

УДК 159.943:616.89-08.441.44  
ББК Ю948.4-521.2

## **ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ ПОСЛЕ ПОПЫТКИ САМОУБИЙСТВА: СТИГМАТИЗАЦИЯ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ**

К.А. Чистопольская<sup>1</sup>, С.Н. Ениколопов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия*

<sup>2</sup> *Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия*

### **Введение**

Для врачей, психологов и психотерапевтов суицидальные пациенты относятся к группе «сложных» не столько из-за тяжести сопутствующих соматических и психиатрических проблем, сколько из-за трудности формирования раппорта – рабочих психотерапевтических отношений. Эти люди не спешат доверять лечащему специалисту, негативистичны, крайне чувствительны к малейшим (даже кажущимся) проявлениям недоверия, неодобрения или отвержения [19]. Как правило, они импульсивны [20], подавлены, испытывают безнадёжность [12], мыслят «туннельно» [7] и заранее ожидают поражения [26], вследствие чего у них сужен репертуар поведенческих реакций [25] и они особенно склонны к повторным суицидальным действиям, причём риск завершённого суицида повышается с числом попыток [18, 23].

Современная теория управления страхом смерти [15] утверждает, что большая часть человеческого поведения может быть понята как попытка достичь психологического равновесия перед лицом осознания своей смертной природы, страхом полного уничтожения. Исследования показали, что после напоминания о смерти человек более склонен к резким и агрессивным суждениям и действиям по отношению к тем, чьё поведение расходится с его внутренними стандартами и *культурной картиной мира* [21, 27]; он старается вытеснить из сознания различные напоминания о телесности (потому что тело уязвимо и смертно, в отличие от идей и традиций, которые способны пережить их носителя) [16]; его мышление становится более ограниченным, консервативным,

ригидным [24]; а пытаюсь убедить себя в собственной неуязвимости, он более расположен к рисковому поведению [28].

Авторы выявили и другие психологические защиты от страха смерти, которые они включили в *культурный буфер тревоги*. В-первых, благоприятная обратная связь о личных качествах человека, его ценностях, его образе в глазах других людей укрепляет его *самооценку* и делает его менее восприимчивым к угрозе, причём устойчивая *подлинная самооценка* («я доволен результатами своих действий», а не «я справился, потому что я гений»: опора на эмпатию, безусловное принятие и собственные достижения) защищает лучше, так как нивелирует негативные эффекты напоминания о смерти [10]. Во-вторых, *творческая активность* поднимает человека над обыденностью, расширяет горизонты реагирования и также защищает от страха смерти – однако она должна сочетаться с социальным признанием и принятием, которые возвращает «творца» в общество, не дают ему остаться непонятым и одиноким (что провоцирует экзистенциальную тревогу) [8]. В-третьих, от страха смерти защищает глубокая душевная *привязанность*: доверительные детско-родительские, дружеские или романтические отношения – чем они надёжней и безопасней (по Дж. Боулби), тем менее человек склонен к неадаптивным ответам [1, 17]. И, наконец, *ностальгия* – приятные воспоминания о важных событиях, людях, местах являются одним из ключевых компонентов стабильного позитивного образа Я и проявлением привязанности, а потому люди с выраженной временной ориентацией на позитивное прошлое имеют иммунитет от страха полного уничтожения [29].

Кроме того, недавние исследования позволили авторам сформулировать *теорию разрушения буфера тревоги* [22]: люди, пережившие травматическое событие (землетрясение, гражданскую войну, домашнее насилие, смерть родителей), у которых позже развились симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (диссоциации, нарушение копинг-стратегий, навязчивые воспоминания и др.), не проявляли классических защитных механизмов в виде отстаивания культурной картины мира и подавления мыслей о смерти, в отличие от пострадавших, у которых не наблюдалось ПТСР.

Мы предположили, что суицидальная попытка также является сильным напоминанием о смерти и травматическим событием, способным вызвать нарушение функционирования буфера тревоги, и поставили перед собой цель описать структуру защит от страхов смерти у людей с разным опытом суицидальных попыток.

