	4.4 (1.36)	4.1 (1.37)		-0.29	-0.004	0.29		3.9 (1.5)	3.0*	0.25	0.54*	0.25	3.8 (1.46)	4.6**	0.36	0.65**
Принятие смерти как бегства	2.6 (1.29)	3.2 (1.48)	3.9 (1.9)		-0.56	-1.3**	-0.72		2.9 (1.34)	4.8**	-0.24	0.32	1.03*	3 (1.51)	4.2**	-0.36	0.2	0.92*
Нейтральное принятие	5.6 (1.1)	5.4 (1.16)	5.5 (1.22)		0.21	0.04	-0.17		5.7 (1.22)	2.1	-0.17	-0.37†	-0.21	6.1 (1.01)	9.6***	-0.49†	-0.70***	-0.53†
Последствия для личности	4.9 (1.2)	4.8 (1.38)	4.5 (1.6)		0.06	0.35	0.3		4.1 (1.7)	5.06**	0.71**	0.65**	0.35	4.5 (1.77)	1.3	0.36	0.3	-0.004
Последствия для тела	3.6 (1.93)	3.8 (1.99)	3.4 (2.01)		-0.20	0.18	0.38		2.9 (1.8)	5.59**	0.74	0.93**	0.56	2.9 (1.74)	5.9**	0.74	0.94**	0.56
Трансцендентные последствия	4.2 (1.63)	4.5 (1.5)	4.4 (1.92)		-0.23	-0.13	0.11		4.2 (1.86)	0.6	0.03	0.27	0.16	3.9 (2.01)	2.4†	0.33	0.57*	0.46
Последствия для близких	5.1 (1.32)	5.1 (1.4)	5.2 (1.46)		-0.01	-0.06	-0.05		4.7 (1.51)	2.11	0.38	0.4	0.44	4.5 (1.54)	5.6**	0.63*	0.65**	0.70†
Заблужение	2.3 (1.01)	3.2 (1.77)	3.6 (2.06)		-0.85**	-1.29**	-0.43		2.2 (1.29)	11.35***	0.1	0.96***	1.39**	2.7 (1.57)	6.7***	-0.33	0.52†	0.96†
Депрессия	34.5 (7.84)	38.4 (8.28)	39.1 (11.1)		-3.85*	-4.57	-0.72		29.2 (7.33)	32.7***	5.35**	9.20***	9.92***					
Суммарный опыт смерти	3.8 (3.23)	4.2 (2.66)	6.4 (2.8)		-0.46	-2.64**	-2.18**		2.3 (1.87)	33.5***	1.51*	1.97***	4.14***	4.8 (4.56)	6.5***	-1.03	-0.57	1.60*

Примечание. Группы пациентов: 0 — отказ от попытки, 1 — одна попытка, 2 — несколько попыток. Н — людей в относительноном психологическом благополучии (норма). П — врачи-психиатры с опытом работы 5 лет и больше.

^aF Уэлча для сравнения пациентов с нормой, ^bF Уэлча для сравнения пациентов с нормой, ^cF Уэлча для сравнения пациентов с психиатрами.

† $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

$p < 0.05$). В группе с несколькими попытками шкала «Избегающий стиль привязанности» взаимодействовала с «Принятием-приближением смерти» — $r = 0.4$; $p < 0.05$; с «Принятием смерти как бегства» — $r = 0.53$; $p < 0.01$; со «Страхом трансцендентных последствий» — $r = -0.38$; $p < 0.05$, а «Тревожный стиль привязанности» взаимодействовал только со шкалой «Депрессия» ($r_T = 0.4$; $r_u = 0.37$, $p < 0.05$). Т.е. косвенно наблюдалось повышение значимости фактора избегающего стиля привязанности при утяжелении опыта суицидальности.

Показатель «Принятие-приближение смерти» понижен в группе с отказом от попытки по сравнению с нормой и не отличался от нормы у групп с одной и несколькими попытками. Шкала «Избегание темы смерти», напротив, повышена у группы с отказом от попытки, показатель снижался с суицидальным опытом. Показатель «Страх смерти» не отличался значимо от нормы в группах с отказом от попытки и несколькими попытками суицида, а в группе с одной попыткой был значимо повышен. Балл по шкале «Принятие смерти как бегства» повышался по мере утяжеления суицидального опыта. По показателю «Нейтральное принятие смерти» выборки не различались. Повышения по шкалам опросника «Страх личной смерти» наблюдались преимущественно в группе с одной попыткой («Последствия для личности», «Последствия для тела»), однако показатель «Страх забвения» был особенно высок в группе с несколькими попытками суицида. «Суммарный опыт смерти» (показатель на основе анкеты «Опыт смерти») рос по мере утяжеления суицидального опыта.

