

МАСШТАБЫ И ПРИЧИНЫ СОКРЫТИЯ СУИЦИДАЛЬНОСТИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ПОМОГАЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТАМ: КОЛИЧЕСТВЕННО-КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**К.А. Чистопольская^{1, 2}, С.Н. Ениколопов³, Е.Л. Николаев⁴,
В.С. Садовнича^{5, 6}, Н.А. Кравцова⁷, С.Э. Дровосеков⁸**

¹ *Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва*

² *ГБУЗ «Городская клиническая больница имени А.К. Ерамишанцева ДЗМ», Москва*

³ *ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

⁴ *ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары*

⁵ *ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва*

⁶ *ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва*

⁷ *ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Владивосток*

⁸ *ГБОУ СОШ №93, Санкт-Петербурге*

Диссимуляция (сокрытие) суицидальных тенденций, по данным разных исследований, превышает 30% среди клиентов, проходивших психотерапию, и достигает 60% у пациентов с психическими заболеваниями [1, 2]. При этом в интернет-исследовании лица, выбирающие ответ «предпочитаю не говорить» (prefer not to tell) на прямой вопрос о своей суицидальности, демонстрируют повышенный уровень психологического неблагополучия по сравнению с людьми, отрицающими суицидальность. Схожие показатели наблюдались у лиц, которые признали свои суицидальные тенденции, что свидетельствует о наличии суицидального риска у этой категории респондентов [3]. В недавнем исследовании [2] авторы установили, что среди пациентов, скрывающих суицидальные мысли и поведение, больше людей с пограничным личностным расстройством. Кроме того, существует проблема дифференцированного самораскрытия: так, пациенты, которые делились своими переживаниями с исследователями (вне зависимости от степени откровенности с другим персоналом), сообщали о более интенсивных суицидальных мыслях и попытках в

течение последующего месяца [4]. Имеются данные, что взрослые (возраст $M=60$, $SD=16,7$), которые не сообщают о суицидальных мыслях близким и врачам, более одиноки, имеют меньше социальных контактов, при этом их физическое здоровье лучше, чем в остальной выборке [5]. Что касается молодых людей, погибших вследствие самоубийства, исследование с помощью психологической аутопсии показало, что к вербальному самораскрытию более склонны девушки: они говорили о своих суицидальных переживаниях с близкими, друзьями, в соцсетях, в то время как юноши более скрытны и их действия распознать гораздо сложнее [6].

В целом люди говорят о суицидальных переживаниях в романтических отношениях в том случае, когда уверены в партнере, в его понимании, в эффективности признания, хотя порой откровенность происходит спонтанно, на высоте эмоциональных всплесков, когда человеку трудно себя контролировать [7]. Что до утаивания своих переживаний на скринингах или медперсоналу, люди, как правило, боятся последствий своей откровенности (госпитализации, стигмы суицидента, нарушения конфиден-

циальности [8–10]) или не считают суицидальные мысли достаточно важной информацией [11].

Стигма официально признана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) фактором, способствующим росту суицидальности [12]. Феномен диссимуляции включает не только несообщение пациентами медицинскому персоналу своих суицидальных мыслей, зачастую люди боятся обращаться за помощью к специалистам. Кроме того, важна проблема диссимуляции суицидальности людьми помогающих профессий. Так, полицейские, работники скорой помощи и пожарные, которые участвовали в масштабном исследовании и предпочитали не отвечать на вопросы о суицидальной активности, отличались более выраженным психологическим неблагополучием и имели меньше социальной поддержки, ожидая большей стигматизации, связанной с психическим нездоровьем, на рабочем месте [13].

Учитывая вышеизложенное, нами была поставлена *задача* исследовать факты сокрытия суицидальности в медицинском и психологическом сеттинге на российской интернет-выборке.

Цель исследования – определить масштаб сокрытия суицидальных тенденций среди людей, согласившихся участвовать в интернет-исследовании суицидальности в период пандемии COVID-19, а также выяснить причины диссимуляции.

Материал и методы

Исследование было проведено с 16 июня 2020 по 27 мая 2021 г. в российском сегменте Интернета и являлось частью международного исследования в период пандемии COVID-19 [14, 15]. Проанализировано 720 записей респондентов, ответивших на вопрос о сокрытии своей суицидальной активности, был принят 1071 ответ. В начале анонимного опроса респонденты дали согласие на использование своих ответов в исследовательских целях. Возраст участников варьировал от 18 до 72 лет ($M=27,7$; $SD=13$), в выборке преобладали женщины ($n=544$; 75,6%); мужчин было меньше ($n=149$; 20,7%). Трансгендеров (14 чел.), людей, ответивших «не уверен» (5 чел.) и отказавшихся отвечать на вопрос о половой принадлежности (8 чел.), анализировали совместно, объединив вместе (27 чел., 3,8%). Больше всего участников было из Чувашской Республики (253 чел., 35,4%), на втором месте – проживающие в Москве и в Московской области (132 и 66 чел., всего 27,7%), на третьем – представители Приморского края (69 чел., 9,7%), но в целом участие принимали люди из самых разных регионов РФ.