## Материал и методы исследования

Экспериментальная группа составила 185 пациентов мужского и женского отделений острой токсикологии НИИ СП имени Н.В. Склифосовского после недавней попытки самоотравления (18-25 лет, 65 юношей, 120 девушек). У 37 человек было 2 и более суицидальных попыток в анамнезе, у 105 – одна, 43 человека отрицали суицидальные намерения (вне зависимости от тяжести последствий). Сравнения проводились с выборкой 156 студентов II-III курсов с факультетов менеджмента, социологии и психологии ГУУ г. Москвы (40 юношей и 116 девушек).

Мы адаптировали опросники «Отношение к смерти» [4, 5, 30], «Страх личной смерти» [4, 5, 13], задание «Подберите слово» [4, 9] и «Опыт близких отношений» [14, данные находятся в работе], а также использовали методику Ф. Зимбардо по временной перспективе личности [3, 31], тест жизнестойкости С. Мадди [2] и опросник депрессии А. Бека.

## Результаты

Для начала следует отметить, что для людей в относительном психологическом благополучии наиболее проблемной позицией является принятие смерти как бегства: она положительно коррелирует с негативным прошлым ( $r = 0,27, p < 0,01$ ), фаталистическим настоящим ( $r = 0,25, p < 0,01$ ) и депрессией ( $r = 0,31, p < 0,01$ ), отрицательно связана с вовлеченностью ( $r = -0,29, p < 0,01$ ), контролем ( $r = -0,24, p < 0,01$ ), принятием риска ( $r = -0,35, p < 0,01$ ), общим показателем жизнестойкости ( $r = -0,34, p < 0,01$ ). Страх смерти тоже не вполне благоприятен: хотя он и связан с позитивным прошлым ( $r = 0,24, p < 0,01$ ), что, по-видимому, является защитой, он также отрицательно коррелирует со шкалами контроля ( $r = -0,29, p < 0,01$ ), принятия риска ( $r = -0,18, p < 0,05$ ) и жизнестойкости ( $r = -0,24, p < 0,01$ ) и положительно – с депрессией ( $r = 0,19, p < 0,05$ ). Из всех страхов смерти наиболее неблагоприятным показателем является страх забвения. Он показывает степень отчуждения человека от общества, нарушение социальных контактов и коррелирует с негативным прошлым ( $r = 0,22, p < 0,01$ ), фаталистическим настоящим ( $r = 0,25, p < 0,01$ ) и депрессией ( $r = 0,45, p < 0,01$ ), отрицательно связан с вовлеченностью ( $r = -0,36, p < 0,01$ ), контролем ( $r = -0,2, p < 0,01$ ), принятием риска ( $r = -0,3, p < 0,01$ ) и жизнестойкостью ( $r = -0,33, p < 0,01$ ). Также с депрессией связан страх последствий для тела ( $r = 0,22, p < 0,01$ ). Наиболее психологически безопасным является нейтральное принятие смерти («Смерть – естественная часть жизни»),

так как оно отрицательно коррелирует с различными страхами смерти: со страхом последствий для личности ( $r = -0,24, p < 0,01$ ), для тела ( $r = -0,22, p < 0,01$ ), для личных стремлений ( $r = -0,21, p < 0,01$ ), страхом трансцендентных последствий ( $r = -0,19, p < 0,05$ ), положительно связан с гедонистическим настоящим ( $r = -0,22, p < 0,01$ ).

