

СПЕЦИФИКА ОТНОШЕНИЙ К ЖИЗНИ И СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПОСТСУИЦИДЕ И У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, С.А. Чубина

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева», г. Москва, Россия

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия

ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева», г. Тула, Россия

Контактная информация:

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009; Researcher ID: F-4213-2014). Место работы и должность: медицинский психолог Психиатрического отделения № 2 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева». Адрес: Россия, 129327, г. Москва, ул. Ленская, 15. Электронный адрес: ktchist@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X; Researcher ID: C-2922-2016). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр, психотерапевт (ORCID iD: 0000-0002-9112-2737; Researcher ID: U-4432-2017). Место работы и должность: заведующая отделением ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева». Адрес: Россия, 301105, Тульская область, Ленинский район, п. Петелино. Электронный адрес: sonyaost@yandex.ru

Противоречивое и даже враждебное, стигматизирующее отношение врачей-психиатров к суицидентам отмечают разные исследования. Цель исследования: проверить наличие мировоззренческих различий в отношениях к жизни и смерти у этих двух групп. Материалы: опрос прошли 185 людей в остром постсуициде (2-14 дней, 64 юношей, 121 девушка, 16 до 27 лет, $M=21,39\pm 2,42$) и 168 врачей-психиатров (49 мужчин, 119 женщин, 27 до 81 года, $M=46,25\pm 13,88$). Методики: «Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо», краткий вариант опросника «Опыт близких отношений», «Тест жизнестойкости», краткий вариант опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти», анкета «Опыт смерти». Результаты: Анализ различий t-Стьюдента показал, что врачи и суициденты расходились по большинству выбранных показателей (d Коэна 0,21–0,77). Они не различались по суммарному показателю «Опыт смерти», однако врачи отмечали больше столкновений со смертью незнакомых людей ($\chi^2(2,352)=37,57$; $p<0,001$), а суициденты – личный опыт смерти ($\chi^2(2,352)=8,837$; $p=0,012$), опыт суицидальных попыток ($\chi^2(2,352)=206,195$; $p<0,001$), размышления о смерти ($\chi^2(2,352)=38,73$; $p<0,001$). Определение группы риска как зависимой переменной через бинарную логистическую регрессию дало значимые результаты (R^2 Кокса = 0,41; R^2 Нэйджелкерка = 0,55; Хосмер и Лемешев $\chi^2=12,40$; $p=0,134$): для людей в остром постсуициде оказались наиболее характерны высокие показатели «Страха последствий для близких», «Тревожности в привязанности», «Негативного прошлого», «Гедонистического настоящего» и «Контроля»; низкие показатели «Нейтрального принятия смерти», «Избегания в привязанности», «Будущего». Иерархический регрессионный анализ показал, что для врачей наиболее наполненным отношением к смерти является «Нейтральное принятие смерти» ($R^2=0,21$, $F(8,158)=4,991$; $p<0,001$), а для суицидентов – «Принятие смерти как бегства» ($R^2=0,309$, $F(8,184)=9,816$; $p<0,001$). У суицидентов показатель «Гедонистического настоящего» вносил вклад в 3 разных конструкта, связанных со смертью: «Страх забвения» ($b=0,530$; $p=0,037$), «Страх трансцендентных последствий» ($b=0,478$; $p=0,041$) и «Нейтрального принятия смерти» ($b=0,433$; $p=0,01$). Выводы: У врачей-психиатров и людей в остром постсуициде наблюдаются мировоззренческие различия по следующим параметрам: самоощущение в привязанности, временные ориентации, принятие на себя ответственности, отношение к смерти. Это может провоцировать трудности в общении и поддержании терапевтического раппорта.

Ключевые слова: стигма, суицид, отношение к смерти, опыт смерти, временная перспектива, жизнестойкость, привязанность

Стигматизация суицидальных пациентов родственниками, знакомыми и медицинским персоналом – серьёзная общемировая проблема [1]. Недавнее исследование контрпереноса при работе с суицидальными пациентами показало, что хотя психиатры, психотерапевты и психологи более склонны признавать позитивный

контрперенос (то есть утверждать, что им нравится работать с суицидентами), «отвержение / ощущение западни» оказалось первым по значимости фактором среди различных вариантов отношений к таким пациентам [2]. Авторы предполагают, что такую констелляцию можно назвать «подавлением ненависти в контрпере-

носе», и поддерживают точку зрения других специалистов, что для искренней связи с суицидальным пациентом клиницист должен смотреть на мир глазами суицидента [3], что требует «эмпатического мужества» [3]. Другие авторы писали о том, что одновременное переживание дистресса и надежды у врачей является важным предиктором суицидальных попыток пациентов после выписки [4].

В современной западной литературе выделено направление, которое изучает «работу со смертью» [5] – работу профессионалов, часто имеющих дело со смертью и чувствами по отношению к ней (это врачи, медсестры, социальные работники, психологи, священники, психотерапевты). До этого уже много писали о риске выгорания, усталости сострадать и вторичной травматизации у людей помогающих профессий [6-10]. Worden J.W. [11] предположил, что консультанты по гореванию, которые справляются с собственным горем, лучше помогают людям в острый период. Другое исследование показало, что медицинские работники, которые положительно относятся к смерти и меньше её боятся, скорее готовы к обсуждениям вопросов смерти [12].

Группой социальных работников, которая провела обзор литературы, было предложено три сферы компетенций: знания и навыки, отношения и ценности [13]. Современное образование делает упор именно на первую сферу – знания и навыки, и часто недооценивает роль личности [14, 15]. Chan W.C.H. и Tin A.F. [6] на основе контент-анализа опроса социальных работников, медсестер и священников (всего 176 человек) выделили три сферы «я»-компетенций, которые эти авторы определяют как использование личностных ресурсов и совладания в работе со смертью. Первая сфера – собственно личностные ресурсы (личные качества или опыт помогающего профессионала): спокойствие, зрелость, опыт горевания, чувство юмора, терпение, готовность учиться, готовность сотрудничать, рациональность, широкий кругозор, способность смотреть на вещи с разных сторон, упорство, творчество, саморефлексия, осознание себя, харизма, страсть, любовь, открытость, искренность, гибкость, сострадание, позитивная энергия, тепло и самопонимание. Вторая сфера – экзистенциальное совладание (оно определяется способностью справляться с экзистенциальными проблемами (находить смысл жизни и смысл страдания),

которые возникают в работе со смертью), для этого требуется: чувство осмысленности, позитивная ориентация, чувство связности, целенаправленность жизни, а также вера в равенство в отношениях с клиентом, принятие неизбежности смерти и ограниченности человеческого существования, нахождение смысла в своей работе, вовлечённость в жизнь, роль религии, духовности, надежды и веры в экзистенциальном поиске смысла. Эмоциональное совладание – третья сфера «я» компетенций – это способность справляться с эмоциями, вызванными работой со смертью. Участники исследования отметили важность заботы о себе и поддержания душевного здоровья. Для этого необходимо отстраняться от эмоций клиентов после работы, чтобы поддерживать эмоциональную стабильность. Участники также отметили важность контейнирования эмоций клиента, способность совладать с собственной тревогой смерти и справляться с прошлыми опытами горевания. Поддержка семьи, друзей и коллег тоже является важным компонентом этой категории. Также исследовалась практическая компетентность – это применение знаний и навыков в работе со смертью: навыки задавания вопросов, уважения, принятия, слушания, эмпатии, чувствительность к эмоциям клиента и особенностям его культуры, наблюдательность, самораскрытие и умение молчать в терапевтическом процессе. Компетентность знаний – это профессиональные знания, необходимые для работы со смертью. Участники отмечали, что важны знания о смерти, умирании и горевании. Некоторые указывали конкретные теории умирания и горевания, а кто-то писал о важности традиций – о том, как происходит подготовка к похоронам. Авторы указывают, что экзистенциальное и эмоциональное совладание (копинг) может быть понято как поведенческие попытки или действия в ответ на соответствующие источники экзистенциального и эмоционального дистресса в работе со смертью. Человек при этом вынужден задействовать свои личностные ресурсы, то есть в рамках «я»-компетенций совладание и личностные ресурсы взаимосвязаны. Таким образом, знаний и навыков далеко не достаточно для совладания с экзистенциальными и эмоциональными требованиями работы со смертью.

Также в 2012 году другие авторы предложили термин «компетентность в смерти» (death competence), который означает «особый навык,

который помогает выдерживать и справляться с проблемами клиента, связанными с умиранием, смертью и гореванием» [16]. В 2016 году W.C.H. Chan с коллегами [17] провёл 22 интервью с терапевтами, медсестрами и социальными работниками о сложностях их работы в паллиативной медицине. Выделилась тема испытаний (challenges) – сложных ситуаций в работе, и совладания с этими ситуациями. Испытания разделялись на экзистенциальные (пошатнувшиеся базовые представления о жизни и смерти) и эмоциональные (личное и связанное с работой эмоциональное беспокойство). В качестве экзистенциального совладания специалисты говорили, что они пытаются понять, что важно в их жизни, расставить приоритеты, понять смысл своей жизни, больше времени проводить со значимыми для них людьми, а также жить настоящим моментом, принять природу жизни и смерти, лучше подготовиться к смерти. В качестве эмоционального копинга выделялись стратегии приспособления к ожиданиям в работе со смертью, в поиске смысла в работе, в разграничении работы и личной жизни, в приспособлении ожиданий от своей профессии.