Анализ психологических различий пациентов в остром постсуицидальном состоянии и врачей-психиатров

Далее мы провели аналогичную процедуру сравнения показателей с задействованием группы психиатров (таблица 1). Как и в случае выборки нормы, группа врачей отличалась от всех групп пациентов меньшим баллом по шкале «Негативное прошлое». Психиатры, по сравнению со всеми пациентами, были менее ориентированы на «Гедонистическое настоящее» и более ориентированы на «Будущее». Они не отличались от пациентов по показателю «Позитивное прошлое», но «Фаталистическое настоящее» было выше у групп с одной и несколькими попытками, индекс ОБВП — тоже, а по шкалам «Вовлеченность», «Принятие риска» и общему показателю жизнестойкости эти группы пациентов были ниже. На уровне тенденции обнаружилось различия между психиатрами и группой с отказом от попытки по шкале «Контроль» — у пациентов этот показатель был выше.

Группы пациентов с одной и несколькими попытками отличались от врачей более выраженным тревожным стилем привязанности. По шкале «Избегающий стиль привязанности» группы не различались.

Психиатры не отличались от пациентов по баллам шкалы «Принятие-приближение смерти». Однако у них был менее выражен показатель «Избегание темы смерти», чем у группы с отказом от попытки, ниже показатель «Страх смерти», чем у группы с одной попыткой суицида, меньше балл по шкале

«Принятие смерти как бегства» по сравнению с группой с несколькими попытками суицида; выше балл по шкале «Нейтральное принятие смерти» по сравнению со всеми группами пациентов.

У психиатров был менее выражен страх «Последствий смерти для тела», «Трансцендентных последствий», чем у группы с одной попыткой; они меньше боялись «Последствий смерти для близких», чем все группы пациентов, но лишь с пограничным уровнем значимости меньше боялись забвения, чем группы с одной и несколькими попытками самоубийства. Показатели психиатров оказались ниже по «Суммарному опыту смерти» только по сравнению с группой с несколькими попытками, с остальными группами пациентов их опыт смерти был сопоставим.

Анализ психологических различий между сводной выборкой пациентов и выборкой нормы

Выборка пациентов в остром постсуицидальном состоянии была неоднородной: группы значительно отличались друг от друга по многим параметрам, но для понимания отношения к смерти у пациентов и психиатров нужно было выяснить, как объединенная выборка пациентов отличалась от нормативной и от выборки врачей.

Объединенная выборка пациентов не отличалась от нормы по показателям позитивной ВП (шкалы «Гедонистическое настоящее», «Будущее», «Позитивное прошлое») (таблица 2). Но у нее были высоки показатели негативной ВП, за счет чего повышался индекс ОБВП; понижены показатели жизнестойкости, особенно «Принятия риска», высок суммарный балл «Опыта смерти». Норма отличалась более высоким баллом по шкалам «Принятие-приближение смерти» (вера в рай) и «Нейтральное принятие смерти», хотя уровень различий был невысокий. Выборка пациентов характеризовалась повышенными баллами по шкалам «Страх смерти», «Избегание темы смерти», «Принятие смерти как бегства». Наблюдались повышения по всем шкалам страхов смерти, кроме показателя «Страх трансцендентных последствий» (значимо не отличался от нормы). Выборка пациентов резко отличалась от нормы по баллу «Депрессии». В анкете «Опыт смерти» пациенты указывали больше столкновений со смертью в семье, смертью друга, собственной смертью, больше суицидальных попыток и мыслей о смерти. Они не отличались от нормы только по пункту «Смерть незнакомого человека».

Анализ психологических различий между сводной выборкой пациентов и выборкой врачей-психиатров

Та же процедура сравнения применена к выборкам пациентов и врачей (таблица 2). Группы не различались по показателю «Суммарный опыт смерти». Не было различий по опыту смерти близких (друзей и родственников), но выборка пациентов чаще отмечала опыт личного столкновения со смертью

Таблица 2

Анализ различий между сводной выборкой пациентов, выборкой нормы и выборкой врачей-психиатров (Чистопольская и др., 2019б)