Что касается людей, которые отказывались считать свой поступок попыткой самоубийства (43 человека), по показателям жизнестойкости от выборки нормы они отличались только шкалой «принятие риска» (выше в норме,  $p < 0,001$ ). При этом данные пациенты характеризовались неблагоприятной временной перспективой (негативное прошлое выше в постсуициде,  $p = 0,006$ , гедонистическое настоящее и позитивное прошлое выше в норме,  $p = 0,002$  и  $p = 0,032$ ). Им было свойственно избегание темы смерти (выше в постсуициде,  $p < 0,001$ ), которое сочеталось с отрицанием позиции принятия-приближения смерти (веры в рай и жизнь после смерти –  $p < 0,001$ , выше в норме) и с крайне негативным отношением к позиции её нейтрального принятия (корреляции со шкалами «вовлеченность» –  $r = -0,49, p < 0,01$ ; «контроль» –  $r = -0,39, p < 0,05$ ; «принятие риска» –  $r = -0,5, p < 0,01$ ; «жизнестойкость» –  $r = -0,51, p < 0,01$ ). Можно предположить, что в глубине души они все-таки признавали свой поступок если не самоубийством, то хотя бы самоповреждающим и опасным поведением. Это косвенно подтверждается тем, что принятие смерти как бегства и нейтральное принятие смерти были позитивно связаны с тревожным стилем привязанности ( $r = 0,4, p < 0,01$  и  $r = 0,45, p < 0,01$ , соответственно) и депрессией ( $r = 0,39, p < 0,05$  и  $r = 0,35, p < 0,05$ ). Ориентация на позитивное прошлое сочеталась у них с высоким общим страхом смерти ( $r = 0,4, p < 0,01$ ), страхом последствий смерти для личности ( $r = 0,47, p < 0,01$ ) и личных стремлений ( $r = 0,45, p < 0,01$ ), т.е. защищала от антивитальных настроений. Ту же функцию выполняла и ориентация на будущее, что проявилось в корреляции со страхом за близких ( $r = 0,31, p < 0,05$ ) и подавлением темы смерти в задании «Подберите слово» ( $r = -0,36, p < 0,05$ ). При этом шкала негативного прошлого, помимо нейтрального принятия смерти ( $r = 0,35, p < 0,05$ ), значимо коррелировала с депрессией ( $r = 0,43, p < 0,01$ ). Фаталистическое настоящее было умеренно связано с принятием-приближением смерти ( $r = 0,35, p < 0,05$ ) и принятием смерти как бегства ( $r = 0,32, p < 0,05$ ).

Пациенты с одной попыткой суицида (105 человек) отличались от нормы по таким параметрам, как низкое принятие-приближение смерти (выше в норме,  $p = 0,007$ ), избегание темы смерти (выше в постсуициде,  $p < 0,001$ ) и широкая палитра страхов смерти (общий

страх смерти –  $p < 0,001$ , страх последствий для личности –  $p < 0,001$ , для тела –  $p < 0,001$ , для личных стремлений –  $p < 0,001$ , для близких –  $p = 0,024$ , страх забвения –  $p < 0,001$ , все выше в постсуициде), большинство из которых положительно коррелировали с тревожным стилем привязанности (общий страх смерти –  $r = 0,21, p < 0,05$ ; страх последствий для личности –  $r = 0,21, p < 0,05$ ; для тела –  $r = 0,32, p < 0,01$ ; для стремлений –  $r = 0,27, p < 0,05$ ; страх забвения –  $r = 0,26, p < 0,05$ ). Страх последствий для тела и страх забвения выступали в качестве дезадаптивных и были связаны с негативной временной перспективой (корреляция страхов последствий для тела с негативным прошлым –  $r = 0,34, p < 0,01$ ; с фаталистическим настоящим –  $r = 0,36, p < 0,01$ ; корреляция страха забвения с фаталистическим настоящим –  $r = 0,28, p < 0,01$ ), а страхи последствий для личности, личных стремлений и близких – с ориентацией на будущее ( $r = 0,24, p < 0,05$ ;  $r = 0,23, p < 0,05$  и  $r = 0,22, p < 0,05$ , соответственно), т.е. выполняли защитную функцию. Жизнестойкость в этой группе была снижена (вовлеченность, контроль, принятие риска, жизнестойкость у всех  $p < 0,001$ , выше в норме), однако отрицательно коррелировала с принятием смерти как бегства (вовлеченность –  $r = -0,54, p < 0,01$ ; контроль –  $r = -0,54, p < 0,01$ ; риск –  $r = -0,55, p < 0,01$ ; жизнестойкость –  $r = -0,6, p < 0,01$ ), со страхом последствий для тела (риск –  $r = -0,34, p < 0,01$ ; жизнестойкость –  $r = -0,21, p < 0,05$ ), со страхом забвения (вовлеченность –  $r = -0,24, p < 0,05$ ; контроль –  $r = -0,19, p < 0,05$ ; риск –  $r = -0,28, p < 0,01$ ; жизнестойкость –  $r = -0,27, p < 0,05$ ) и с депрессией (вовлеченность –  $r = -0,61, p < 0,01$ ; контроль –  $r = -0,51, p < 0,01$ ; риск –  $r = -0,49, p < 0,01$ ; жизнестойкость –  $r = -0,6, p < 0,01$ ), т.е. потенциально также являлась защитой. Эти пациенты описывали своё состояние как экзистенциальный кризис, но стремились выбраться из него.