Однако важно понимать, что «работа со смертью» тоже бывает разной. Так, исследование медсестер показало [18], что наиболее благоприятное отношение к смерти наблюдается у медсестер паллиативных отделений (в отличие от отделений онкологии, гематологии и других), и это можно понять. В паллиативном отделении смерть вызывает меньший конфликт, поскольку она уже предрешена, в отличие от других отделений, где специалисты ещё борются за жизнь пациента. Если же попытка смерти самонавлекенная, конфликт повышается ещё больше, так как врач пытается рассортировать пациентов по тому, в каком объёме тем или иным пациентам пригодится его помощь, и подспудно у него возникает вопрос, нужно ли спасать того, кто только что сам отказывался от жизни, тратить свои ресурсы на уговоры принять лечение [19].

Таким образом, мы видим, что работа с темой потери, смерти и особенно смерти самонавлекенной представляет достаточно серьёзное испытание для помогающего специалиста. Нами была выдвинута гипотеза, что трудности возникают в связи с разными взглядами на жизнь и смерть у специалистов и пациентов. В предыдущей работе через переживание длительности Я и разных временных перспектив

мы на большой выборке молодых людей из разных регионов России показали, какие отношения к смерти являются адаптивными, дезадаптивными или защитными [20]. В настоящей работе мы поставили задачу исследовать особенности отношений к смерти у психиатров и людей в остром постсуициде, чтобы лучше понять расхождение в их взглядах.

Материал и методы.

Выборка. Группу суицидентов составили 185 человек после недавней суицидальной попытки (2-14 дней, 64 юношей, 121 девушка, возраст от 16 до 27 лет, $M=21,39\pm 2,42$), проходивших лечение в токсикологическом отделении НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Критерием включения в группу было совершение суицидальных действий с точки зрения лечащих врачей. У 37 человек было 2 и более суицидальных попыток в анамнезе, у 105 – одна, 43 человека отрицали суицидальные намерения (вне зависимости от тяжести последствий и очевидности приёма избыточных лекарственных средств). Ранее мы описывали эти подгруппы подробно [21, 22], но для текущей задачи мы использовали сводную выборку суицидентов, не разделяя их на подгруппы. Преимущественные диагнозы пациентов: «кратковременная депрессивная реакция» (F43.20), «смешанная тревожная и депрессивная реакция» (F43.22). Критерием исключения из группы являлось тяжелое медикаментозное состояние пациентов после попытки самоотравления (спутанность сознания), наличие у испытуемых психотической симптоматики, грубых когнитивных нарушений, признаков органического поражения ЦНС, хронического алкоголизма и наркозависимости. С пациентами проводилась беседа, получалось согласие на исследование, и они заполняли методики индивидуально в присутствии психолога.

Группа психиатров состояла из врачей из г. Санкт-Петербурга со стажем от 5 до 15 лет (21 человек, 8 мужчин, 13 женщин) и выше 15 лет стажа (64 человека, 18 мужчин, 46 женщин) и врачей из г. Тулы со стажем от 5 до 15 лет (39 человек, 13 мужчин, 26 женщин) и выше 15 лет стажа (44 человека, 10 мужчин, 34 женщины). Общий объём выборки составил 168 человек, возраст от 27 до 81 года ($M=46,25\pm 13,88$). Для текущей задачи мы использовали сводную выборку врачей-психиатров. Врачам предлагался блок методик, и они при желании заполняли его индивидуально и анонимно в личное время.

Инструменты (в порядке предъявления):

1. Опросник исследования временной перспективы Ф. Зимбардо [23, адаптация 24], раскрывающий позитивную и негативную оценку прошлого и настоящего, а также будущего опрашиваемого. Кроме того, мы рассчитывали индекс ОБВП (отклонения от сбалансированной временной перспективы) по формуле [25], и низкий показатель соответствовал меньшему расхождению с идеальной БВП, а высокий – высокому расхождению.

2. Опросник «Опыт близких отношений – переработанный опросник», краткая версия [26, адаптация 27], позволяет выявить степень выраженности тревожности и избегания в привязанности.

3. Опросник жизнестойкости [28, адаптация 29], измеряющий общую жизнестойкость личности, вовлечённость в деятельность, контроль над ней и готовность рисковать, отвечать на вызовы среды.

4. Краткий опросник «Отношение к смерти» [30, адаптация 31] показывает различные

отношения принятия, страха и избегания темы смерти в повседневной жизни.

5. Краткий опросник «Страх личной смерти» [32, адаптация 31] показывает страхи смерти в трех измерениях: внутриличностном, межличностном и надличностном, которые, в свою очередь, делятся на внутренние группы.

6. Анкета «Опыт смерти» разработана нами для выяснения непосредственного фактического опыта смерти опрашиваемых. Содержит 7 пунктов. Вопросы охватывали разные возможности столкновения со смертью в повседневности: смерть близкого родственника, близкого друга, незнакомого человека, личный опыт смерти (несчастный случай или тяжелая болезнь), попытка самоубийства, мысли о смерти и дополнительная информация (то, что не было указано выше, но о чём участник хочет сообщить как о личном опыте смерти). Предполагался ответ «да» или «нет» и указание возраста отвечающего на момент события, если таких случаев было несколько – возраст через запятую.

Таблица 1

Различия в выраженности показателей у врачей-психиатров и людей в остром постсуициде

Переменная	Врачи (n=168) M±SD	Суициденты (n=185) M±SD	t(351)	p	CI	d Коэна
Негативное прошлое	2,6±0,78	3,2±0,79	-7,166	<0,001	[-0,77; -0,44]	0,76
Гедонистическое настоящее	3,0±0,53	3,4±0,53	-7,879	<0,001	[-0,56; -0,34]	0,75
Будущее	3,8±0,55	3,5±0,53	5,756	<0,001	[0,22; 0,45]	0,56
Позитивное прошлое	3,6±0,61	3,6±0,61	0,225	нз		
Фаталистическое настоящее	2,7±0,74	2,9±0,69	-3,411	0,001	[-0,41; -0,11]	0,28
ОБВП	2,3±0,77	2,6±0,75	-3,579	<0,001	[-0,45; -0,13]	0,39
Вовлечённость	3,0±0,43	2,8±0,53	3,921	<0,001	[0,05; 0,10]	0,41
Контроль	2,7±0,42	2,6±0,48	1,853	нз		
Принятие риска	2,7±0,51	2,5±0,54	3,338	0,001	[0,08; 0,30]	0,38
Жизнестойкость	8,4±1,23	7,9±1,40	3,415	0,001	[0,20; 0,76]	0,38
Принятие-приближение смерти	3,3±1,37	3,4±1,40	-0,803	нз		
Избегание темы смерти	4,3±1,53	4,6±1,30	-2,170	0,031	[-0,63; -0,03]	0,21
Страх смерти	3,8±1,46	4,3±1,37	-3,469	0,001	[-0,82; -0,23]	0,35
Принятие смерти как бегства	3,0±1,51	3,2±1,57	-1,254	нз		
Нейтральное принятие смерти	6,1±1,01	5,4±1,15	5,259	<0,001	[0,39; 0,85]	0,65
Страх последствий для личности	4,5±1,77	4,8±1,39	-1,500	нз		
Страх последствий для тела	2,9±1,74	3,7±1,97	-4,093	<0,001	[-1,22; -0,43]	0,43
Страх трансцендентных последствий	3,9±2,01	4,4±1,61	-2,518	0,012	[-0,88; -0,11]	0,27
Страх последствий для близких	4,5±1,54	5,1±1,39	-4,168	<0,001	[-0,96; -0,35]	0,41
Страх забвения	2,7±1,57	3,1±1,74	-2,317	0,021	[-0,76; -0,06]	0,24
Тревожность	2,8±1,23	3,8±1,37	-6,800	<0,001	[-1,24; -0,68]	0,77
Избегание	3,1±1,10	3,0±1,07	1,497	нз		
Опыт смерти	4,8±4,56	4,5±2,96	0,643	нз		

На основании этих данных подсчитывался суммарный опыт смерти (количество столкновений со смертью).

Обработка результатов проводилась в программе SPSS 20.0 с использованием t-критерия Стьюдента, d Коэна, таблиц сопряженности (χ^2), бинарной логистической регрессии, корреляционного анализа Пирсона и иерархического регрессионного анализа.

Результаты:

1. Анализ различий.

Для начала мы решили определить, есть ли количественные различия в показателях отношений к смерти и жизни между сводной группой суицидентов и психиатров. Для этого мы использовали t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Как видно из табл. 1, уже этот предварительный анализ свидетельствует о значимых различиях (от низких до высоких, исходя из d Коэна) между врачами - психиатрами и суицидентами по основным показателям. При том, что у них не наблюдается различий в суммар-

ном индексе «Опыта смерти», показателях «Позитивного прошлого», «Контроля», «Избегания в привязанности», «Принятия смерти как бегства», «Принятия приближения смерти» и «Страха последствий для личности».

Что касается показателя «Опыт смерти», конечно, он различался содержательно. Врачи-психиатры отмечали, что наблюдали значительно больше смертей незнакомых людей ($\chi^2(2,352)=37,57$; $p<0,001$, опыт больше двух смертей у врачей – 23,4% против 5,4% у суицидентов, опыт одной смерти у врачей – 42,5%, у суицидентов – 32%). Понятно, что все врачи проходят через опыт смерти, но важно, что есть те, кто его не вытесняет, а держит в сознании. Суициденты отмечали больший опыт близости к смерти ($\chi^2(2,352)=8,837$; $p=0,012$, опыт неоднократного столкновения со смертью признавали 10% суицидентов и только 4% врачей; опыт единичного столкновения – 39% суицидентов и 31% врачей, не признавали 51% суицидентов и 65% врачей).