Вопросы для анализа

В данном исследовании анализировались ответы на отдельные вопросы из анкеты, а именно:

1) «Вы когда-нибудь думали (даже мимоходом), что лучше бы вы умерли, желали своей смерти или чувствовали, что вам нужно умереть?» – ответ «да/нет»;

2) «Вы когда-нибудь пытались покончить с собой?» – ответ «да/нет»;

3) «Вы когда-либо отрицали или скрывали свои мысли о самоубийстве от врача, психотерапевта или психолога?» – ответ «да/нет».

Если человек отвечал «да» на последний вопрос, перед ним появлялся открытый вопрос: «Почему?», на который можно было ответить по желанию. Ответы на этот вопрос анализировались 2 независимыми экспертами, затем этот анализ был сопоставлен и были выделены 7 тем, которые могли пересекаться (одно высказывание могло присутствовать в 2–3 темах), поскольку люди называли сразу несколько проблем, провоцировавших диссимуляцию.

Также в исследовании использовался «Опросник суицидального кризиса» (ОСК), который состоит из 55 пунктов и 5 субшкал («Чувство западни» – 10 пунктов, «Аффективные нарушения» – 16 пунктов, «Потеря когнитивного контроля» – 11 пунктов, «Перевозбуждение» – 13 пунктов, «Социальное отчуждение» – 5 пунктов), оцениваемых по 5-балльной шкале ликертовского типа (от 0 – «совсем нет» до 4 – «крайне выражено») с предваряющей фразой «Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о том, как вы чувствовали себя в течение последней недели. В течение этого времени, когда вы чувствовали себя хуже всего...». Был подсчитан общий балл ОСК, который затем преобразован в дихотомическую переменную, где 0 – значение балла ниже 80, а 1 – значение балла, равное или больше 80. Пороговый балл рассчитывался на основе ретроспективных данных: учитывались люди, которые сообщили о недавней суицидальной попытке (в течение последнего месяца – 6 чел.) [15]. И ОСК, и вопрос о сокрытии заполнили 638 человек.

Ответы «да/нет» анализировались посредством таблиц сопряженности и статистики χ^2 . Анализ выполнялся в программе Jamovi 2.2.5.

Результаты

Анализ гендерных различий

Были обнаружены гендерные различия при сокрытии или несообщении людьми информации о своей суицидальности медикам ($\chi^2(720; 2) = 11.1$; $p = 0,004$), в частности 37% людей (10 чел. из 27), обозначивших себя как «трансгендер» или

скрывших свою гендерную идентификацию, скрывали свою суицидальность (рис. 1). Среди мужчин, скрывавших свою суицидальность, было 17 человек из 149, или 11,4%, среди женщин наблюдался схожий процент (16,7%, 91 человек из 544).

Соккрытие суицидальности и суицидальные мысли

Процент людей, которые в течение своей жизни задумывались о своей смерти или самоубийстве,

был довольно велик среди респондентов (299 из 720 человек, 41,5%). Из них 79 человек (26,4%) скрывали свою суицидальность и еще 39 из 421 человек (9,3%) ответили на предыдущий вопрос о суицидальных мыслях отрицательно, признались в сокритии этой информации (рис. 2). Всего в исследовании выявлены 118 человек, скрывавших свою суицидальность (16,4%). Гипотеза о неравенстве