Пациенты с несколькими попытками (37 человек) отличались от нормы высокими *принятием смерти как бегства* и *страхом забвения* ( $p = 0,001$  и  $p < 0,001$ , выше в постсуициде), остальные страхи смерти у них не отличались от нормы, т.е. были довольно низки, в то время как жизнестойкость (вовлеченность, контроль, принятие риска, жизнестойкость – у всех  $p < 0,001$ ) и ориентация на позитивное прошлое ( $p = 0,044$ ) были ниже, чем в норме. Симптоматично, что при этом жизнестойкость для них положительно связана с *избеганием* темы смерти (вовлеченность –  $r = 0,49, p < 0,01$ ; контроль –  $r = 0,42, p < 0,01$ ; жизнестойкость –  $r = 0,45, p < 0,01$ ), с общим страхом смерти (принятие риска –  $r = 0,35, p < 0,05$ ; жизнестойкость –  $r = 0,33, p < 0,05$ ), со страхом последствий для личности (вовлеченность –  $r = 0,4, p < 0,05$ ; контроль –  $r = 0,41, p < 0,05$ ; принятие риска –  $r = 0,42,$

$p < 0,05$ ; жизнестойкость –  $r = 0,49, p < 0,01$ ) и для личных стремлений (вовлеченность –  $r = 0,48, p < 0,01$ ; контроль –  $r = 0,41, p < 0,05$ ; принятие риска –  $r = 0,43, p < 0,01$ ; жизнестойкость –  $r = 0,49, p < 0,01$ ), а отрицательно – с *принятием смерти как бегства* (вовлеченность –  $r = -0,44, p < 0,01$ ; контроль –  $r = -0,5, p < 0,01$ ; принятие риска –  $r = -0,56, p < 0,01$ ; жизнестойкость –  $r = -0,56, p < 0,01$ ) и депрессией (вовлеченность –  $r = -0,51, p < 0,01$ ; контроль –  $r = -0,41, p < 0,05$ ; принятие риска –  $r = -0,42, p < 0,01$ ; жизнестойкость –  $r = -0,5, p < 0,01$ ). Это некие «качели»: от попытки отстраниться от темы смерти вовсе до полного погружения. Что касается временной перспективы, негативное прошлое у них было связано с избеганием темы смерти ( $r = -0,41, p < 0,05$ ) и принятием смерти как бегства ( $r = 0,36, p < 0,05$ ), позитивное прошлое – со страхом смерти ( $r = 0,36, p < 0,05$ ), а фаталистическое настоящее – с принятием-приближением смерти ( $r = 0,37, p < 0,05$ ) и принятием бегства ( $r = 0,45, p < 0,01$ ). Тревожный стиль привязанности у них положительно связан с депрессией ( $r = 0,34, p < 0,01$ ) и отрицательно – со страхом последствий для тела ( $r = -0,38, p < 0,05$ ), а избегающий стиль отрицательно коррелирует со страхом смерти ( $r = -0,35, p < 0,05$ ). Эти люди социально дезадаптированы, одиноки, им требуется заново искать цели жизни и строить свою идентичность.