Шкалы	Пациенты М (SD)	Норма М (SD)	Сравнение с нормой		Врачи М (SD)	Сравнение с врачами	
			<i>t</i> (339)	<i>d</i> Коэна		<i>t</i> (351)	<i>d</i> Коэна
Негативное прошлое	3.21 (0.79)	2.58 (0.76)	-7.41***	0.81	2.61 (0.78)	-7.17***	0.76
Гедонистическое настоящее	3.44 (0.54)	3.56 (0.63)	1.94	0.2	2.98 (0.53)	-7.88***	0.86
Будущее	3.47 (0.53)	3.41 (0.68)	-0.87	0.1	3.80 (0.55)	5.76***	0.61
Позитивное прошлое	3.55 (0.61)	3.66 (0.71)	1.58	0.17	3.56 (0.61)	0.23	0.02
Фаталистическое настоящее	2.93 (0.69)	2.51 (0.64)	-5.74***	0.66	2.67 (0.74)	-3.41**	0.36
ОБВП	2.59 (0.75)	2.06 (0.93)	-5.82***	0.63	2.30 (0.77)	-3.58***	0.38
Вовлеченность	2.84 (0.53)	3.01 (0.44)	3.30**	0.35	3.04 (0.43)	3.88***	0.41
Контроль	2.61 (0.48)	2.78 (0.46)	3.13**	0.36	2.71 (0.42)	1.84	0.2
Принятие риска	2.47 (0.54)	2.95 (0.43)	8.95***	0.98	2.67 (0.51)	3.34**	0.38
Жизнестойкость	7.92 (1.40)	8.74 (1.14)	5.85***	0.64	8.40 (1.23)	3.39**	0.36
Тревожный стиль	3.77 (1.37)				2.81 (1.23)	-6.77***	0.74
Избегающий стиль	2.96 (1.07)				3.14 (1.10)	1.5	0.17
Принятие-приближение смерти	3.43 (1.40)	3.85 (1.23)	2.88**	0.32	3.31 (1.37)	-0.80	0.09
Избегание темы смерти	4.59 (1.29)	4.01 (1.58)	-3.76***	0.4	4.36 (1.53)	-2.19*	0.16
Страх смерти	4.30 (1.37)	3.88 (1.50)	-2.69**	0.29	3.77 (1.46)	-3.47**	0.37
Принятие смерти как бегства	3.19 (1.57)	2.86 (1.34)	-2.03*	0.23	2.98 (1.51)	-1.25	0.14
Нейтральное принятие смерти	5.44 (1.16)	5.73 (1.22)	2.27*	0.24	6.05 (1.01)	5.26***	0.56
Последствия смерти для личности	4.75 (1.39)	4.15 (1.65)	-3.67***	0.39	4.50 (1.77)	-1.50	0.16
Последствия смерти для тела	3.68 (1.97)	2.86 (1.81)	-3.97***	0.43	2.86 (1.74)	-4.09***	0.44
Страх трансцендентных последствий	4.40 (1.61)	4.20 (1.86)	-1.03	0.11	3.90 (2.01)	-2.55*	0.27
Страх последствий для близких	5.12 (1.39)	4.72 (1.51)	-2.56**	0.24	4.47 (1.54)	-4.17***	0.44
Страх забвения	3.09 (1.74)	2.25 (1.29)	-5.00***	0.55	2.68 (1.57)	-2.32*	0.25
Депрессия	37.66 (8.89)	29.20 (7.33)	-9.42***	1.04			
Смерть близкого родственника	1.28 (0.98)	0.91 (0.76)	-3.80***	0.42	1.47 (1.09)	1.74	0.18
Смерть друга	0.47 (0.78)	0.22 (0.50)	-3.48**	0.38	0.38 (0.51)	-1.22	0.14

Таблица 2 (окончание)

Шкалы	Пациенты M (SD)	Норма M (SD)	Сравнение с нормой		Врачи M (SD)	Сравнение с врачами	
			t(339)	d Коэна		t(351)	d Коэна
Смерть незнакомого человека	0.45 (0.67)	0.39 (0.64)	-0.81	0.09	2.44 (3.92)	6.79***	0.71
Близость к смерти	0.69 (0.97)	0.41 (0.71)	-3.01**	0.33	0.40 (0.57)	-3.45**	0.36
Суицид	1.06 (0.92)	0.10 (0.47)	-11.88***	1.31	0.02 (0.13)	-14.50***	1.58
Мысли о смерти	0.37 (0.48)	0.24 (0.43)	-2.72**	0.29	0.09 (0.29)	-6.58***	0.71
Суммарный опыт смерти	4.53 (2.96)	2.26 (1.87)	-8.31***	0.92	4.80 (4.56)	0.66	0.07

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

(тяжелая болезнь и/или физическая травма и суицид) и мысли о смерти, а врачи чаще отмечали смерть незнакомых людей.

Сводная выборка пациентов превышала выборку психиатров по баллам шкал «Негативное прошлое», «Гедонистическое настоящее», «Фаталистическое настоящее», ОБВП, «Тревожный стиль привязанности», но была ниже по показателям «Будущее», «Вовлеченность», «Принятие риска», «Жизнестойкость». Пациентов характеризовали более высокие баллы по шкалам «Избегание темы смерти» и страхов смерти (особенно показатель «Последствия смерти для близких») и низкие показатели по шкале «Нейтральное принятие смерти». Различия по шкале «Принятие смерти как бегства» не обнаружены.

Обсуждение

Исследование показало, что психологическое неблагополучие пациентов (повышение ОБВП, снижение жизнестойкости) растет с суицидальным опытом, а показатель «Избегание темы смерти», повышенный у людей с отказом от попытки, наоборот, с суицидальным опытом падает. Страхи смерти особенно актуальны для людей с признанием одной попытки. Два показателя принятия смерти («Принятие-приближение смерти» (вера в рай) и «Принятие смерти как бегства», но не «Нейтральное принятие смерти») и суммарный показатель «Опыт смерти» растут по мере усиления суицидального поведения. Это подтверждает идеи Т. Джойнера о постепенном научении бесстрашию к смерти (Чистопольская и др., 2017а) и свидетельствует об общем утяжелении состояния пациентов с ростом числа попыток.