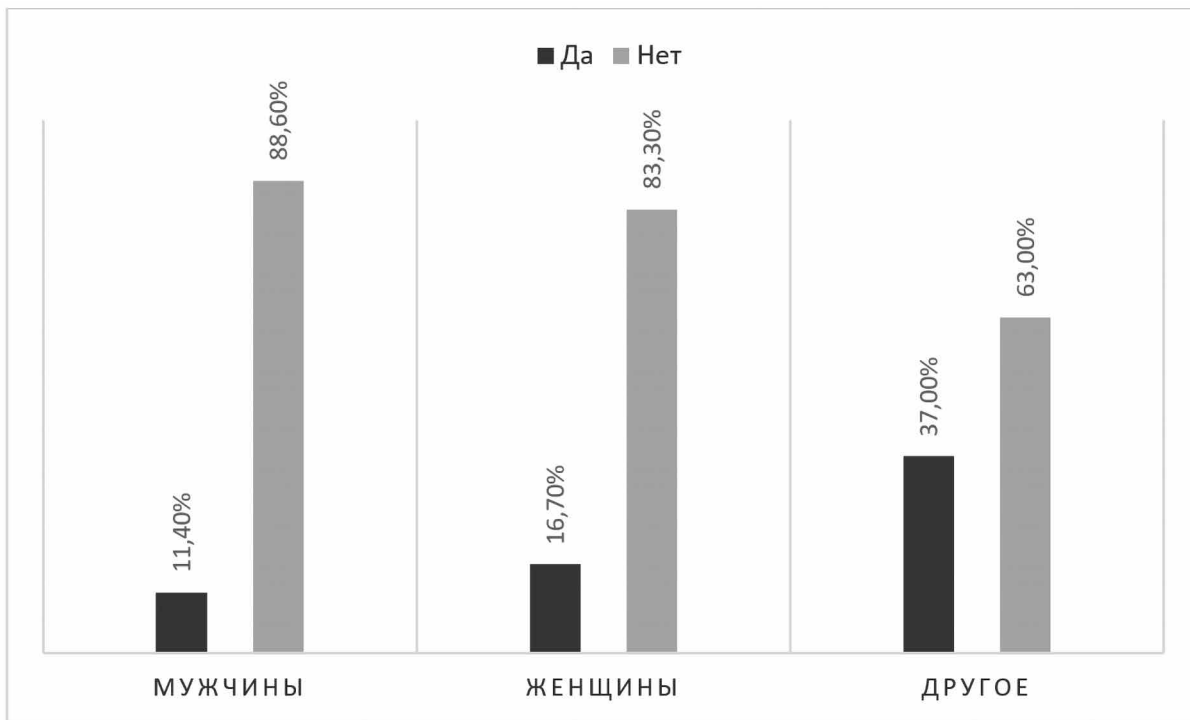


Рис. 1. Соккрытие суицидальности: гендерные различия.

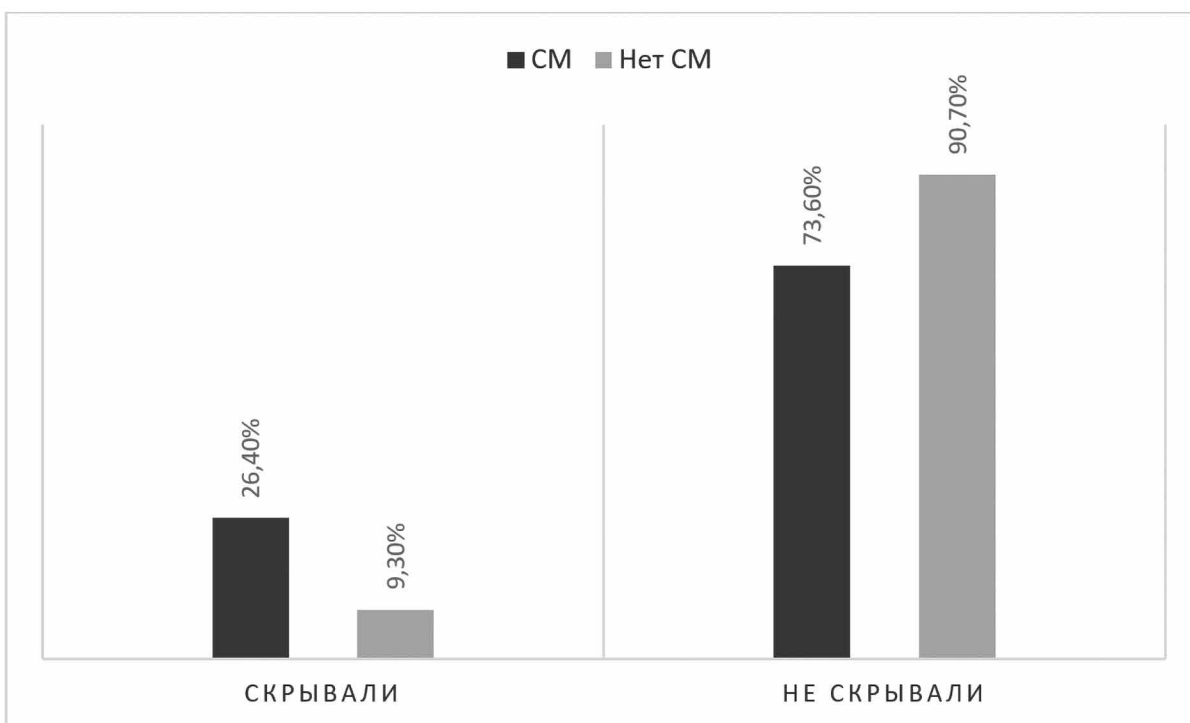


Рис. 2. Доля признавших/непризнавших суицидальные мысли среди не скрывавших/скрывавших их наличие.

выборки подтвердилась ($\chi^2(720; 1) = 37,6; p < 0,001$), причем вероятность сокрытия суицидальности в группе признавших свою суицидальность ранее была выше, чем в группе людей, отрицавших ее изначально – OR = 0,28 (0,19; 0,43).

Сокрытие суицидальности и суицидальные попытки

Подтвердилась гипотеза о связи сокрытия суицидальности и наличия суицидальных попыток ($\chi^2(720; 2) = 121; p < 0,001$, рис. 3). Доля людей, скрывавших свои суицидальные мысли от медиков, среди тех, кто совершал суицидальные попытки, довольно велика – 58% (40 чел. из 69). Еще 50 человек из 555 (9%) признали, что скрывали факт суицидальной идеации, но отрицали совершение суицидальных попыток, и 28 человек из 96 (29,2%) скрывали свою суицидальность, но не ответили на вопрос о суицидальных попытках.