Таблица 2

Бинарная логистическая регрессия: определение группы риска как зависимая переменная (контрольная группа – врачи психиатры)

Предиктор	B	Станд. ошибка	Уальд	p	OR(95% CI)
Пол (женский)	-0,211	0,350	0,36	0,546	0,81 (0,41; 1,61)
Суммарный опыт смерти	-0,051	0,040	1,62	0,203	0,95 (0,88; 1,03)
Страх последствий для личности	-0,272	0,139	3,82	0,051	0,76 (0,58; 1,00)
Страх последствий для тела	0,148	0,106	1,96	0,161	1,16 (0,94; 1,43)
Страх трансцендентных последствий	-0,005	0,117	0,002	0,969	1,00 (0,79; 1,25)
Страх последствий для близких	0,358	0,133	7,28	0,007	1,43 (1,10; 1,86)
Страх забвения	-0,034	0,108	0,10	0,750	0,97 (0,78; 1,19)
Принятие-приближение смерти	-0,115	0,143	0,65	0,421	0,89 (0,67; 1,18)
Избегание темы смерти	0,129	0,128	1,02	0,314	1,14 (0,89; 1,46)
Страх смерти	-0,014	0,137	0,01	0,918	0,99 (0,75; 1,29)
Принятие смерти как бегства	0,193	0,148	1,71	0,191	1,21 (0,91; 1,62)
Нейтральное принятие смерти	-0,652	0,163	16,09	<0,001	0,52 (0,38; 0,72)
Тревожность	0,437	0,157	7,73	0,005	1,55 (1,14; 2,11)
Избегание	-0,610	0,192	10,04	0,002	0,54 (0,37; 0,79)
Негативное прошлое	0,859	0,295	8,50	0,004	2,36 (1,33; 4,21)
Гедонистическое настоящее	1,452	0,374	15,06	<0,001	4,27 (2,05; 8,89)
Будущее	-1,667	0,383	18,97	<0,001	0,19 (0,09; 0,40)
Позитивное прошлое	0,317	0,298	1,14	0,286	1,37 (0,77; 2,46)
Фаталистическое настоящее	-0,528	0,307	2,96	0,085	0,59 (0,32; 1,08)
Вовлеченность	-0,642	0,640	1,01	0,315	0,53 (0,15; 1,84)
Контроль	2,106	0,695	9,19	0,002	8,22 (2,11; 32,08)
Принятие риска	-0,961	0,552	3,03	0,082	0,38 (0,13; 1,13)
Константа	1,080	2,626	0,17	0,681	2,94

Только три врача-психиатра отметили, что совершали суицидальную попытку ($\chi^2(2,352)=206,195$; $p<0,001$). Суициденты больше думали о смерти ($\chi^2(2,352)=38,73$; $p<0,001$ – 37% суицидентов против 9% врачей признавали, что временами размышляют о смерти). По показателям «Смерть родственника» и «Смерть друга» значимых различий выявлено не было.

Суициденты оказались выше врачей - психиатров по показателям «Негативного прошлого», «Гедонистического настоящего», «Фаталистического настоящего», индексу отклонения от сбалансированной временной перспективы (ОБВП), а также по «Тревожности в привязанности», ниже по показателям «Будущего», «Вовлечённости», «Принятию риска», «Жизнестойкости». Что касается отношений к смерти, суициденты были выше по показателям «Избегание темы смерти», «Страх смерти», «Страх последствий для тела», «Страх трансцендентных последствий», «Страх последствий для близких», «Страх забвения», ниже по показателю «Нейтральное принятие смерти». Уже на данном этапе анализа можно говорить о мировоззренческих различиях этих двух групп людей.

1. *Бинарная логистическая регрессия* – предсказание попадания в выборку суицидентов или врачей.

Чтобы проверить какие переменные из перечисленных выше оказывают решающее значения для определения человека в группу суицидентов или врачей психиатров, мы использо-

вали логистическую регрессию (табл. 2), форсированно введя все переменные в уравнение. Показатели модели были хорошими, она объясняла от 41 до 55% дисперсии: R^2 Кокса и Снелла =0,41; R^2 Нэйджелкерка =0,55; Хосмер и Лемешев $\chi^2=12,404$ $p=0,134$. В итоге, для людей в остром постсуициде оказались характерными высокие показатели «Страха последствий для близких», «Тревожности в привязанности», «Негативного прошлого», «Гедонистического настоящего» и «Контроля»; низкие показатели «Нейтрального принятия смерти», «Избегания в привязанности», «Будущего». Погранично значимы были «Страх последствий для личности», «Фаталистическое настоящее», «Принятие риска» (все ниже, чем у врачей). Мы не использовали возраст как предиктор, поскольку все врачи были старше суицидентов.

2. *Корреляционный анализ.*

Далее мы обратились к содержательной наполненности и проверке характера связей между отношениями к смерти и к жизни в обеих выборках. Если применить тот же концептуальный анализ конструкторов смерти, который был проведён нами ранее [20], к однозначно дезадаптивным отношениям к смерти у врачей можно отнести «Страх забвения», «Принятие смерти как бегства», «Страх последствий для тела» (табл. 3). Смешанными (защитными) отношениями можно назвать «Избегание темы смерти», «Страх смерти», «Страх последствий для личности», «Страх трансцендентных последствий».

Таблица 3

Корреляции опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» с методиками измерения психологического благополучия у врачей-психиатров

	ППС	ИТС	СС	ПСБ	НПС	ПДЛ	ПДТ	ТП	ПДБ	СЗ	ОС
НП		0,25**	0,31***	0,27**		0,32***	0,22**	0,27**		0,32***	
ГН											0,21**
Б		0,19*	0,17*		0,21**	0,29***		0,24**	0,25**	-0,19*	
ПП			0,16*		0,27**	0,23**			0,21**	-0,17*	
ФН	0,2*	0,22**	0,19*	0,38***			0,22**	0,16*		0,27**	
ОБВП				0,19*			0,19*			0,31***	
В			-0,28***	-0,24***	0,19*		-0,22**			-0,38***	
К			-0,18*	-0,3***						-0,29***	
Р		-0,25**	-0,28***	-0,34***		-0,24**	-0,25**	-0,2*		-0,36***	
Ж		-0,16*	-0,28***	-0,33***			-0,21**			-0,38***	
Т		0,22**	0,3***	0,18*		0,27**	0,26**	0,26**		0,41***	
И				0,22**	-0,17*		0,23**	0,17*		0,28***	

Примечание: ППС – Принятие-приближение смерти, ИТС – Избегание темы смерти, СС – Страх смерти, ПСБ – Принятие смерти как бегства, НПС – нейтральное принятие смерти, ПДЛ – последствия смерти для личности, ПДТ – последствия смерти для тела, ТП – трансцендентные последствия, ПДБ – последствия смерти для близких, СЗ – страх забвения, ОС – суммарный опыт смерти, НП – Негативное прошлое, ГН – Гедонистическое настоящее, Б – Будущее, ПП – Позитивное прошлое, ФН – Фаталистическое настоящее, ОБВП – отклонение от сбалансированной временной перспективы, В – Вовлечённость, К – Контроль, Р – Принятие риска, Ж – Жизнестойкость, Т – тревожность в привязанности, И – избегание в привязанности. Достоверность корреляций: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$

Таблица 4

Корреляции опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» с методиками измерения психологического благополучия у молодых людей в остром постсуициде

	ППС	ИТС	СС	ПСБ	НПС	ПДЛ	ПДТ	ТП	ПДБ	СЗ
НП				0,35***			0,15*			0,18*
ГН					0,21**			0,17*		0,16*
Б				-0,2**		0,28***			0,24**	
ПП			0,16*			0,16*			0,21**	
ФН	0,21**			0,35***			0,23**			0,22**
ОБВП		-0,18*		0,4***		-0,19*				0,23**
В		0,23**		-0,47***		0,23**			0,17*	-0,31***
К		0,22**		-0,47***		0,18*			0,15*	-0,25**
Р	-0,29***			-0,5***		0,16*				-0,32***
Ж	-0,21**	0,2**		-0,53***		0,21**			0,16*	-0,33***
ОС		-0,23**								
Т	0,19*			0,26**						0,23**
И				0,23**		0,2**	0,2**			0,2**

Примечание: ППС – Принятие-приближение смерти, ИТС – Избегание темы смерти, СС – Страх смерти, ПСБ – Принятие смерти как бегства, НПС – нейтральное принятие смерти, ПДЛ – последствия смерти для личности, ПДТ – последствия смерти для тела, ТП – трансцендентные последствия, ПДБ – последствия смерти для близких, СЗ – страх забвения, НП – Негативное прошлое, ГН – Гедонистическое настоящее, Б – Будущее, ПП – Позитивное прошлое, ФН – Фаталистическое настоящее, ОБВП – отклонение от сбалансированной временной перспективы, В – Вовлечённость, К – Контроль, Р – Принятие риска, Ж – Жизнестойкость, ОС – суммарный опыт смерти, Т – Тревожность, И – Избегание. Достоверность корреляций: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

К адаптивному взгляду на смерть относятся конструкты «Нейтральное принятие смерти» и «Страх последствий для близких». Наполненность конструкта «Принятие - приближение смерти» слишком мала, чтобы выносить однозначное суждение. Скорее, можно сказать, что это отношение к смерти имеет низкую значимость для врачей-психиатров.

Исходя из анализа корреляций (табл. 4), для суицидентов «Принятие-приближение смерти» значимо и носит негативную коннотацию. Показатель «Страх смерти» имеет парадоксально низкую наполненность и скорее позитивен (связь с показателем «Позитивного прошлого»). «Избегание темы смерти» отрицательно коррелирует с индексами ОБВП, суммарного опыта смерти и положительно – с «Жизнестойкостью», то есть скорее позитивно, адаптивно. «Нейтральное принятие смерти» связано исключительно с «Гедонистическим настоящим», как и «Страх трансцендентных последствий», поэтому нельзя делать заключение о позитивности этих взглядов на смерть для суицидентов. «Страх последствий смерти для личности» и «Страх последствий смерти для близких» адаптивны, «Страх последствий смерти для тела» – дезадаптивен, как и «Страх забвения» и «Принятие смерти как бегства».