Обнаружено, что врачи характеризуются равным с пациентами с отказом от попытки индексом ОБВП. У врачей повышен показатель «Будущее», но снижена шкала «Гедонистическое настоящее» и равный с группой с отказом от попытки показатель «Фаталистическое настоящее». Стоит обратить внимание на то, что по сравнению с нормой шкала «Гедонистическое настоящее» у пациентов с отказом от попытки снижена. Эти различия ценностные, они могут спровоцировать негативную реакцию врача, поэтому важно знать, что гедонизм, присущий пациентам, не является отклонением.

Пациенты в сводной выборке отличаются от своей возрастной нормы большей травматичностью опыта: помнят больше столкновений со смертью, демонстрируют повышенные показатели негативной ВП, депрессии, пониженные показатели жизнестойкости. Но показатели позитивной ВП значимо не отличались. Это противоречит исследованиям ВП прошлого и будущего у таких пациентов: утверждается, что в остром постсуицидальном состоянии существует сверхобобщенный образ позитивного прошлого и размытый образ позитивного будущего, но негативных воспоминаний и ожиданий у них столько же, сколько и в норме (Williams, Broadbent, 1986). Возможно, наш результат можно объяснить разными методами сбора информации.

У сводной выборки пациентов по сравнению с нормой повышены почти все показатели страхов смерти, снижены «Нейтральное принятие смерти» и «Принятие-приближение смерти», а показатель «Принятие смерти как бегства» повышен, что свидетельствует о суицидальном статусе выборки. Однако среди отношений к смерти лидирует «Избегание темы смерти», что косвенно говорит о травматичности темы смерти для пациентов.

Между сводной выборкой пациентов и врачей не наблюдалось различий по баллам шкалы «Суммарный опыт смерти». Однако по содержанию опыт смерти в группах различался: так, почти все врачи отрицали у себя суицидальное поведение и не отмечали опыт смерти близких (хотя, учитывая возраст, они неизбежно должны были терять родных), но указывали больше опыта столкновения со смертью незнакомых людей. При этом у пациентов более выражены страхи «Последствий смерти для близких» и «Последствий смерти для тела». Мы предположили, что этот результат может отражать факт вытеснения опыта смерти у врачей, перенос этого опыта в сферу безличного, возможно, так «физикальность» смерти становится для них менее пугающей. Кроме того, выборка пациентов отличалась от врачей сниженным и менее содержательно наполненным (Чистопольская и др., 2019б) показателем по шкале «Нейтральное принятие смерти».

Мы назвали мировоззрение врачей-психиатров посттравматическим, потому что их опыт столкновения со смертью был велик, а отдельные психологические показатели находились на одном уровне с пациентами, что характерно для посттравматического роста (Tedeschi, Calhoun, 2004). Авторы теории отмечают, что, преодолев травматичную ситуацию, человек не возвращается к прежнему функционированию до травмы и продолжает ощущать горечь утраты, для него актуальны некоторые болезненные воспоминания, но он становится более осознанным в отношении к смерти, смиряется с ее неизбежностью.

Повышенный показатель по шкале «Тревожный стиль привязанности» у пациентов тоже может стать камнем преткновения в общении врача и пациента. Если рассматривать в динамике группы, набранные методом срезов, по данным корреляционного анализа и анализа средних пациенты постепенно переходят от «прилипчивого» стиля (не избегают фигуру привязанности, тревожно ищут подтверждения чувств) к «робкому» (тревожатся по поводу искренности чувств, стремятся к самодостаточности, замыкаются в себе)

(Чистопольская и др., 2018; Mikulincer, Shaver, 2010). Неизвестно, связано ли это с суицидальным опытом, или пациенты с несколькими попытками изначально более «робки», но потенциально «прилипчивые» пациенты способны вызывать раздражение у врачей, восприниматься «навязчивыми», а «робкие» могут быть охарактеризованы как «несотрудничающие», и в обоих случаях существует риск отторжения, стигматизации, досрочного прерывания терапии (Dattilo, 2005).

Выводы

В исследовании подтверждается гипотеза о постепенном утяжелении состояния пациентов в соответствии с их суицидальным опытом. Подход к таким пациентам должен быть индивидуализированным и информированным. Клиницисту важно понимать, на какой стадии суицидального процесса и развития суицидального поведения находится пациент: пребывает ли он в отрицании своего первого суицидального опыта, испытывает ли экзистенциальный кризис от столкновения со смертью, или чувствует острую безнадежность и размыкание социальных связей. От этого зависит, как развернется беседа, о чем пациенту будет важнее говорить. Так, у пациентов с отрицанием суицидальной попытки могут даже развиваться некоторая эйфория и ложное ощущение, что они способны с легкостью решить свои жизненные проблемы, которые привели их к такому поведению, но тем горше будет восприниматься неудача (O'Connor et al., 2015). Вместе с тем высокий уровень безнадежности у человека с несколькими попытками или острый страх («я сделал это с собой») человека, осознающего последствия своего поведения, способны привести помогающего специалиста к дистрессу и переживанию собственной несостоятельности (Pompili, 2015). Клиницисту важно уметь выдерживать подобную фрустрацию, оставаться эмпатичным и сочувствующим, транслировать надежду (Хенден, 2024; Huggett et al., 2024).