Сокрытие суицидальности и синдром суицидального кризиса

Всего 638 человек заполнили «Опросник суицидального кризиса», из них синдром суицидального кризиса (ССК) наблюдался у большинства (79,9%, 510 чел.). ССК определялся пороговым баллом (80), рассчитанным из ретроспективных данных, на основе показателей 6 человек, совершивших суицидальную попытку за последний месяц [15]. У большинства признавших, что они когда-то скрывали суицидальные мысли от специалистов, наблюдался балл ОСК выше порогового (95,9%, 93 чел. из 97). У людей, которые не скрывали эту информацию,

ССК присутствовал в 77,1% случаев (417 чел. из 541). Эти показатели были значимы статистически ($\chi^2(638; 1) = 18,1; p < 0,001$, рис. 4). Вероятность ССК среди лиц, скрывавших суицидальные мысли, была выше, чем в группе не скрывавших – OR = 0,15 (0,05; 0,40).

Причины сокрытия суицидальности: качественный анализ

В результате анализа ответов на открытый вопрос о том, почему респонденты скрывали суицидальные мысли от медиков, проведенном двумя независимыми экспертами, было выделено 7 пересекающихся тем (табл. 1). Из них две первые темы можно определить как активное и пассивное сопротивление отвечать на вопрос; третью и пятую темы можно охарактеризовать как преуменьшение проблем; кроме того, темы третья и четвертая также касаются сеттинга и взаимодействия со специалистом: он не вызывал доверия и не располагал к большей откровенности. Последние две темы – стыда и стигмы, последствий для работы и отношений, страха госпитализации – тоже пересекаются: они затрагивают проблему, как к самоубийству относятся в обществе.

Обсуждение

Всего 16,4% респондентов интернет-выборки скрывали мысли о самоубийстве при общении с помогающими специалистами, из них 58% лиц с суицидальными попытками остались незамеченными профессионалами. Похожие цифры при-

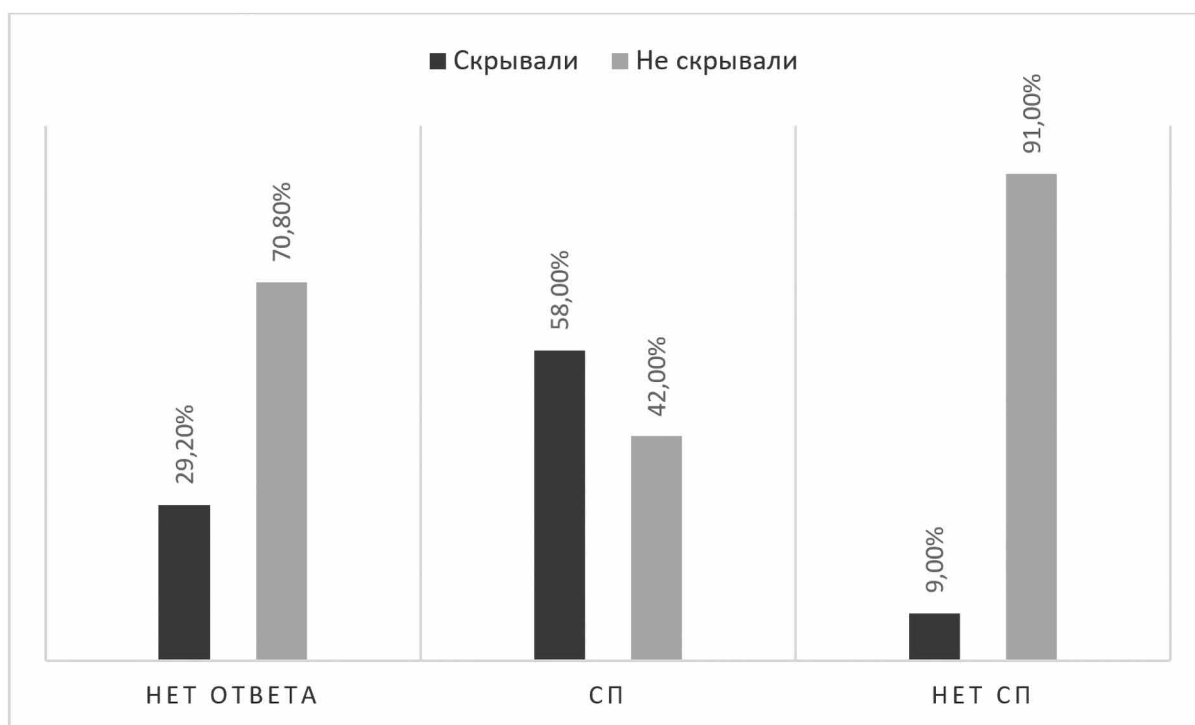


Рис. 3. Доля скрывавших/не скрывавших суицидальность среди признающих/не признавших суицидальные попытки.