3. Иерархический регрессионный анализ.

Далее мы сосредоточились только на переживании длительности Я врачами - психиатрами и суицидентами, и провели иерархический регрессионный анализ, взяв поочерёдно в качестве зависимых переменных отношения к смерти и страхи смерти, а в качестве независимых – временные ориентации и показатели жизнестойкости.

Регрессионный анализ по ЗП «Принятие-приближение смерти» у врачей не дал значимых результатов, поэтому мы его не приводим. Также мы не приводим первый или второй шаг иерархического регрессионного анализа, в случае если он оказывался неинформативен. Есть предположение, что информативность иерархического регрессионного анализа снижена вследствие небольшой выборки. Тем не менее, все зависимые переменные объяснялись примерно 10-20% дисперсии выбранных независимых переменных, что является довольно хорошим результатом для переменных, связанных со смертью.

Как видно из таблицы 5, у врачей - психиатров показатель «Избегание темы смерти» демонстрировал скорее положительное, адаптивное отношение к смерти, так как в него вносил значимый вклад показатель временной перспективы «Будущего». «Страх смерти» оказы-

вался конфликтным, защитным отношением, поскольку при первом шаге значимый вклад вносила временная ориентация на «Негативное прошлое», а при втором шаге – «Позитивное прошлое» и инвертированно «Вовлечённость», то есть в это отношение вносили вклад негативные и/или позитивные воспоминания и низкая вовлечённость в деятельность, возможно, усталость, выгорание. Отношение «Принятие смерти как бегства» основывалось на временной ориентации «Фаталистического настоящего». Отношение «Нейтральное принятие смерти» имело наибольшую смысловую нагрузку: в него вносили вклад «Негативное прошлое», «Контроль» и «Принятие риска» (инвертированно), «Будущее» и «Вовлечённость», то есть его нельзя назвать полностью позитивным. При этом стоит напомнить, что для врачей данное отношение к смерти имело наиболее высокий показатель, то есть являлось ведущим.

Из страхов смерти наиболее наполненным был «Страх последствий для личности», и он

также не был полностью адаптивным: в этот показатель вносили вклад «Негативное прошлое», «Будущее» и «Позитивное прошлое». «Страх последствий для тела» определялся только переменной «Контроль», что можно назвать адаптивным явлением. Возможно, такая зависимость специфична для врачей, которые должны думать о телесном благополучии пациентов и не испытывать при этом реакции отвращения, брезгливости, которые в обычных ситуациях сопровождают напоминания о смерти, связанные с телесностью. «Страх трансцендентных последствий» определялся временными ориентациями «Негативного прошлого» и «Будущего», то есть также являлся защитным. Удивительно, но «Страх последствий для близких» у врачей был связан с показателем «Негативного прошлого», то есть с сожалениями и болезненными воспоминаниями. «Страх забвения» был сугубо дезадаптивным, инвертированно связан с «Будущим» и «Принятием риска».

Таблица 5

Вклад различных показателей длительности Я в отношения к смерти врачей-психиатров, иерархический регрессионный анализ

ЗП	НП	B	SE	t	p	CI
Избегание тем смерти	Шаг 1: R ² =0.117, F(5,158)=4,061, p=0.002					
	Негативное прошлое	0,317	0,185	1,72	0,088	[-0,05; 0,68]
	Гедонистическое настоящее	-0,135	0,230	-0,59	0,557	[-0,59; 0,32]
	Будущее	0,528	0,230	2,29	0,023	[0,07; 0,98]
	Позитивное прошлое	0,139	0,212	0,65	0,514	[-0,28; 0,56]
	Фаталистическое настоящее	0,351	0,199	1,77	0,079	[-0,04; 0,74]
Страх смерти	Шаг 1: R ² =0,14, F(5,158)=4,993, p<0.001					
	Негативное прошлое	0,532	0,175	3,05	0,003	[0,19; 0,88]
	Гедонистическое настоящее	-0,104	0,217	-0,48	0,633	[-0,53; 0,33]
	Будущее	0,315	0,217	1,45	0,149	[-0,11; 0,74]
	Позитивное прошлое	0,342	0,200	1,71	0,089	[-0,05; 0,74]
	Фаталистическое настоящее	0,120	0,187	0,64	0,522	[-0,25; 0,49]
	Шаг 2: R ² =0,185, F(8,158)=4,256, p<0.001					
	Негативное прошлое	0,367	0,201	1,83	0,07	[-0,03; 0,76]
	Гедонистическое настоящее	-0,079	0,224	-0,35	0,724	[-0,52; 0,36]
	Будущее	0,401	0,229	1,75	0,082	[-0,05; 0,85]
	Позитивное прошлое	0,474	0,205	2,31	0,022	[0,07; 0,88]
	Фаталистическое настоящее	0,045	0,200	0,22	0,823	[-0,35; 0,44]
	Вовлечённость	-1,181	0,473	-2,50	0,014	[-2,12; -0,25]
	Контроль	0,263	0,460	0,57	0,569	[-0,65; 1,17]
Принятие риска	0,175	0,395	0,44	0,658	[-0,61; 0,96]	
ПСБ	Шаг 1: R ² =0,153, F(5,158)=5,544, p<0.001					
	Негативное прошлое	0,209	0,178	1,18	0,242	[-0,14; 0,56]
	Гедонистическое настоящее	0,063	0,222	0,28	0,778	[-0,38; 0,50]
	Будущее	0,033	0,222	0,15	0,884	[-0,41; 0,47]
	Позитивное прошлое	0,218	0,204	1,07	0,288	[-0,19; 0,62]
	Фаталистическое настоящее	0,642	0,191	3,35	0,001	[0,26; 1,02]

Таблица 5 (продолжение)

Нейтральное принятие смерти	Шаг 1: $R^2=0,124$, $F(5,158)=4,349$, $p=0,001$					
	Негативное прошлое	-0,258	0,123	-2,09	0,039	[-0,5; -0,01]
	Гедонистическое настоящее	0,017	0,153	0,11	0,911	[-0,29; 0,32]
	Будущее	0,361	0,154	2,35	0,020	[0,06; 0,67]
	Позитивное прошлое	0,348	0,141	2,46	0,015	[0,07; 0,63]
	Фаталистическое настоящее	0,298	0,132	2,25	0,026	[0,04; 0,56]
	Шаг 2: $R^2=0,21$, $F(8,158)=4,991$, $p<0,001$					
	Негативное прошлое	-0,293	0,139	-2,11	0,036	[-0,57; -0,02]
	Гедонистическое настоящее	0,075	0,155	0,48	0,629	[-0,23; 0,38]
	Будущее	0,341	0,158	2,16	0,032	[0,03; 0,65]
	Позитивное прошлое	0,233	0,141	1,65	0,101	[-0,05; 0,51]
	Фаталистическое настоящее	0,211	0,138	1,53	0,127	[-0,06; 0,48]
	Вовлечённость	1,252	0,326	3,84	<0,001	[0,61; 1,90]
	Контроль	-0,785	0,317	-2,48	0,014	[-1,41; -0,16]
Принятие риска	-0,546	0,272	-2,00	0,047	[-1,08; -0,01]	
ПДЛ	Шаг 1: $R^2=0,222$, $F(5,160)=8,867$, $p<0,001$					
	Негативное прошлое	0,747	0,200	3,73	<0,001	[0,35; 1,14]
	Гедонистическое настоящее	0,095	0,251	0,38	0,705	[-0,40; 0,59]
	Будущее	0,759	0,250	3,04	0,003	[0,27; 1,25]
	Позитивное прошлое	0,521	0,228	2,29	0,024	[0,07; 0,97]
	Фаталистическое настоящее	-0,042	0,217	-0,20	0,845	[-0,47; 0,39]
Страх последствий смерти для тела	Шаг 2: $R^2=0,117$, $F(8,160)=2,506$, $p=0,014$					
	Негативное прошлое	0,084	0,249	0,34	0,738	[-0,41; 0,58]
	Гедонистическое настоящее	-0,172	0,281	-0,61	0,54	[-0,73; 0,38]
	Будущее	0,006	0,283	0,02	0,984	[-0,55; 0,57]
	Позитивное прошлое	-0,035	0,249	-0,14	0,889	[-0,53; 0,46]
	Фаталистическое настоящее	0,346	0,247	1,40	0,164	[-0,14; 0,83]
	Вовлечённость	-1,082	0,576	1,88	0,062	[-2,22; 0,06]
	Контроль	1,335	0,567	2,35	0,020	[0,21; 2,46]
	Принятие риска	-0,581	0,483	-1,20	0,230	[-1,54; 0,37]
ТП	Шаг 1: $R^2=0,137$, $F(5,160)=4,932$, $p<0,001$					
	Негативное прошлое	0,567	0,238	2,38	0,018	[0,10; 1,04]
	Гедонистическое настоящее	0,123	0,298	0,41	0,680	[-0,47; 0,71]
	Будущее	0,869	0,297	2,93	0,004	[0,28; 1,46]
	Позитивное прошлое	0,168	0,271	0,62	0,535	[-0,37; 0,70]
	Фаталистическое настоящее	0,185	0,257	0,72	0,473	[-0,32; 0,69]
ПДБ	Шаг 1: $R^2=0,100$, $F(5,160)=3,429$, $p=0,006$					
	Негативное прошлое	0,376	0,187	2,01	0,047	[0,01; 0,75]
	Гедонистическое настоящее	0,031	0,235	0,13	0,894	[-0,43; 0,50]
	Будущее	0,453	0,234	1,94	0,054	[-0,01; 0,91]
	Позитивное прошлое	0,382	0,213	1,79	0,075	[-0,04; 0,80]
	Фаталистическое настоящее	-0,248	0,203	-1,22	0,223	[-0,65; 0,15]
Страх забвения	Шаг 1: $R^2=0,148$, $F(5,160)=5,37$, $p<0,001$					
	Негативное прошлое	0,544	0,186	2,92	0,004	[0,18; 0,91]
	Гедонистическое настоящее	-0,033	0,234	-0,14	0,888	[-0,49; 0,43]
	Будущее	-0,402	0,232	-1,73	0,085	[-0,86; 0,06]
	Позитивное прошлое	-0,259	0,212	-1,22	0,223	[-0,68; 0,16]
	Фаталистическое настоящее	0,150	0,202	0,75	0,457	[-0,25; 0,55]
	Шаг 2: $R^2=0,207$, $F(8,160)=4,959$, $p<0,001$					
	Негативное прошлое	0,213	0,213	1,00	0,319	[-0,21; 0,63]
	Гедонистическое настоящее	0,163	0,240	0,68	0,499	[-0,31; 0,64]
	Будущее	-0,480	0,243	-1,98	0,050	[-0,96; 0]
	Позитивное прошлое	-0,245	0,213	-1,15	0,252	[-0,67; 0,18]
	Фаталистическое настоящее	-0,033	0,211	-0,16	0,876	[-0,45; 0,39]
	Вовлечённость	-0,857	0,493	-1,74	0,084	[-1,83; 0,12]
	Контроль	0,799	0,486	1,65	0,102	[-0,16; 1,76]
Принятие риска	-0,854	0,413	-2,07	0,041	[-1,67; -0,04]	