Сравнение этих трёх групп пациентов между собой показало, что люди с отказом от попытки, в целом, более благополучны: они более жизнестойки (вовлеченность –  $p = 0,037$ ; контроль –  $p = 0,003$ , жизнестойкость –  $p = 0,024$ , выше при отказе от попытки) и больше избегают темы смерти ( $p = 0,01$ ), чем пациенты с одной попыткой, у последних же более выражен тревожный стиль привязанности ( $p = 0,004$ ), депрессия ( $p = 0,002$ ), ориентация на фаталистическое настоящее ( $p = 0,021$ ), они больше принимают смерть как бегство ( $p = 0,01$ ) и боятся забвения ( $p = 0,013$ ). Что до людей с несколькими попытками, они отличаются от пациентов с одной попыткой большей ориентацией на негативное прошлое ( $p = 0,017$ ) и избегающим стилем привязанности ( $p = 0,054$ ), и у них ещё больше выражено принятие смерти как бегства ( $p = 0,027$ ), а пациенты с одной попыткой, в отличие от них, больше готовы принимать жизненные риски ( $p = 0,042$ ).

### Обсуждение

Таким образом, подтвердилась гипотеза о том, что опыт суицидальных действий снижает общее психологическое благополучие, буфер тревоги и антисуицидальный барьер. Ориентация на позитивное прошлое (ностальгия) и жизнестойкость (самооценка, твердая

жизненная позиция) оказались наиболее действенными защитами, ресурсами, которые следует укреплять и использовать в работе с суицидальными пациентами. Страхи смерти отчасти защищают от повторных суицидальных действий, однако, являясь негативным переживанием, способствуют снижению уровня психологического благополучия и самостигматизации («я сделал это с собой»).

Страхам сопутствует активизация тревожного компонента привязанности при относительно интактной стратегии избегания (*прилипчивый* стиль привязанности по классификации К. Бартоломью [11]): человек начинает сомневаться в близких людях – любят ли они его, не предпочитают ли другим, достаточно ли он для них хорош, и, как следствие, для погашения тревоги, может требовать больше общения, даже становится назойливым. Окружающие не всегда способны понять причину подобного поведения, чего от них хотят, что может привести к отторжению данных пациентов. Люди с большим опытом суицидального поведения наряду с тревожностью задействуют и стратегию избегания – это *робкий* стиль. Беспокойство перерастает в страх отвержения, а потому они не доверяют окружающим и не делятся своими проблемами, что также способствует чувству безнадёжности, одиночества, оставленности и, как следствие, повышению суицидальности. Соответственно, чувство безопасной привязанности является одной из важных целей терапии суицидальных пациентов.

Подтвердились данные о том, что наиболее тяжёлая симптоматика (в данном случае, повторяющееся суицидальное поведение) связана с разрушением буфера тревоги, однако важно учитывать и динамику состояний. В нашем исследовании принятие смерти, страх и избегание темы смерти показали себя разными вариантами отношения к данному явлению, которые соположены, а не противостоят друг другу. Если в норме принятие-приближение смерти может рассматриваться как вариант религиозной картины мира, веры в жизнь после смерти, то у людей с повторяющимся суицидальным поведением эта установка способна облегчать суицидальные реакции; хотя чаще люди после первой попытки самоубийства не принимают смерть. Более того, страх смерти является сильным стрессором, который отнимает ресурсы у человека. Страх смерти надо снимать, а не нагнетать: следует понижать тревогу, вызванную самой суицидальной попыткой, и ориентировать человека на восстановление социальных связей и интеграцию «я».

Страх смерти является стрессогенным и стигматизирующим для самих пациентов, но не следует забывать и об окружающих: близких