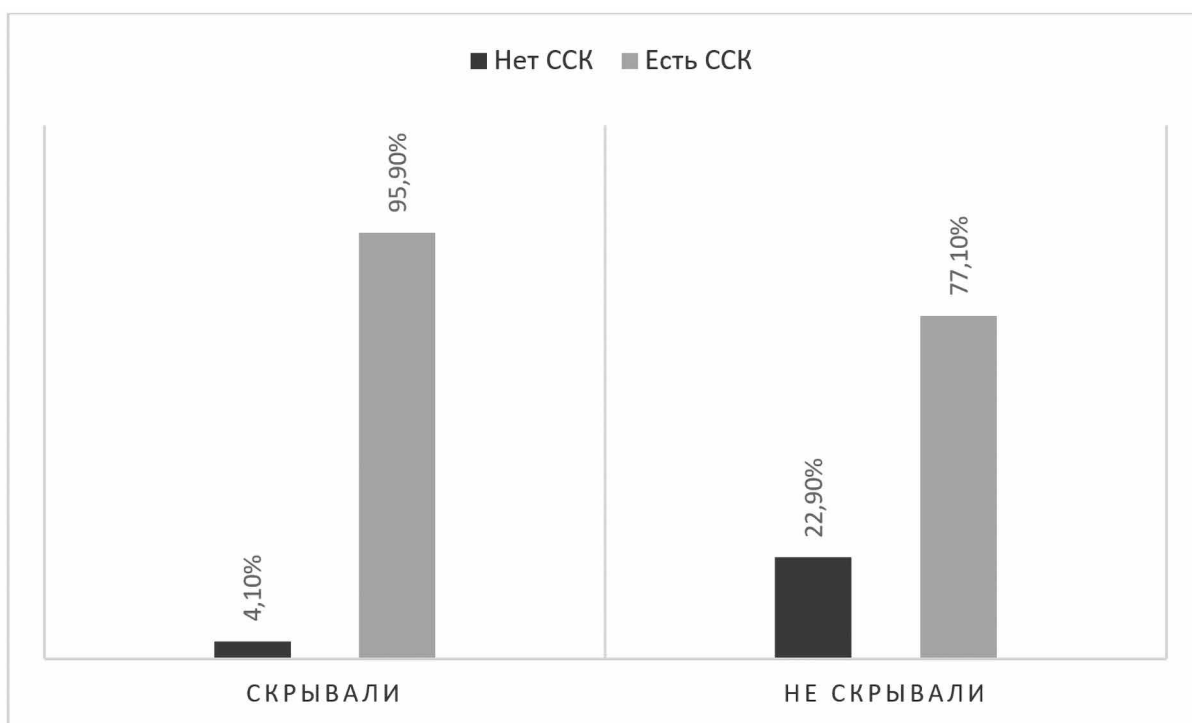


Рис. 4. Доля людей с синдромом суицидального кризиса (ССК) среди скрывавших/нескрывавших суицидальные мысли.

Таблица 1

О причинах диссимуляции суицидальности перед помогающим специалистом: примеры ответов

Тема	Пример ответа	Количество ответов
Активный отказ предоставить объяснение	«Потому», «не хочу», «почему “шо”?» и т.д.	6
Ответ «не знаю»	«Не знаю»	7
Неуместность	«Сессия ограничена по времени и стоит больших денег»; «было не к месту»; «опрос проводился не наедине с врачом, а в присутствии одноклассников (в кабинет заходили группами). В результате никто не хотел говорить о своих проблемах, все стеснялись»	11
Недоверие	«Из-за недостаточного к ним доверия»; «не готова о них с кем-либо говорить, в том числе с врачом»; «казалось, что не поймут и будет плохо»; «меня никто бы не понял и посчитал бы это глупостью»	17
Восприятие своей суицидальности как чего-то несерьезного	«Я считаю эти состояния временными и не требующими вмешательства врачей»; «потому что не считаю за попытку суицида»; «потому что знаю, что не сделаю с собой ничего, думаю, такие мысли возникают у многих»; «не хотелось говорить об этом, казалось глупым»; «потому что у БАР и при БАР хотеть умереть нормально»	20
Чувство стыда	«Стыдно»; «это спонтанное решение, за которое стыдно»; «кажется странным говорить об этом»	22
Страх, что об этом узнают родственники, страх стигмы, последствий для профессии, страх лечения	«Потому что я не хочу залечь в психушку. К тому же в нашей семье больные психическими расстройствами считаются сумасшедшими ублюдками»; «это бы вызвало море проблем и кучу вопросов, и так все не очень шикарно»; «боялась, что это повлияет на мою карьеру...»; «страх»; «боюсь реакции, которая последует в ответ. Мама может начать унижать и высмеивать “глупость/чушь”»; «не хотелось проблем с работой»; «боязнь российской медицины и подхода»	34

вводят зарубежные авторы [1, 3, 4]. Исследования вскрывают серьезную проблему: примерно 60% лиц с суицидальным поведением остаются без необходимой психологической и психиатрической помощи. Они не всегда могут справиться с проблемой самостоятельно и успешно. Более того, у

большинства респондентов, признавшихся, что они скрывали суицидальные мысли при общении с помогающим специалистом, наблюдался повышенный балл ОСК (95,9% от всех скрывавших). Им действительно требовалась специализированная помощь.