Мировоззренческие различия (большой гедонизм и меньшая ориентация на будущее, тревожность в привязанности, страх за близких у пациентов, более нейтральное отношение к смерти у врачей) — потенциально «горячие» моменты, способные привести к конфликту, раздражению со стороны врача, стигматизации пациентов и нарушенному терапевтическому альянсу. Их следует учитывать врачу при общении с пациентом после попытки суицида. Врачам нежелательно воспринимать себя ролевой моделью для пациентов: хотя посттравматический рост — важное достижение (Tedeschi, Calhoun, 2004), следует учитывать и возрастные нормы своих подопечных. К примеру, страх за близких и забота о них могут стать решающими для пациента в ситуации выбора между жизнью и смертью, поскольку это значимый страх многих молодых людей (Чистопольская и др., 2019а, 2022), а более мрачный и скептический взгляд психиатра в этом вопросе не поможет улучшить самочувствие пациента и не приведет к отказу от суицидальных планов. Та же ситуация и с проблемой гедонизма: у пациентов этот показатель выше, чем у врачей, но при этом он оказывается ниже, чем у возрастной нормы. Становится очевидно, что

проблема не в том, что суициденты ориентированы на удовольствия в настоящем, а в том, что этот показатель связан у них с отдельными отношениями к смерти, возможно, защищая пациентов от проникновения страха смерти в сознание (Чистопольская и др., 2019б). Поэтому не нужно снижать гедонизм пациентов: целесообразнее учить их ставить перед собой небольшие, достижимые задачи («очень маленькие шажки») (Хенден, 2024), из которых постепенно складываются высокие цели. То же самое можно сказать и о тревожном стиле привязанности пациентов: он потенциально может провоцировать отторжение клинициста. Важно не обрывать резко такую стратегию общения пациента, а помочь ему сформировать доверительные отношения (Dattilo, 2005; Mikulincer, Shaver, 2010), на основе которых он сможет построить новый, более благополучный взгляд на мир.

Ведение суицидальных пациентов — непростая задача для психиатров, у которых не всегда есть возможность проводить длительные психотерапевтические беседы (врач обязан каждый день видеться со всеми своими пациентами в отделении, но беседуют они, как правило, коротко и на тему переносимости лекарств). Далеко не все психиатры имеют специализацию по психотерапии. Полноценных руководств и рекомендаций по психотерапии суицидальных пациентов на данный момент в России не существует, за рубежом есть отдельные попытки их создания (Линехан, 2020; Хенден, 2024; Jobes, 2023; Michel, 2023), и, хотя некоторые из них известны в нашей стране, требуются тщательные исследования эффективности и доказательности подходов. Поэтому важно информирование клиницистов об особенностях работы с такими пациентами, развитие у врачей навыков рефлексии: понимания своих переживаний и осознания того, что они транслируют пациентам вербально и невербально (Хенден, 2024; Barzilay et al., 2022).

Замечания, ограничения и дальнейшие направления исследования

Изначально можно было предположить, что врачи с большим опытом работы отличаются от молодых врачей, но в нашей выборке (при предварительном анализе переменных мы разделили врачей на две группы: с опытом работы менее 15 лет и с опытом работы 15 лет и более) различий почти не наблюдалось, а обнаруженные различия были несущественны. То же можно сказать и о различиях по гендерному признаку: различий мало, и они весьма скромные, т.е. выборка врачей оказалась достаточно однородной.

Данное исследование не рассматривало пары «пациент – лечащий врач», а сосредотачивалось на общих психологических различиях. Следующим этапом будет изучение динамики терапевтического альянса помогающих специалистов и суицидальных пациентов.

Литература

Амбрумова, А. Г., Калашникова, О. Э. (1998). Клинико-психологическое исследование самоубийства. *Социальная и клиническая психиатрия*, 4, 65–77.