Как видно из таблицы 6, модели отношений к смерти у суицидентов не всегда хорошо сходились, и разброс дисперсий был гораздо больше, чем для моделей у врачей-психиатров (от 3% для показателя «Избегание темы смерти» до 31% для индекса «Принятие смерти как бегства»). Это можно объяснить тем, что группа суицидентов гораздо более разнородна и включает в себя людей с разным опытом смерти и суицидального поведения.

Показатель «Принятия-приближения смерти» оказался дезадаптивным: на первом шаге он связан с временной перспективой «Фаталистического настоящего», а на втором шаге – отрицательно с показателем «Принятие риска». Регрессия отдельных временных перспектив на ЗП «Избегание темы смерти» не дала значимых результатов, однако суммарный индекс ОБВП был связан с этим показателем отрицательно, то есть это скорее защитное или даже адаптивное отношение к смерти для суицидентов. Показатель «Страх смерти» был выражен у суицидентов, которые отличались повышенной ориентацией на «Позитивное прошлое», то есть был адаптивен. Интересно, что на первом шаге показатель «Принятия смерти как бегства» объяснялся негативной временной перспективой (показателями «Негативного прошлого» и «Фаталистического настоящего», а также отрицательным баллом по шкале «Будущего»). Однако на втором шаге эти отношения «поглощались» и объяснялись исключительно через отрицание «Принятия риска», то есть через мотивацию избегания. Показатель «Нейтрального принятия смерти» определялся исключительно индексом «Гедонистического настоящего», что выглядит несколько легкомысленно, особенно в сравнении с нагруженностью этого концепта у психиатров.

«Гедонистическое настоящее» появляется в качестве значимого вклада в отношение к смерти у суицидентов ещё несколько раз: для «Страха трансцендентных последствий» (вместе с «Позитивным прошлым») и для «Страха забвения» – вместе с отрицанием «Принятия риска». Данная временная ориентация имеет неоднозначную интерпретацию. Хотя были обнаружены связи этой шкалы с благоприятными социальными отношениями и эмоциональным интеллектом, было показано, что этот показатель умеренно предсказывает различные аспекты благополучия, любопытства и хорошего настроения, но, с другой стороны, он связан с импульсивностью, поиском впечатлений, что ведёт к положительной связи с агрессивностью,

злоупотреблением ПАВ, игроманией, рискованным поведением и рискованными решениями о здоровье [33]. Эта временная ориентация также больше выражена у «сов» [34], она предсказывает вербальную и физическую агрессию, которая опосредуется гневом, но не враждебностью, что опять-таки указывает на импульсивность людей с выраженной временной перспективой «Гедонистического настоящего». В клинике этот показатель был связан с маниакальными проявлениями [35]. С другой стороны, ряд исследователей [36, 37] замечают, что ориентация на настоящее больше выражена у людей, находящихся в тяжелом жизненном положении, в остром периоде переживания психологической травмы. Возможно, этот поверхностный позитивный аффект и фокус на настоящем нивелирует субъективную тяжесть положения пациентов, играет защитную роль.

В показатель «Страх последствий смерти для личности» вносила вклад ориентация на «Будущее» (11% дисперсии). В показатель «Страх последствий для тела» – «Фаталистическое настоящее» (8%). Показатель «Страх последствий для близких» объяснялся вкладом временных ориентаций «Будущего» и «Позитивного прошлого» (8,6%), то есть его можно назвать адаптивным отношением к смерти.

Обсуждение.

Как и ожидалось, пациенты значительно отличались от врачей психиатров по многим параметрам. Однако у них наблюдались и точки пересечения: не было различий по выраженности показателей «Позитивного прошлого», «Принятия-приближения смерти», «Принятия смерти как бегства», «Страха последствий для личности», «Избегания в привязанности», «Опыта смерти». Это говорит о том, что в чём-то врачи и пациенты способны понять друг друга, и важно, что в показателе оказался включен и опыт смерти. Тем не менее, по наполненности он был другим: почти все врачи отрицали наличие суицидальных попыток, однако указывали больше опыта столкновения со смертью незнакомых людей.

Логистическая регрессия помогла выявить мировоззренческие различия этих двух групп: суициденты больше боялись того, какое воздействие их смерть окажет на близких, были одновременно тревожны и не избегающи (прилипчивы) в привязанности, у них наблюдалось больше болезненных воспоминаний, при этом они были больше ориентированы на гедонистическое настоящее и меньше – на будущее (готовность работать на долгосрочные цели).

Таблица 6

Вклад различных показателей длительности Я в отношении к смерти суицидентов, иерархический регрессионный анализ

ЗП	НП	B	SE	t	p	CI
Принятие-приближение смерти	Шаг 1: R ² =0,055, F(5,184)=2,101, p=0,067					
	Негативное прошлое	0,106	0,158	0,67	0,502	[-0,21; 0,42]
	Гедонистическое настоящее	-0,072	0,203	-0,36	0,723	[-0,47; 0,33]
	Будущее	0,004	0,208	0,02	0,985	[-0,41; 0,42]
	Позитивное прошлое	0,225	0,186	1,21	0,228	[-0,14; 0,59]
	Фаталистическое настоящее	0,391	0,176	2,22	0,028	[0,04; 0,74]
	Шаг 2: R ² =0,135, F(8,184)=3,421, p=0,001					
	Негативное прошлое	-0,302	0,194	-1,56	0,121	[-0,68; 0,08]
	Гедонистическое настоящее	0,180	0,194	0,87	0,384	[-0,23; 0,59]
	Будущее	-0,042	0,243	-0,17	0,864	[-0,52; 0,44]
	Позитивное прошлое	0,240	0,188	1,28	0,203	[-0,13; 0,61]
	Фаталистическое настоящее	0,234	0,174	1,34	0,181	[-0,11; 0,58]
	Вовлеченность	0,250	0,359	0,70	0,487	[-0,46; 0,96]
	Контроль	0,086	0,420	0,21	0,837	[-0,74; 0,92]
	Принятие риска	-1,172	0,308	-3,81	<0,001	[-1,78; -0,56]
ИТС	Шаг 1: R ² =0,031, F(5,184)=5,920, p=0,016					
	ОБВП	-0,304	0,125	-2,43	0,016	[-0,55; -0,06]
Страх смерти	Шаг 1: R ² =0,057, F(5,184)=2,145, p=0,062					
	Негативное прошлое	0,279	0,154	1,81	0,072	[-0,03; 0,58]
	Гедонистическое настоящее	0,243	0,198	1,23	0,221	[-0,15; 0,63]
	Будущее	-0,072	0,203	-0,35	0,723	[-0,47; 0,33]
	Позитивное прошлое	0,462	0,182	2,54	0,012	[0,10; 0,82]
	Фаталистическое настоящее	-0,249	0,172	-1,45	0,150	[-0,59; 0,09]
Принятие смерти как бегства	Шаг 1: R ² =0,187, F(5,184)=8,231, p<0,001					
	Негативное прошлое	0,504	0,165	3,06	0,003	[0,18; 0,83]
	Гедонистическое настоящее	-0,194	0,211	-0,92	0,359	[-0,61; 0,22]
	Будущее	-0,446	0,217	-2,06	0,041	[-0,87; -0,02]
	Позитивное прошлое	0,040	0,194	0,21	0,835	[-0,34; 0,42]
	Фаталистическое настоящее	0,500	0,183	2,73	0,007	[0,14; 0,86]
	Шаг 2: R ² =0,309, F(8,184)=9,816, p<0,001					
	Негативное прошлое	-0,142	0,194	-0,73	0,467	[-0,53; 0,24]
	Гедонистическое настоящее	0,078	0,206	0,38	0,707	[-0,33; 0,49]
	Будущее	-0,049	0,244	-0,20	0,842	[-0,53; 0,43]
	Позитивное прошлое	0,096	0,189	0,51	0,610	[-0,28; 0,47]
	Фаталистическое настоящее	0,316	0,175	1,81	0,073	[-0,03; 0,66]
	Вовлеченность	-0,434	0,360	-1,21	0,229	[-1,14; 0,28]
	Контроль	-0,432	0,421	-1,03	0,307	[-1,26; 0,40]
Принятие риска	-0,881	0,309	-2,852	0,005	[-1,49; -0,27]	
НПС	Шаг 1: R ² =0,066, F(5,184)=2,521, p=0,031					
	Негативное прошлое	0,219	0,130	1,69	0,093	[-0,04; 0,48]
	Гедонистическое настоящее	0,433	0,166	2,61	0,010	[0,11; 0,76]
	Будущее	-0,054	0,171	-0,32	0,751	[-0,39; 0,28]
	Позитивное прошлое	0,160	0,152	1,05	0,295	[-0,14; 0,46]
	Фаталистическое настоящее	-0,251	0,144	-1,74	0,083	[-0,53; 0,03]
ПДД	Шаг 1: R ² =0,107, F(5,184)=4,286, p=0,001					
	Негативное прошлое	-0,037	0,152	-0,24	0,808	[-0,34; 0,26]
	Гедонистическое настоящее	0,382	0,195	1,96	0,051	[-0,002; 0,77]
	Будущее	0,658	0,200	3,29	0,001	[0,26; 1,05]
	Позитивное прошлое	0,187	0,179	1,04	0,298	[-0,17; 0,54]
	Фаталистическое настоящее	-0,190	0,169	-1,12	0,265	[-0,52; 0,15]