В исследовании были обнаружены гендерные различия в сокрытии суицидальности: трансгендеры и люди, скрывшие свою гендерную идентификацию, чаще скрывали факт суицидальных мыслей при общении с помогающим специалистом. Безусловно, к этой информации стоит относиться с осторожностью, поскольку в зарубежных исследованиях отмечают больший процент сокрытия среди мужчин, в частности, вследствие большей стигматизации и самостигматизации суицидального поведения мужчин [6, 16], и может быть так, что мужчины более устойчиво и последовательно не раскрывали свою суицидальность – как с медиками, так и в данном исследовании. Однако повышенный процент диссимилирующих среди лиц с гендерной дисфорией в российской выборке можно объяснить тем, что они в принципе боятся оказаться в системе психиатрической помощи и меньше доверяет специалистам (в зарубежном исследовании была обнаружена обратная тенденция: люди с нетрадиционной гендерной ориентацией чаще сообщали о своей суицидальности и исследователям, и клиницистам [4], и это объяснялось большей частотой встречаемости суицидальной идеации у ЛГБТ в целом).

Контент-анализ ответов на открытый вопрос о причинах сокрытия показал, что такое поведение возникает в первую очередь вследствие многочисленных страхов. Люди боятся оказаться непонятыми, подверженными чувству стыда и шире – стигме суицидента, опасаются ограничений и нежелательных последствий – как в семейном, так и в рабочем контексте. Эти же причины признаются за рубежом [8–11]. Проблема стигматизации и самостигматизации суицидентов остается серьезным препятствием для обращения к специалистам и для выздоровления [12], ею нужно заниматься на разных уровнях: на общественном, на микросоциальном, на индивидуальном. Помимо этого участники исследования писали о недоверии к специалистам, об ощущении неуместности упоминания о своей суицидальности, а также (яркий пример с диспансеризацией) об особом сеттинге, при котором трудно говорить о суицидальности вдумчиво и серьезно.

Проблему сокрытия суицидальности можно решить как посредством информирования

населения о возможностях получения специализированной доступной и конфиденциальной суицидологической помощи, так и путем создания специализированных служб в регионах, где они пока недоступны.

Кроме того, необходимо обучать население распознаванию признаков психологического неблагополучия и способов совладания с ним, более бережному и внимательному отношению к себе и друг к другу. Такое обучение можно проводить в школах и других учебных заведениях, а также на рабочем месте, с особым вниманием к профессиям, связанным с повышенным суицидальным риском [13]: сами медики, пожарные, военные, с одной стороны, больше подвержены стигме суицида, а с другой – имеют большую суицидальную готовность вследствие ежедневных столкновений с болью и смертью [17]. Также требуется обучать помогающих специалистов распознаванию суицидальности у клиентов и пациентов даже в случаях, когда они не говорят об этом напрямую. В частности, модель нарративного суицидального кризиса [14, 15, 18] позволяет клиницисту замечать и оценивать суицидальный нарратив собеседника и синдром суицидального кризиса.

Заключение

Проблема сокрытия суицидальности очень актуальна, однако она недостаточно исследована в российской психологии и психиатрии: нами обнаружены лишь работы о «забытых» суицидальных попытках пациентов с алкогольной зависимостью [19, 20]. Из-за диссимуляции люди отказываются от специализированной помощи, а их психоэмоциональное состояние, как правило, усугубляется самостигматизацией, страхом поделиться своими переживаниями с родными, близкими и медиками. Необходимо, чтобы помогающие специалисты помнили о возможности сокрытия суицидальности людьми, обращающимися за психолого-психиатрической помощью, умели находить подход к таким пациентам. Также важно создавать условия для оказания и получения квалифицированной суицидологической помощи, преодоления стигмы суицидента в обществе.

Фрагмент работы (дизайн исследования, перевод опросников, координация исследования, анализ данных, написание текста и редактирование статьи) выполнен К.А. Чистопольской в рамках Госзадания № 121041300179-3: «Разработка стационарных и динамических прогностических маркеров расстройств аффективного спектра и шизоаффективного расстройства на основе клинко-патогенетических, нейробиологических и психопатологических исследований».