и лечащем персонале. Эффекты, описанные в теории управления страхом смерти, распространяются и на них, и если их позитивные защиты (привязанность, эмпатия, подлинная самооценка, ностальгия, творчество) оказываются слабы, на первый план выходит позиция неприятия, стремление отстраниться, «наказать» пациента (иногда осознанно, иногда – спонтанно и незаметно для самого человека). Поэтому для каждого врача и психолога, работающего с суицидентами, особенно важно отслеживать свои состояния и знать, что помогает именно ему стабилизировать душевное равновесие, что укрепляет его буфер тревоги. Наши предварительные результаты исследований профессий подтверждают, что такая внутренняя работа ведётся студентами-медиками и психологами, в частности, они пытаются «вживаться» в своих пациентов [6]. Однако важно находить и путь «наружу», в повседневность, которая, тем не менее, не ранила бы никого.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 480 с.
2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
3. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 41–54.
4. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Бадалян А.В., Саркисов С.А. Адаптация методик исследования отношений к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 2. С. 35–42.
5. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмулашвили В.В., Казанцева В.Н., Журавлева Т.В. Адаптация опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке // Суицидология. 2014. Т. 5, № 2. С. 60–69.
6. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмулашвили В.В., Казанцева В.Н. Отношение к смерти у студентов медицинских, гуманитарных и технических специальностей: вопрос суицидального риска [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2014. № 3. С. 227–242. URL: [http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov\\_et\\_al.phtml](http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.phtml) (дата обращения: 07.11.2014).
7. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001.
8. Arndt J., Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T., Schimel J. Creativity and terror management: Evidence that creative activity increases guilt and social projection following mortality salience. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77 (1), pp. 19–32.
9. Arndt J., Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T., Simon L. Suppression, accessibility of death related thoughts, and cultural worldview defense: exploring the psychodynamics of terror management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 73(1), pp. 5–18.



10. Arndt J., Schimel J., Greenberg J., Pyszczynski T. The intrinsic self and defensiveness: Evidence that activating the intrinsic self reduces self-handicapping and conformity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2002, vol. 28(5), pp. 671–683.
11. Bartholomew K., Horowitz L. M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, vol. 61, pp. 226–244.
12. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, vol. 42, pp. 861–865.
13. Florian V., Kravetz S. Fear of personal death: attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of personality and social psychology*, 1983, vol. 44, pp. 600–607.
14. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, vol. 78, pp. 350–365.
15. Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In: Baumeister R.F., ed. *Public self and private self*. N.Y., Springer-Verlag, 1986, pp. 189–212.
16. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon S., Kluck B., Cornwell R. I am not an animal: Mortality salience, disgust, and the denial of human creatureliness. *Journal of Experimental Psychology: General*, 2001, vol. 130(3), pp. 427–435.
17. Hart J., Shaver P., Goldenberg J. Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *Journal of personality and social psychology*, 2005, vol. 88, pp. 999–1013.
18. Joiner Jr. T.E. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2005.
19. Kernberg O.F. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.
20. Linehan M.M. Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1987, vol. 1, pp. 328–333.
21. Nelson L.J., Moore D.L., Olivetti J., Scott T. General and personal mortality salience and nationalistic bias. *Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 23, pp. 884–892.
22. Pyszczynski T., Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 2011, vol. 24(1), pp. 3–26.
23. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, vol. 30, pp. 18–33.
24. Schimel J., Simon L., Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S., Waxmonsky J., Arndt J. Stereotypes and terror management: Evidence that mortality salience enhances stereotypic thinking and preferences. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77(5), pp. 905–926.
25. Schotte D., Clum G. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, vol. 55, pp. 49–55.
26. Snyder C.R. *The psychology of hope: You can get there from here*. N.Y., Free Press, 1994.
27. Solomon S., Greenberg J., Pyszczynski T. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*, 1991, vol. 24, pp. 93–159.

28. Taubman-Ben-Ari O., Florian V., Mikulincer M. The impact of mortality salience on reckless driving: A test of terror management mechanisms. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 76(1), pp. 35–45.
29. Wildschut T., Sedikides C., Arndt J., Routledge C. Nostalgia: Content, triggers, functions. *Journal of personality and social psychology*, 2006, vol. 91(5), pp. 975–993.
30. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In: Neimeye R.A., ed. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. N.Y., Taylor and Francis, 1994, pp. 121–148.
31. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *J. Personal. Soc. Psychology*, 1999, vol. 77, no. 6, pp. 1271–1288.