Таблица 6 (продолжение)

ПДТ	Шаг 1: $R^2=0,082$, $F(5,184)=3,199$, $p=0,009$					
	Негативное прошлое	0,185	0,220	0,84	0,401	[-0,25; 0,62]
	Гедонистическое настоящее	0,101	0,281	0,36	0,720	[-0,45; 0,66]
	Будущее	0,467	0,289	1,62	0,108	[-0,10; 1,04]
	Позитивное прошлое	0,276	0,258	1,07	0,287	[-0,23; 0,79]
	Фаталистическое настоящее	0,588	0,244	2,41	0,017	[0,11; 1,07]
ТП	Шаг 1: $R^2=0,056$, $F(5,184)=2,132$, $p=0,064$					
	Негативное прошлое	0,074	0,181	0,41	0,682	[-0,28; 0,43]
	Гедонистическое настоящее	0,478	0,232	2,06	0,041	[0,02; 0,94]
	Будущее	-0,140	0,238	-0,59	0,558	[-0,61; 0,33]
	Позитивное прошлое	0,481	0,213	2,26	0,025	[0,06; 0,90]
	Фаталистическое настоящее	-0,098	0,202	-0,49	0,626	[-0,50; 0,30]
ПДБ	Шаг 1: $R^2=0,086$, $F(5,184)=3,357$, $p=0,006$					
	Негативное прошлое	0,153	0,154	0,99	0,321	[-0,15; 0,46]
	Гедонистическое настоящее	0,006	0,197	0,03	0,977	[-0,38; 0,40]
	Будущее	0,505	0,202	2,50	0,013	[0,11; 0,90]
	Позитивное прошлое	0,400	0,181	2,21	0,028	[0,04; 0,76]
	Фаталистическое настоящее	-0,026	0,171	-0,15	0,878	[-0,36; 0,31]
Страх забвения	Шаг 2: $R^2=0,155$, $F(5,184)=4,040$, $p<0,001$					
	Негативное прошлое	-0,437	0,238	-1,84	0,067	[-0,91; 0,03]
	Гедонистическое настоящее	0,530	0,252	2,10	0,037	[0,03; 1,03]
	Будущее	0,109	0,298	0,37	0,714	[-0,48; 0,70]
	Позитивное прошлое	-0,100	0,231	-0,44	0,664	[-0,56; 0,36]
	Фаталистическое настоящее	0,244	0,214	1,14	0,255	[-0,18; 0,67]
	Вовлеченность	-0,655	0,440	-1,49	0,138	[-1,52; 0,21]
	Контроль	0,217	0,515	0,42	0,674	[-0,80; 1,23]
	Принятие риска	-0,976	0,378	-2,58	0,011	[-1,72; -0,23]

Одновременно, они набирали больше баллов по шкале «Контроль». Эти различия крайне важны, потому что, на наш взгляд, именно они способны провоцировать раздражение у врачей, приводить к конфликтам и непониманиям, если врач не будет отслеживать и проблематизировать взгляды пациента, делать их предметом обсуждения в терапии. Так, люди, которые склонны много работать на долгосрочные цели, с трудом понимают тех, кто хочет получать от жизни все и сразу [38]. Менее тревожные и более избегающие в привязанности врачи могут раздражаться из-за «прилипчивости» пациентов. И наконец, врачи склонны к осмысленному нейтральному принятию смерти и предпочитают меньше задумываться о последствиях своей смерти для близких. Все это может повлиять на раппорт и даже привести к ошибкам в терапии. Что же касается показателя «Контроль», можно предположить, что данное различие соответствует переносу ответственности с врача-психотерапевта на пациента в терапии, но возможно также, что это расхождение все же глубже, отражает более глубокие различия. Возможно, пациенты компульсивно и перфекционистски пытаются брать на себя ответственность, контролировать ситуацию там, где

они по определению не могут достичь её управляемости. Но это лишь предположения.

В предыдущей работе нам удалось довольно легко определить отношения к смерти у молодых людей в ситуации относительного благополучия как адаптивные, дезадаптивные и защитные [20]. Как мы видим, в группах врачей и особенно суицидентов отношения между переменными часто инвертируются или теряются, что нельзя списать исключительно на меньший объем выборок – это смысловые изменения. Кроме того, термин «адаптивность» приобретает в этих группах иной смысл: это уже не просто «неконфликтные, вписывающиеся в позитивные представления о себе и своей жизни взгляды на смерть», но в случае с врачами «адаптация» становится приспособлением к текущим трудным ситуациям ежедневного общения, включает прошлый негативный опыт. Так, негативно наполненным становится «Страх последствий для близких» (что не так для суицидентов), «Страх забвения», «Принятие смерти как бегства»; защитными – «Страх трансцендентных последствий», «Страх последствий для личности», «Страх смерти». Даже в «Нейтральное принятие смерти», в ведущее, самое осмысленное и зрелое отношение к смерти, вносят вклад временная ориентация

«Фаталистического настоящего», сниженные показатели «Контроля» и «Принятия риска». Исключительно позитивными остаются только «Избегание темы смерти» и «Страх последствий для тела», и это несколько настораживает, потому что именно эти взгляды на смерть отвечают за предвзятость в восприятии и поведении в экспериментах, проводимых в рамках теории управления страхом смерти [39-41].

Что касается суицидентов, для них определённно негативными взглядами на смерть являются «Принятие-приближение к смерти» (вера в жизнь после смерти); «Принятие смерти как бегства», «Страх последствий для тела». «Страх забвения» оказывается конфликтным отношением, а остальные – парадоксально позитивны, определяются через ту или иную позитивную временную ориентацию или индекс ОБВП: «Страх смерти», «Нейтральное принятие смерти», «Страх последствий для личности», «Страх трансцендентных последствий», «Страх последствий для близких», «Избегание темы смерти». Это может объяснять повторяющееся самоповреждающее и суицидальное поведение данных пациентов, когда попытка или порезы возвращают вкус к жизни. С другой стороны, это может быть защитой от крайне сильного текущего напоминания о смерти, может быть радостью выжившего, за которой, как правило, следует разочарование, потому что жизнь оказывается сложнее столкновения со смертью [42].

На наш взгляд, психотерапевтическая работа с такими пациентами должна вестись очень осторожно, нужно постепенно возвращать их в реальность и корректировать отношение к смерти. И это следует делать не запугиваниями, как часто бывает в соматической клинике (поскольку, как мы видим, страх смерти у пациентов связан с гедонизмом, то есть присутствует несерьёзное отношение, даже бравада), а с помощью осмысленных бесед, которые не будут утяжелять состояние пациентов или провоцировать вытеснение, но позволят им понять важность своего существования и снимут с них налёт легкомыслия.

Важно также заметить, что из пациентов не стоит «делать» врачей – навязывать им врачебную точку зрения на вопросы жизни и смерти, поскольку она не является их возрастной нормой. Яркий пример: знание, что близкие нуждаются в суициденте, может быть решающим в его выборе остаться в живых, и это позитивный страх многих молодых людей [20], поэтому фаталистический взгляд психиатра на этот счёт не будет лечебным. Схожая ситуация и с проблемой гедонизма: пациенты значимо отлича-

ются по показателю «Гедонистического настоящего» от врачей, но не от своей возрастной нормы [43, табл. 2], а у людей с отказом от попытки этот индекс даже занижен. Проблема не в том, что суициденты «избыточно нацелены на гедонизм», а в том, что показатель «Гедонистического настоящего» ассоциирован у них с определёнными отношениями к смерти, возможно, являясь своеобразной защитой от проникновения страха в сознание. Поэтому, на наш взгляд, нужно не гасить проявление жизнелюбия таких пациентов, а размыкать эту связь, одновременно обучая их не только искать удовольствие в настоящем, но и откладывать вознаграждение в отдалённое будущее, выдерживать временные фрустрации.

Выводы:

В работе показаны различия и сходства взглядов на жизнь и смерть у молодых людей в остром постсуициде и психиатров, которые стоит учитывать врачам при ведении таких пациентов.

1. Эти группы имеют схожий суммарный опыт смерти, хоть и с разных позиций (самонавлечённая смерть, близость к собственной смерти, мысли о смерти против смерти незнакомых людей).