ЛИТЕРАТУРА

1. McHugh C.M., Corderoy A., Ryan C.J. et al. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value // *British Journal of Psychiatry Open*. 2019. Vol. 5, No e1. P. 1–12. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.88>
2. Høyen K.S., Solem S., Cohen L.J. et al. Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: Rates and correlates // *Death Studies*. 2022. Vol. 46. No. 8. P. 823–831. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1879317>
3. Podlogar M.C., Rogers M.L., Chiurliza B. et al. Who are we missing? Nondisclosure in online suicide risk screening questionnaires // *Psychological Assessment*. 2016. Vol. 28, No. 8. P. 963–974. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000242>
4. Rogers M.L., Bloch-Elkouby S., Galynker I. Differential disclosure of suicidal intent to clinicians versus researchers: Associations with concurrent suicide crisis syndrome and prospective suicidal ideation and attempts // *Psychiatry Research*. 2022. Vol. 312. P. 114522. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114522>
5. Merelle S., Foppen E., Gilissen R. et al. Characteristics associated with non-disclosure of suicidal ideation in adults // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018. Vol. 15. P. 943. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15050943>
6. Balt E., Merelle S., van Bergen D. et al. Gender differences in suicide-related communication of young suicide victims // *PLoS ONE*. 2021. Vol. 16. No 5. P. e0252028. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252028>
7. Love H.A., LeFebvre L.E., Pederson J.R. Disclosure and non-disclosure of suicidality to romantic partners: Understanding the decision-making problem // *Journal of Social and Personal Relationships*. 2021. Vol. 38, No 9. P. 2421–2441. DOI: <https://doi.org/10.1177/02654075211008996>
8. Richards J.E., Whiteside U., Ludman E.J. Understanding why patients may not report suicidal ideation at health care visit prior to a suicide attempt: A qualitative study // *Psychiatric Services*. 2018. Vol. 70, No 1. P. 40–45. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800342>
9. Fulginiti A., Frey L.M. Exploring suicide-related disclosure motivation and the impact on mechanisms linked to suicide // *Death Studies*. 2019. Vol. 43, No 9. P. 562–569. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1504349>
10. Blanchard M., Farber B.A. “It is never okay to talk about suicide”: Patients’ reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy // *Psychotherapy Research*. 2020. Vol. 30, No 1. P. 124–136. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1543977>
11. McGillivray L., Rheinberger D., Wang J. et al. Non-disclosing youth: a cross-sectional study to understand why young people do not disclose suicidal thoughts to their mental health professional // *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22. P. 3. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03636-x>
12. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения // *Российский психиатрический журнал*. 2018. № 2. С. 10–18.
13. Kyron M.J., Podlogar M.C., Joiner T.E. et al. Allowing nondisclosure in surveys with suicide content: Characteristics of nondisclosure in a national survey of emergency services personnel // *Psychological Assessment*, 2020. Vol. 32, No 12. P. 1106–1117. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000949>
14. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Cao E. и др. Адаптация Опросника суицидального нарратива на российской выборке // *Суицидология*. 2020. Т. 11, № 4. С. 76–90. DOI: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04\(41\)-76-90](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90)
15. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Ениколопов С.Н. и др. Адаптация «Опросника суицидального кризиса» (SCI-2) на российской интернет-выборке во время эпидемии COVID-19 // *Суицидология*. 2022. Т. 13. № 1. С. 88–104. DOI: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01\(46\)-88-104](https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104)
16. Jones L.J., Iqbal Z., Airey N. et al. Barriers to help-seeking in suicidal men: A systematic literature review // *International Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 4, No 2. P. 1–5. DOI: <https://doi.org/10.33140/IJP.04.02.06>
17. Joiner T. Why people die by suicide. Harvard University Press, 2005. 288 p.
18. Galynker I. The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk. Oxford University Press, 2017. 344 p.
19. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // *Суицидология*. 2012. № 2. С. 21–23.
20. Меринов А.В., Лукашук А.В. «Забывте» суицидальные попытки у больных алкогольной зависимостью // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» / Ред. Н.Г. Незнанов. СПб: Альфа-Астра, 2015. С. 901.