- Веспа, Э., Галынкер, И., Чистопольская, К. А. (2021). Эмоциональный отклик клинициста на пациентов с суицидальным риском: обзор литературы. *Суицидология*, 12(1), 47–63. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01\(42\)-47-63](https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63)
- Колачев, Н. И., Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н., Николаев, Е. Л., Дровосеков, С. Э. (2023). «Шкала душевной боли» Р. Холдена и «Шкала безнадежности» А. Бека: диагностические возможности для предсказания суицидального риска. *Психологические исследования*, 16(90). <https://doi.org/10.54359/ps.v16i90.1439>
- Леонтьев, Д. А., Рассказова, Е. И. (2006). *Тест жизнестойкости*. М.: Смысл.
- Линехан, М. (2020). *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности*. М: Диалектика (Вильямс).
- Положий, Б. С., Руженкова, В. В. (2016). Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами. *Суицидология*, 24(3), 12–20.
- Саксена, Ш., Круг, Э. (2014). *Предотвращение самоубийств: Глобальный императив*. Женева: Всемирная организация здравоохранения.
- Соколова, Е. Т. (1989). *Самосознание и самооценка при аномалиях личности*. М.: Изд-во Московского университета.
- Сырцова, А., Соколова, Е. Т., Митина, О. В. (2008). Адаптация опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо. *Психологический журнал*, 29(3), 101–109.
- Тарабрина, Н. В. (2001). *Практикум по психологии посттравматического стресса*. СПб.: Питер.
- Хенден, Дж. (2024). *Предотвращение самоубийств: Подход, ориентированный на решения*. М.: Психотерапия.
- Холмогорова, А. Б., Суботич, М. И., Корх, М. П., Рахманина, А. А., Быкова, М. С. (2020). Деадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением. *Консультативная психология и психотерапия*, 28(1), 63–86. <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280105>
- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н. (2013). Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки. *Медицинская психология в России*, 2(19). http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer12.php
- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н. (2014). Теория управления страхом смерти: основы, критика и развитие. *Вопросы психологии*, 2, 125–142.
- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н. (2015). Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*, 11(1), 8–10.
- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н. (2018). О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*, 2, 10–18.
- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н. (2019). Особенности молодых людей с самоповреждениями и предшествующими попытками в остром суицидальном кризисе. *Суицидология*, 10(4), 47–64. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04\(37\)-47-64](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-47-64)
- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н. (2021). Несуицидальные самоповреждения как признак тяжести психологического состояния молодых суицидальных пациентов. В кн. П. Б. Зотов (ред.), *Суицидальные и несуицидальные самоповреждения подростков: коллективная монография* (с. 315–336). Тюмень: Вектор Бук.
- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н., Николаев, Е. Л., Магурдумова, Л. Г. (2017а). Бесстрашие к смерти — статика или динамика? *Суицидология*, 8(2), 40–48.

- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н., Николаев, Е. Л., Садовничая, В. С., Кравцова, Н. А., Дровосеков, С. Э. (2023). Масштабы и причины сокрытия суицидальности при обращении к помогающим специалистам: количественно-качественное исследование. *Социальная и клиническая психиатрия*, 33(4), 15–23. <https://doi.org/10.34757/0869-4893.2023.33.4.002>
- Чистопольская, К. А., Митина, О. В., Ениколопов, С. Н., Николаев, Е. Л., Семикин, Г. И., Озоль, С. Н., Чубина, С. А. (2017б). Создание кратких русскоязычных версий опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти». *Суицидология*, 8(4), 43–55.
- Чистопольская, К. А., Митина, О. В., Ениколопов, С. Н., Николаев, Е. Л., Семикин, Г. И., Чубина, С. А., Озоль, С. Н., Дровосеков, С. Э. (2018). Адаптация краткой версии «Переработанного опросника – опыт близких отношений» (ECR-R) на русскоязычной выборке. *Психологический журнал*, 5, 87–98. <https://doi.org/10.31857/S020595920000838-7>
- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н., Николаев, Е. Л., Семикин, Г. И., Озоль, С. Н., Чубина, С. А. (2019а). Отношение к смерти в контексте временной перспективы: адаптивные, защитные и неадаптивные взгляды на смерть у молодых взрослых. *Суицидология*, 10(1), 58–74. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01\(34\)-58-74](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-58-74)
- Чистопольская, К. А., Ениколопов, С. Н., Чубина, С. А. (2019б). Специфика отношений к жизни и смерти у пациентов в остром постсуициде и у врачей-психиатров. *Суицидология*, 10(2), 56–71. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02\(35\)-56-71](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71)
- Чистопольская, К. А., Колачев, Н. И., Ениколопов, С. Н., Николаев, Е. Л., Дровосеков, С. Э. (2022). Суицидальность и чувство авторства собственной жизни: опросник М. Линехан «Причины для жизни». *Психологическая наука и образование*, 27(3), 65–88. <https://doi.org/10.17759/pse.2022270306>
- Шнейдман, Э. (2001). *Душа самоубийцы*. М.: Смысл.

Ссылки на зарубежные источники см. в разделе *References*.

References

- Ambrumova, A. G., & Kalashnikova, O. E. (1998). Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie samoubiistva [Clinical-psychological study of suicide]. *Sotsial'naya i Klinicheskaya Psikhiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 4, 65–77.
- Barzilay, S., Gagnon, A., Yaseen, Z.S., Chennapragada, L., Lloveras, L., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2022). Associations between clinicians' emotion regulation, treatment recommendations, and patient suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(2), 239–340. <https://doi.org/10.1111/sltb.12824>
- Beck, A. T. (1961). A systematic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry*, 2(3), 163–170. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(61\)80020-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(61)80020-5)
- Bloch-Elkouby, S., & Barzilay, S. (2022). Alliance-focused safety planning and suicide risk management. *Psychotherapy*, 59(2), 157–162. <https://doi.org/10.1037/pst0000416>
- Chan, W. C. H., & Tin, A. F. (2012). Beyond knowledge and skills: Self-competence in working with death, dying, and bereavement. *Death Studies*, 36(10), 899–913. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.604465>
- Chistopolskaya, K. A., & Enikolopov, S. N. (2013). Problema otnosheniya k smerti posle suitsidal'noi popytki [The issue of death attitude after a suicide attempt]. *Meditsinskaya Psikhologiya v Rossii*, 2(19). http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer12.php