2. Различия во взглядах носят мировоззренческий характер: это различное самоощущение в привязанности; различные временные ориентации (гедонизм и болезненные воспоминания против долгосрочного планирования и некоторой склонности к фатализму); разное принятие на себя ответственности (для пациентов более свойственна тенденция к контролю, чем для врачей); разное отношение к смерти (продуманная позиция нейтрального принятия у врачей против важности последствий своей смерти для близких у пациентов).

3. На содержательном уровне были обнаружены дальнейшие различия в наполненности отношений к смерти: у врачей больше конструктов имели негативную или защитную наполненность, и ведущим оказался взгляд нейтрального принятия смерти. У пациентов, напротив, в большее число конструктов вносили вклад позитивные переменные, в частности, «Гедонистическое настоящее», хотя наиболее сильным оказалось отношение «Принятия к смерти как бегства» – негативная валентность (которая, однако, описывается через отказ от принятия позитивного риска, частично свойственного при гедонизме).

4. Таким образом, можно сказать, что отношения к смерти у врачей носят более мрачный и продуманный характер, в то время как у

суицидентов они отличаются большей «легковесностью», завязаны на представлениях о риске и удовольствии. Это вновь возвращает нас к обсуждению мировоззренческих различий и риску возникновения конфликта в паре «пациент-врач».

Литература:

1. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2018; 2: 10-18.
2. Soulié T., Bell E., Jenkin G., Sim D., Collings S. Systematic exploration of countertransference phenomena in the treatment of patients at risk for suicide. *Archives of suicide research*. 2018. DOI: 10.1080/13811118.2018.1506844.
3. Jobes D.A., Ballard E. The therapist and suicidal patient / Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association. 2011. P. 51-61.
4. Jobes D.A., Maltzberger J.T. The hazards of treating suicidal patients / A perilous calling: The hazard of psychotherapy practice. New York, NY: Wiley. 1995. P. 200-214.
5. Yaseen Z.-S., Galynker I.L., Cohen L.-J., Briggs J. Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients – Association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive psychiatry*, 76, 69-78. doi:10.1016/j.comppsy.2017.03.013
6. Chan W.C.H., Tin A. F. Beyond Knowledge and Skills: Self-Competence in Working With Death, Dying, and Bereavement. *Death Studies*. 2012; 36 (10): 899-913.
7. Becvar D.S. The impact on the family therapist of a focus on death, dying, and bereavement. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003; 29: 469-477.
8. Figley C.R. Compassion fatigue. New York, NY: Brunner-Mazel, 1995.
9. Kanter J. Compassion fatigue and secondary traumatization: A second look. *Clinical Social Work Journal*. 2007; 35: 289-293.
10. Sinclair H.A. M., Hamill C. Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11: 348-356.
11. Worden J.W. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (3rd ed.). NY: Springer. 2002.
12. Black K. Health Care professionals' death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. *Death Studies*. 2007; 31: 563-572.
13. Gwyther L.P., Altilio T., Black S. et al. Social work competencies in palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life Care & Palliative Care*. 2005; 1 (1): 87-120.
14. Balk D., Wogrin C., Thornton G., Meagher, D. (Eds.). Handbook of Thanatology. New York, NY, and London, UK: Routledge. 2007.
15. Stroebe M.S., Hansson R.O., Schut H., Stroebe W. (Eds.). Handbook of bereavement research and practice. Washington, DC: American Psychological Association. 2008.
16. Gamino L.A., Ritter R.H. Death competence: An ethical imperative. *Death Studies*. 2012; 36: 23-40.
17. Chan W.C.H., Tin A.F., Wong K.L.Y. et al. Impact of death work on self: Existential and emotional challenges and coping of palliative care professionals. *Health and Social Work*. 2016; 41 (1): 33-41.
18. Gama G., Barbosa F., Vieira M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18: 527-533.
19. Saunders K.E., Hawton K., Fortune S., Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J. Affect. Disord*. 2012; 139 (3): 205-16.
20. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Озол С.Н., Чубина С.А. Отношение к смерти в контексте временной перспективы: адаптивные, защитные и неадаптивные взгляды на смерть у молодых взрослых. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 58-74. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-58-74
21. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки. *Медицинская психология в России*. 2013; 2: 12 [Электронный журнал]. URL: <http://medpsy.ru>

Ограничения. Это корреляционное, а не экспериментальное исследование, что не даёт возможности делать заключения о причинах и следствиях полученных результатов. Кроме того, умеренный объём и разнородность выборки могут накладывать свои ограничения, приводить к менее отчётливым результатам.

References:

1. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. O svyazi stigmaty psihicheskoj bolezni i suicidal'nogo povedeniya [On the relationship between mental illness stigma and suicidal behavior]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry]*. 2018; 2: 10-18. (In Russ)
2. Soulié T., Bell E., Jenkin G., Sim D., Collings S. Systematic exploration of countertransference phenomena in the treatment of patients at risk for suicide. *Archives of suicide research*. 2018. DOI: 10.1080/13811118.2018.1506844.
3. Jobes D.A., Ballard E. The therapist and suicidal patient / Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association. 2011. P. 51-61.
4. Jobes D.A., Maltzberger J.T. The hazards of treating suicidal patients / A perilous calling: The hazard of psychotherapy practice. New York, NY: Wiley. 1995. P. 200-214.
5. Yaseen Z.-S., Galynker I.L., Cohen L.-J., Briggs J. Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients – Association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive psychiatry*, 76, 69-78. doi:10.1016/j.comppsy.2017.03.013
6. Chan W.C.H., Tin A. F. Beyond Knowledge and Skills: Self-Competence in Working With Death, Dying, and Bereavement. *Death Studies*. 2012; 36 (10): 899-913.
7. Becvar D.S. The impact on the family therapist of a focus on death, dying, and bereavement. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003; 29: 469-477.
8. Figley C.R. Compassion fatigue. New York, NY: Brunner-Mazel, 1995.
9. Kanter J. Compassion fatigue and secondary traumatization: A second look. *Clinical Social Work Journal*. 2007; 35: 289-293.
10. Sinclair H.A. M., Hamill C. Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11: 348-356.
11. Worden J.W. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (3rd ed.). NY: Springer. 2002.
12. Black K. Health Care professionals' death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. *Death Studies*. 2007; 31: 563-572.
13. Gwyther L.P., Altilio T., Black S. et al. Social work competencies in palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life Care & Palliative Care*. 2005; 1 (1): 87-120.
14. Balk D., Wogrin C., Thornton G., Meagher, D. (Eds.). Handbook of Thanatology. New York, NY, and London, UK: Routledge. 2007.
15. Stroebe M.S., Hansson R.O., Schut H., Stroebe W. (Eds.). Handbook of bereavement research and practice. Washington, DC: American Psychological Association. 2008.
16. Gamino L.A., Ritter R.H. Death competence: An ethical imperative. *Death Studies*. 2012; 36: 23-40.
17. Chan W.C.H., Tin A.F., Wong K.L.Y. et al. Impact of death work on self: Existential and emotional challenges and coping of palliative care professionals. *Health and Social Work*. 2016; 41 (1): 33-41.
18. Gama G., Barbosa F., Vieira M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18: 527-533.
19. Saunders K.E., Hawton K., Fortune S., Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J. Affect. Disord*. 2012; 139 (3): 205-16.
20. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Ozol S.N., Chubina S.A. Death attitudes in context of time perspective: adaptive, defensive and maladaptive views of death in young adults. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 58-74. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-10-01(34)-58-74
21. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Problema otnosheniya k smerti posle suicidal'noj popytki [The problem of attitude to death after a suicide attempt]. *Medicinskaja psihologija v Rossii [Medical psychology in Russia]*. 2013; 2: 12. URL: <http://medpsy.ru> (In Russ)

22. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015; 11 (1): 8-10.
23. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journ. Pers. Soc. Psychol.* 1999; 77 (6): 1271-1288.
24. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности. *Вопросы психологии*. 2008; 2: 41-54.
25. Stolarski M., Wilberg B., Osin E. Assessing Temporal Harmony: The issue of balanced time perspective / Time Perspective Theory: Review, Research and Applications: Essays in Honor of Philip G. Zimbardo // Eds. Stolarski et al. Springer: Cham, 2015: 57-71.
26. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journ. Pers. Soc. Psychol.* 2000; 78 (2): 350-365.
27. Чистопольская К.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Чубина С.А., Озол С.Н., Дровосеков С.Э. Адаптация краткой версии «Переработанного опросника – опыт близких отношений» (ECR-R) на русскоязычной выборке. *Психологический журнал*. 2018; 5: 87-98.
28. Maddi S. Dispositional hardiness in health and effectiveness // Encyclopedia of mental health / Ed. H.S. Friedman. San Diego (CA): Academic Press, 1998: 323-335.
29. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.
30. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death // Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis, 1994: 121-148.
31. Чистопольская К.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Озол С.Н., Чубина С.А. Создание кратких русскоязычных версий опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти». *Суицидология*. 2017; 8 (4): 43-55.
32. Mikulincer M., Florian V. The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian // Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes / Eds. A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007: 39-63.
33. Stolarski M., Fioullaine N., Zimbardo P.G. Putting time in a wider perspective: The past, the present, and the future of time perspective theory / V. Zeigler-Hill & Todd Shackelford (eds.) // The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences. Thousand Oaks, CA: SAGE. 2018: 592-628.
34. Stolarski M., Ledzińska M., Matthews G. Morning is tomorrow, evening is today: Relationships between chronotype and time perspective. *Biological Rhythm Research*. 2013; 44: 181-196.
35. Gruber J., Cunningham W.A., Kirkland T., Hay A.C. Feeling stuck in the present? Mania proneness and history associated with present-oriented time perspective. *Emotion*. 2012; 12: 13-17.
36. Нуркова В.В., Василевская К.Н. Автобиографическая память в трудной жизненной ситуации: новые феномены. *Вопросы психологии*. 2003; 5: 93-101.
37. Квасова О.Г. Трансформация временной перспективы личности в экстремальной ситуации: Автореф. дисс... М, 2013.
38. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь: исправь Прошлое, наслаждайся Настоящим и управляй Будущим. Санкт-Петербург: Речь, 2010.
39. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg, J., Solomon, S. Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality. *Personality and social psychology review*. 2000; 4 (3): 200-218.
40. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Теория управления страхом смерти: основы, критика и развитие. *Вопросы психологии*. 2014; 2: 125-142.
41. Arndt J., Vess M., Cox C.R., Goldenberg J.L., Lagle S. The psychosocial effect of thoughts of personal mortality on cardiac risk assessment. *Medical Decision Making*. 2009; 29: 175-181.
42. O'Connor R., Smyth R., Williams J.M.G. Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated
22. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Otnoshenie k smerti posle popytki samoubijstva: stigmatizacija i samostigmatizacija suicidal'nyh pacientov [Attitude to death after suicide attempt: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients]. *Vestnik psihiatrii i psihologii Chuvashii [Journal of psychiatry and psychology, Chuvash Republic]*. 2015; 11 (1): 8-10. (In Russ)
23. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journ. Pers. Soc. Psychol.* 1999; 77 (6): 1271-1288.
24. Syrcova A., Mitina O.V. Vozrastnaja dinamika vremennyh orientacij lichnosti [Age dynamics of temporary orientations of personality]. *Voprosy psihologii [Question of psychology]*. 2008; 2: 41-54. (In Russ)
25. Stolarski M., Wilberg B., Osin E. Assessing Temporal Harmony: The issue of balanced time perspective / Time Perspective Theory: Review, Research and Applications: Essays in Honor of Philip G. Zimbardo // Eds. Stolarski et al. Springer: Cham, 2015: 57-71.
26. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journ. Pers. Soc. Psychol.* 2000; 78 (2): 350-365.
27. Chistopol'skaja K.A., Mitina O.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Chubina S.A., Ozol S.N., Drovosekov S.Je. Adaptacija kratkoj versii «Pererabotannogo oprosnika – opyt blizkih otnošenij» (ECR-R) na russkojazyčnoj vyborke [Adaptation of the short version of the "Revised questionnaire – experience of close relationships" (ECR-R) in the Russian sample]. *Psihologičeskij žurnal [Psychological journal]*. 2018; 5: 87-98. (In Russ)
28. Maddi S. Dispositional hardiness in health and effectiveness // Encyclopedia of mental health / Ed. H.S. Friedman. San Diego (CA): Academic Press, 1998: 323-335.
29. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestojkosti [Test of vitality]. M.: Smysl, 2006. (In Russ)
30. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death // Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis, 1994: 121-148.
31. Chistopol'skaja K.A., Mitina O.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Ozol S.N., Chubina S.A. Construction of short Russian versions of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 43-55. (In Russ)
32. Mikulincer M., Florian V. The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian // Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes / Eds. A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007: 39-63.
33. Stolarski M., Fioullaine N., Zimbardo P.G. Putting time in a wider perspective: The past, the present, and the future of time perspective theory / V. Zeigler-Hill & Todd Shackelford (eds.) // The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences. Thousand Oaks, CA: SAGE. 2018: 592-628.
34. Stolarski M., Ledzińska M., Matthews G. Morning is tomorrow, evening is today: Relationships between chronotype and time perspective. *Biological Rhythm Research*. 2013; 44: 181-196.
35. Gruber J., Cunningham W.A., Kirkland T., Hay A.C. Feeling stuck in the present? Mania proneness and history associated with present-oriented time perspective. *Emotion*. 2012; 12: 13-17.
36. Nurkova V.V., Vasilevskaja K.N. Avtobiograficheskaja pamjat' v trudnoj zhiznennoj situacii: novye fenomeny [Autobiographical memory in a difficult life situation: new phenomena]. *Voprosy psihologii [Question of psychology]*. 2003; 5: 93-101. (In Russ)
37. Kvasova O.G. Transformacija vremenoj perspektivy lichnosti v jekstremal'noj situacii [Transformation of a person's time perspective in an extreme situation]: Avtoref. diss... M, 2013. (In Russ)
38. Zimbardo F., Bojd Dzh. Paradoks vremeni. Novaja psihologija vremeni, kotoraja uluchshit vashu zhizn': isprav' Proshloe, nasla-zhdajsja Nastojashhim i upravljaj Budushhim [Time paradox. A new psychology of time that will improve your life: fix the Past, enjoy the Present and manage the Future]. SPb: Rech', 2010. (In Russ)
39. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg, J., Solomon, S. Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality. *Personality and social psychology review*. 2000; 4 (3): 200-218.
40. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Teorija upravljenija strahom smerti: osnovy, kritika i razvitie [Theory of management of fear of death: basics, criticism and development]. *Voprosy psihologii [Question of psychology]*. 2014; 2: 125-142. (In Russ)
41. Arndt J., Vess M., Cox C.R., Goldenberg J.L., Lagle S. The psychosocial effect of thoughts of personal mortality on cardiac risk assessment. *Medical Decision Making*. 2009; 29: 175-181.
42. O'Connor R., Smyth R., Williams J.M.G. Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated

- suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015; 83 (1): 169-176.
43. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Магурдумова Л.Г. Бесстрашие к смерти – статика или динамика? *Суицидология*. 2017; 8 (2): 40-48.

- suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015; 83 (1): 169-176.
43. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Magurdumova L.G. A commentary: fearlessness about death – a static or a dynamic quality? *Suicidology*. 2017; 8 (2): 40-48. (In Russ)

SPECIFICS OF LIFE AND DEATH ATTITUDES IN PATIENTS IN ACUTE POSTSUICIDE AND PSYCHIATRISTS

К.А. Чистопольская¹, С.Н. Ениколопов², С.А. Чубина³

¹Eramishantsev City Clinical Hospital, Moscow, Russia; ktchist@gmail.com

²Mental Health Research Centre, Moscow, Russia; enikolopov@mail.ru

³Kamenev Tula Regional Clinical Psychiatric Hospital № 1, Tula, Russia; sonyaost@yandex.ru

Abstract:

Conflicting and even hostile, stigmatizing attitudes of psychiatrists to suicidal patients is noted in many studies. Aim: This study aims to check the worldview differences in death and life attitudes in these two groups of people. Materials: the clinical sample comprised of 185 people in acute postsuicide (2-14 days, 64 males, 121 females, age 16-27, M=21.39±2.42) and 168 psychiatrists (49 males, 119 females, age 27-81, M=46.25±13.88). Materials: Zimbardo Time Perspective Inventory, short version of Experience in Close Relationships – Revised, Hardiness Survey, short versions of Death Attitude Profile Revised and Fear of Personal Death Scale; Death Experience questionnaire. Results: Analysis of differences t-Student showed that psychiatrist and suicidal patients differed in most chosen characteristics (Cohen's d .21 – .77). They didn't differ though in the sum of Death Experiences, but doctors noted more interaction with deaths of unknown people ($\chi^2(2,352)=37.57$, $p<.001$), while suicidal patients noted personal death experiences ($\chi^2(2,352)=8.837$, $p=0.012$), experiences of suicidal attempts ($\chi^2(2,352)=206.195$, $p<.001$), thoughts of death ($\chi^2(2,352)=38.73$; $p<.001$). The definition of the risk group as the dependent variable through the binary logistic regression yielded significant results (Cox-Snell $R^2 = .41$; Nagelkerke $R^2 = .55$; Hosmer-Lemeshow test $\chi^2=12.40$, $p=.134$): people in acute postsuicide reported more characteristic high values of “fear of consequences for family and friends”, “attachment anxiety”, “negative past”, “hedonistic present” and “control” (Hardiness); low values of “neutral death acceptance”, “attachment avoidance”, “future”. Hierarchical regression analysis showed that for doctors the most meaningful attitude toward death is “neutral acceptance” ($R^2 = .21$, $F(8,158)=4.991$, $p<.001$), while for suicide attempters it is “escape acceptance” ($R^2=.309$, $F(8,184)=9.816$, $p<.001$). In suicidal attempters the variable “present hedonistic” contributed to 3 different death constructs: “fear of being forgotten” ($b=.53$, $p=.037$), “fear of transpersonal consequences” ($b=.478$, $p=.041$), and “neutral acceptance of death” ($b=.433$, $p=.01$). Conclusions: Psychiatrists and people in acute postsuicide have distinctive differences in following parameters: attachment style, time orientations, responsibility, death attitudes. These may provoke difficulties in communication and therapeutic rapport.

Keywords: stigma, suicide, death attitudes, death experience, time perspective, hardiness, attachment

Вклад авторов:

К.А. Чистопольская: разработка дизайна исследования; обзор и перевод публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, написание текста рукописи, редактирование текста рукописи;

С.Н. Ениколопов: написание текста рукописи, редактирование текста рукописи;

С.А. Чубина: обзор публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных, статистический анализ.

Authors' contributions:

К.А. Чистопольская: developing the research design, reviewing and translated relevant publications, obtaining data for analysis, article writing, article editing;

С.Н. Ениколопов: article writing, article editing;

С.А. Чубина: reviewing of publications of the article's theme, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, statistical analysis.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 12.01.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.04.2019.

Для цитирования: Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Чубина С.А. Специфика отношений к жизни и смерти у пациентов в остром постсуициде и у врачей-психиатров. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 56-71. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71

For citation: Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Chubina S.A. Specifics of life and death attitudes in patients in acute postsuicide and psychiatrists. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 56-71. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71