## REFERENCES

1. Bowlby J. *Attachment: Attachment and Loss*. Vol. 1. Basic Books Classics, 2<sup>nd</sup> ed., 1999 (Russ. ed.: Boulbi Dzh. Privyazannost'. Moscow, Gardariki Publ., 2003, 480 p.).
2. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. *Test zhiznestoikosti* [Hardiness Questionnaire]. Moscow, Smysl Publ., 2006, 63 p.
3. Syrtsova A., Mitina O.V. *Vozrastnaya dinamika vremennykh orientatsii lichnosti* [Age dynamics of person's temporal orientation]. *Voprosy psikhologii* [Issues of psychology], 2008, no. 2, pp. 41–54.
4. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Badalyan A.V., Sarkisov S.A. *Adaptatsiya metodik issledovaniya otnoshenii k smerti u lyudei v ostrom postsuitside i v otnositel'nom psikhologicheskom blagopoluchii* [Adaptation of the Attitude to death and Fear of death assessment techniques for the healthy individuals and those in acute post-suicidal condition in a Russian sample]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2012, no. 2, pp. 35–42.
5. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Khramelashvili V.V., Kazantseva V.N., Zhuravleva T.V. *Adaptatsiya oprosnikov «Otnoshenie k smerti» i «Strakh lichnoi smerti» na russkoyazychnoi vyborke* [Adaptation of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale in Russian-speaking sample]. *Suitsidologiya* [Suicidology], 2014, vol. 5, no. 2, pp. 60–69.
6. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Hramelashvili V.V., Kazantseva V.N. *Otnoshenie k smerti u studentov meditsinskikh, gumanitarnykh i tekhnicheskikh spetsial'nostei: vopros suitsidal'nogo riska* [Attitude to the death in students of medical, humanitarian and technical specialties: the issue of suicide risk]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru* [Psychological Science and Education PSYEDU.ru], 2014, no. 3. Available at: [http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov\\_et\\_al.phtml](http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.phtml) (Accessed 07.11.2014) (In Russ., Abstr. in Engl.)
7. Shneidman E. *The Suicidal Mind*. Oxford University Press, 1998, 187 p. (Russ. ed.: Shneidman E. *Dusha samoubiitsy*. Moscow, Smysl Publ., 2001).
8. Arndt J., Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T., Schimel J. Creativity and terror management: Evidence that creative activity increases guilt and social projection following mortality salience. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77(1), pp. 19–32.
9. Arndt J., Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T., Simon L. Suppression, accessibility of death related thoughts, and cultural worldview defense: exploring the psy-

chodynamics of terror management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 73(1), pp. 5–18.

10. Arndt J., Schimel J., Greenberg J., Pyszczynski T. The intrinsic self and defensiveness: Evidence that activating the intrinsic self reduces self-handicapping and conformity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2002, vol. 28(5), pp. 671–683.

11. Bartholomew K., Horowitz L. M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, vol. 61, pp. 226–244.

12. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, vol. 42, pp. 861–865.

13. Florian V., Kravetz S. Fear of personal death: attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of personality and social psychology*, 1983, vol. 44, pp. 600–607.

14. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, vol. 78, pp. 350–365.

15. Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In: Baumeister R.F., ed. *Public self and private self*. New York, Springer-Verlag, 1986, pp. 189–212.

16. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon S., Kluck B., Cornwell R. I am not an animal: Mortality salience, disgust, and the denial of human creatureliness. *Journal of Experimental Psychology: General*, 2001, vol. 130(3), pp. 427–435.

17. Hart J., Shaver P., Goldenberg J. Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *Journal of personality and social psychology*, 2005, vol. 88, pp. 999–1013.

18. Joiner Jr. T.E. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2005.

19. Kernberg O.F. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.

20. Linehan M.M. *Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide*. *Journal of Personality Disorders*, 1987, vol. 1, pp. 328–333.

21. Nelson L.J., Moore D.L., Olivetti J., Scott T. General and personal mortality salience and nationalistic bias. *Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 23, pp. 884–892.

22. Pyszczynski T., Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 2011, vol. 24(1), pp. 3–26.

23. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, vol. 30, pp. 18–33.

24. Schimel J., Simon L., Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S., Waxmonsky J., Arndt J. Stereotypes and terror management: Evidence that mortality salience enhances stereotypic thinking and preferences. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77(5), pp. 905–926.