- Chistopolskaya, K. A., & Enikolopov, S. N. (2014). The theory of controlling the fear of death: Foundations, criticism, development. *Voprosy Psikhologii*, 2, 125–142. (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., & Enikolopov, S. N. (2015). Death attitudes after a suicide attempt: stigmatization and self stigmatization of suicidal patients. *Vestnik Psikhatrii i Psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]*, 11(1), 8–10. (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., & Enikolopov, S. N. (2018). On the interrelation of mental health stigma and suicidal behavior. *Rossiiskii Psikhiatricheskii Zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]*, 2, 10–18. (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., & Enikolopov, S. N. (2019). Characteristics of young people in acute suicidal crisis with and without non-suicidal self-harm and suicide attempts. *Suitsidologiya [Suicidology (Russia)]*, 10(4), 47–64. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04\(37\)-47-64](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-47-64) (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., & Enikolopov, S. N. (2021). Nesuitsidal'nye samopovrezhdeniya kak priznak tyazhesti psikhologicheskogo sostoyaniya molodykh suitsidal'nykh patsientov [Non-suicidal self-injuries as a sign of severity of psychological state in young suicidal patients]. In P. B. Zotov (Ed.), *Suitsidal'nye i nesuitsidal'nye samopovrezhdeniya podrostkov: kollektivnaya monografiya [Suicidal and non-suicidal self-injuries in adolescents: a collective monograph]* (pp. 315–336). Tyumen': Vektor Buk.
- Chistopolskaya, K. A., Enikolopov, S. N., & Chubina, S. A. (2019b). Specifics of life and death attitudes in patients in acute postsuicide and psychiatrists. *Suitsidologiya [Suicidology (Russia)]*, 10(2), 56–71. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02\(35\)-56-71](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71) (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., Kolachev, N. I., Enikolopov, S. N., Nikolaev, E. L., & Drovosekov, S. E. (2022). Suicidality and agency: The reasons for Living Inventory by M. Linehan. *Psikhologicheskaya Nauka i Obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 27(3), 65–88. <https://doi.org/10.17759/pse.2022270306> (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., Kolachev, N. I., Enikolopov, S. N., Nikolaev, E. L., & Drovosekov, S. E. (2023). The scope and the reasons for non-disclosure of suicidality to helping professionals: a quantitative-qualitative study. *Sotsial'naya i Klinicheskaya Psikhatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 33(4), 15–23. <https://doi.org/10.34757/0869-4893.2023.33.4.002> (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., Enikolopov, S. N., Nikolaev, E. L., & Magurdumova, L. G. (2017a). A commentary: Fearlessness about death – a static or a dynamic quality? *Suitsidologiya [Suicidology (Russia)]*, 8(2), 40–48. (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., Mitina, O. V., Enikolopov, S. N., Nikolaev, E. L., Semikin, G. I., Chubina, S. A., Ozol, S. N., & Drovosekov, S. E. (2018). Adaptation on a Russian sample of the short version of Experience in Close Relationships – Revised questionnaire. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 5, 87–98. <https://doi.org/10.31857/S020595920000838-7> (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., Mitina, O. V., Enikolopov, S. N., Nikolaev, E. L., Semikin, G. I., Ozol, S. N., & Chubina, S. A. (2017b). Construction of short Russian versions of Death Attitude Profile – Revised and Fear of Personal Death Scale. *Suitsidologiya [Suicidology (Russia)]*, 8(4), 43–55. (in Russian)
- Chistopolskaya, K. A., Enikolopov, S. N., Nikolaev, E. L., Semikin, G. I., Ozol, S. N., & Chubina, S. A. (2019a). Death attitudes in context of time perspective: adaptive, defensive and maladaptive views of death in young adults. *Suitsidologiya [Suicidology (Russia)]*, 10(1), 58–74. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-10-01\(34\)-58-74](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-10-01(34)-58-74) (in Russian)
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsche, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>

- Dattilo, G. M. (2005). *The role of attachment style on clinician self-efficacy and empathy* [Doctoral dissertation, La Salle University].
- Field, A. (2006). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London, UK: SAGE.
- Florian, V., & Kravets, S. (1983). Fear of personal death: Attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(3), 600–607. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.3.600>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, *55*(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Galynker, I. (2023). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Henden, J. (2024). *Predotvrashchenie samoubiystvo: Podkhod, orientirovannyi na resheniya* [Preventing suicide: The solution focused approach]. Moscow: Psikhoterapiya. (Original work published 2017)
- Huggett, C., Peters, S., Gooding, P., Berry, N., & Pratt, D. (2024). A systematic review and meta-ethnography of client and therapist perspectives of the therapeutic alliance in the context of psychotherapy and suicidal experiences. *Clinical Psychology Review*, *113*, Article 102469. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102469>
- Jobes, D. A. (2023). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (3rd ed.). Guilford Press.
- Kholmogorova, A. B., Subotich, M. I., Korkh, M. P., Rakhmanina, A. A., & Bykov, M. S. (2020). Maladaptive personality traits and psychopathological symptoms in individuals with the first suicidal attempt and with chronic suicidal behavior. *Konsul'tativnaya Psikhologiya i Psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, *28*(1), 63–86. <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280105> (in Russian)
- Kolachev, N. I., Chistopolskaya, K. A., Enikolopov, S. N., Nikolaev, E. L., & Drovosekov, S. E. (2023). The Psychache Scale by R. Holden and Hopelessness Scale by A. Beck: Diagnostic capabilities for predicting suicide risk. *Psikhologicheskie Issledovaniya*, *16*(90). <https://doi.org/10.54359/ps.v16i90.1439> (in Russian)
- Koltko-Rivera, M. E. (2004). The psychology of worldviews. *Review of General Psychology*, *8*(1), 3–58. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.8.1.3>
- Leontiev, D. A., & Rasskazova, E. I. (2006). *Test zhiznestoikosti* [Hardiness survey]. Moscow: Smysl.
- Linehan, M. (2020). *Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogranichnogo rasstroistva lichnosti* [Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder]. Moscow: Dialektika (Williams). (Original work published 1993)
- Maddi, S. (1998). Dispositional hardiness in health and effectiveness. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (pp. 95–124). San Diego, CA: Academic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Michel, K. (2023). *The suicidal person: A new look at a human phenomenon*. Columbia University Press.
- O'Connor, R., Smyth, R., & Williams, J. M. G. (2015). Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(1), 169–176. <https://doi.org/10.1037/a0037846>

- Oexle, N., Ajdacic-Gross, V., Kilian, R., Müller, M., Rodgers, S., Xu, Z., Rössler, W., & Rüsch, N. (2017). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(1), 53–60. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001018>
- Polozhii, B. S., & Ruzhenkova, V. V. (2016). Stigmatizatsiya i samostigmatizatsiya suitsidentov s psikhicheskimi rasstroistvami [Stigmatization and self-stigmatization by persons with mental disorders who committed suicidal attempts]. *Suitsidologiya [Suicidology (Russia)]*, 24(3), 12–20.
- Pompili, M. (2015). Our empathetic brain and suicidal individuals. *Crisis*, 36(4), 227–230. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000327>
- Saxena, S., & Krug, E. (2014). *Predotvrashchenie samoubiystv: Global'nyi imperativ* [Suicide prevention: A global imperative]. Geneva: WHO.
- Shneidman, E. (2001). *Dusha samoubiysty* [The suicidal mind]. Moscow: Smysl.
- Sircova, A., Sokolova, E. T., & Mitina, O. V. (2008). Adaptation of Zimbardo Time Perspective Inventory. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 29(3), 101–109. (in Russian)
- Sokolova, E. T. (1989). *Samosoznanie i samoostenka pri anomal'yakh lichnosti* [Self-consciousness and self-esteem in anomalies of personality]. Moscow: Moscow University Press.
- Soulié, T., Bell, E., Jenkin, G., Sim, D., & Collings, S. (2020). Systematic exploration of countertransference phenomena in the treatment of patients at risk for suicide. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 96–118. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1506844>
- Soulié, T., Levack, W., Jenkin, G., Collings, S., & Bell, E. (2022). Learning from clinicians' positive inclination to suicidal patients: A grounded theory model. *Death Studies*, 46(2), 485–494. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1744201>
- Stolarski, M., Wiberg, B., & Osin, E. (2014). Assessing temporal harmony: The issue of a balanced time perspective. In M. Stolarski, N. Fioulaine, & W. van Beek (Eds.), *Time perspective theory: Review, research and application* (pp. 57–71). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Tarabrina, N. V. (2001). *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Practicum in psychology of posttraumatic stress]. Saint Petersburg: Piter.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Van Praag, H., & Plutchik, R. (1985). An empirical study on the “cathartic” effect of attempted suicide. *Psychiatry Research*, 16(2), 123–130. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(85\)90005-8](https://doi.org/10.1016/0165-1781(85)90005-8)
- Vespa, A., Galynker, I., & Chistopolskaya, K. A. (2021). Clinician emotional response to patients at risk of suicide: A review of the extant literature. *Suitsidologiya [Suicidology (Russia)]*, 12(1), 47–63. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01\(42\)-47-63](https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63) (in Russian)
- Wendt, D., & Shafer, K. (2016). Gender and attitudes about mental health help seeking: Results from national data. *Health and Social Work*, 41, e20–e28. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv089>
- Williams, J., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 144–149. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.2.144>
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death-Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121–148). Taylor & Francis.
- Zimbardo, P., & Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>