25. Schotte D., Clum G. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, vol. 55, pp. 49–55.

26. Snyder C.R. *The psychology of hope: You can get there from here*. N.Y., Free Press, 1994.

27. Solomon S., Greenberg J., Pyszczynski T. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*, 1991, vol. 24, pp. 93–159.
28. Taubman-Ben-Ari O., Florian V., Mikulincer M. The impact of mortality salience on reckless driving: A test of terror management mechanisms. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 76(1), pp. 35–45.
29. Wildschut T., Sedikides C., Arndt J., Routledge C. Nostalgia: Content, triggers, functions. *Journal of personality and social psychology*, 2006, vol. 91(5), pp. 975–993.
30. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In: Neimeyer R.A., ed. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. N.Y., Taylor and Francis, 1994, pp. 121–148.
31. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *J. Personal. Soc. Psychology*, 1999, vol. 77, no. 6, pp. 1271–1288.

---

**Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 8–20.**

**Аннотация.** В статье с позиции теории управления страхом смерти рассматривается проблема стигматизации суицидальных пациентов людьми из ближайшего окружения, врачами и психологами, а также самими суицидентами (самостигматизация). Приводятся данные исследования людей в период острого постсуицида (люди с отказом от попытки ( $n = 43$ ), с одной ( $n = 105$ ) и несколькими попытками самоубийства ( $n = 37$ )) и сравнения их с выборкой нормы ( $n = 156$ ) по параметрам жизнестойкости, временной ориентации, привязанности, отношению к смерти и страхам смерти. Причина стигматизации представляется в близости пациентов к смерти и формировании неадекватных защит по отношению к этому явлению. Даются рекомендации для реабилитации суицидальных пациентов и поддержания здорового отношения к данной группе больных у людей помогающих профессий.

**Ключевые слова:** теория управления страхом смерти, страх смерти, жизнестойкость, привязанность, временная перспектива, стигматизация.

#### **Информация об авторах:**

*Чистопольская Ксения Анатольевна*, младший научный сотрудник отдела суицидологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ. Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, стр. 10. Тел. +7 495 9637572. [ktchist@gmail.com](mailto:ktchist@gmail.com).

*Ениколопов Сергей Николаевич*, кандидат психологических наук, заведующий отделом медицинской психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН. Россия, 115522 г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. Тел. +7 499 6159317. [enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru).

**Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N. Otnoshenie k smerti posle popytki samoubiistva: stigmatizatsiya i samostigmatizatsiya suitsidal'nykh patientov [Death attitudes after a suicide attempt: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 8-20.**

**Abstract.** The article looks into the problem of stigmatizing suicidal patients by their closest people, doctors and psychologists, as well as suicidal people themselves (self-stigmatization) from the point of view of terror management theory. There are also presented the data of the research carried out on a group of people in their acute post suicide period (people who refused from recent suicide attempt ( $n = 43$ ), with one ( $n = 105$ ) and several suicidal attempts ( $n = 37$ ) in comparison with the control sample ( $n = 156$ ) with regard to vitality, time-perspective, attachment, attitude to death and death fears. The reason for stigmatization is perceived to lie in closeness of patients to death and their inadequate psychological defenses toward this phenomenon. The recommendations are given for rehabilitation of suicidal patients and maintenance of healthy attitudes toward them in people of helping professions.

**Keywords:** terror management theory, fear of death, vitality, attachment, time-perspective, stigmatization.

**Information about authors:**

*Chistopol'skaya Ksenia*, Junior Researcher of Suicidology Department, Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Ministry of Health, Russian Federation. 3, Poteshnaya ul., build. 10, Moscow, 10776, Russia. Tel. +7 495 9637572. *ktch-ist@gmail.com*.

*Enikolopov Sergey*, PhD in Psychology, Head of Medical Psychology Department, Mental Health Research Center of Russian Academy of Medical Sciences. 34, Kashirskoe shosse, Moscow, 115522, Russia. Tel. +7 499 6159317. *enikolopov@mail.ru*.

---

*Поступила: 08.12.2014*

*Received: 08.12.2014*