REFERENCES

1. McHugh CM, Corderoy A, Ryan CJ, et al. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *British Journal of Psychiatry Open*. 2019;5(e1):1–12. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.88>
2. Høyen KS, Solem S, Cohen LJ, et al. Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: Rates and correlates. *Death Studies*. 2022;46(8):1823–31. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1879317>
3. Podlogar MC, Rogers ML, Chiurliza B, et al. Who are we missing? Nondisclosure in online suicide risk screening questionnaires. *Psychological Assessment*. 2016;28(8):963–74. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000242>
4. Rogers ML, Bloch-Elkouby S, Galynker I. Differential disclosure of suicidal intent to clinicians versus researchers: Associations with concurrent suicide crisis syndrome and prospective suicidal ideation and attempts. *Psychiatry Research*. 2022;312:114522. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114522>
5. Merelle S, Foppen E, Gilissen R, et al. Characteristics associated with non-disclosure of suicidal ideation in adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15:943. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15050943>
6. Balt E, Merelle S, van Bergen D, et al. Gender differences in suicide-related communication of young suicide victims. *PLoS ONE*. 2021;16(5):e0252028. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252028>
7. Love HA, LeFebvre LE, Pederson JR. Disclosure and non-disclosure of suicidality to romantic partners: Understanding the decision-making problem. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2021;38(9):2421–41. DOI: <https://doi.org/10.1177/02654075211008996>
8. Richards JE, Whiteside U, Ludman EJ. Understanding why patients may not report suicidal ideation at health care visit prior to a suicide attempt: A qualitative study. *Psychiatric Services*. 2018;70(1):40–5. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800342>
9. Fulginiti A, Frey LM. Exploring suicide-related disclosure motivation and the impact on mechanisms linked to suicide. *Death Studies*. 2019;43(9):562–9. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1504349>
10. Blanchard M, Farber BA. “It is never okay to talk about suicide”: Patients’ reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 2020;30(1):124–36. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1543977>
11. McGillivray L, Rheinberger D, Wang J, et al. Non-disclosing youth: a cross-sectional study to understand why young people do not disclose suicidal thoughts to their mental health professional. *BMC Psychiatry*. 2022;22:3. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03636-x>
12. Chistopolskaya KA, Enikolopov SN. [On the interrelation of mental health stigma and suicidal behavior]. *Rossiiskii psikhicheskiy zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]*. 2018;2:10–8. (In Russ.)
13. Kyron MJ, Podlogar MC, Joiner TE, et al. Allowing nondisclosure in surveys with suicide content: Characteristics of nondisclosure in a national survey of emergency services personnel. *Psychological Assessment*, 2020;32(12):1106–17. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000949>
14. Chistopolskaya KA, Rogers ML, Cao E, et al. Adaptation of the Suicidal narrative inventory in a Russian sample. *Suicidology*. 2020;11(4):76–90. (In Russian, in English) DOI: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04\(41\)-76-90](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90)

15. Chistopolskaya KA, Rogers ML, Enikolopov SN, et al. Adaptation of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) in a Russian internet sample during the COVID-19 epidemic. *Suicidology*. 2022;13(1):88–104. (In Russian, in English) DOI: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01\(46\)-88-104](https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104)
16. Jones LJ, Iqbal Z, Airey N, et al. Barriers to help-seeking in suicidal men: A systematic literature review. *International Journal of Psychiatry*. 2019;4(2):1–5. DOI: <https://doi.org/10.33140/IJP.04.02.06>
17. Joiner T. Why people die by suicide. Harvard University Press, 2005. 288 p.
18. Galynker I. The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk. Oxford University Press, 2017. 344 p.
19. Merinov AV. To the issue of the diagnosis of suicidal behavior in alcohol dependent patients. *Suicidology*. 2012;2:21–3.
20. Merinov AV, Lukashuk AV. “Zabytye” suitsidal’nye popytki u bol’nykh alkohol’noi zavisimost’yu. In: N.G. Neznanov, editor. XVI S’ezd psikhiatrov Rossii. Vserossiiskaya nauchno-practicheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem “Psykhiatriya na etapakh reform: Problemy i perspektivy”. Sbornik materialov konferentsii. Saint-Petersburg, Al’ta-Astra; 2015. P. 901.

МАСШТАБЫ И ПРИЧИНЫ СОКРЫТИЯ СУИЦИДАЛЬНОСТИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ПОМОГАЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТАМ: КОЛИЧЕСТВЕННО-КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

К.А. Чистопольская^{1, 2}, С.Н. Ениколопов³, Е.Л. Николаев⁴, В.С. Садовнича^{5, 6}, Н.А. Кравцова⁷, С.Э. Дровосеков⁸

¹ *Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва*

² *ГБУЗ «Городская клиническая больница имени А.К. Ерамишанцева ДЗМ», Москва*

³ *ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

⁴ *ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары*

⁵ *ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва*

⁶ *ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва*

⁷ *ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток*

⁸ *ГБОУ СОШ №93, Санкт-Петербург*

С целью оценки масштабов сокрытия суицидальности среди респондентов интернет-исследования, а также качественного изучения причин такого выбора был проведен опрос в российском сегменте Интернета с 16 июня 2020 по 27 мая 2021 г.; проанализированы ответы 720 респондентов, возраст которых от 18 до 72 лет ($M = 27,7$, $SD = 13$); 75,6% женщин, 20,7% мужчин, 3,7% другой гендерной идентификации. В результате была выявлена значимая связь между фактами диссимуляции, суицидальными мыслями и суицидальными попытками. 16,4% респондентов скрывали свою суицидальность при общении с медиками, 58% респондентов

с суицидальными попытками оказались незамеченными профессионалами, у 95,9% скрывавших наблюдался повышенный балл по опроснику «Опросник суицидального кризиса». Контент-анализ обнаружил, что сокрытие зачастую происходит из-за боязни обвинений, стыда, ограничений, нежелательных последствий, а также из-за преуменьшения проблемы суицидальных мыслей самими респондентами.

Ключевые слова: суицидальные мысли, суицидальное поведение, сокрытие, причины.

THE SCOPE AND THE REASONS FOR NON-DISCLOSURE OF SUICIDALITY TO HELPING PROFESSIONALS: A QUANTITATIVE-QUALITATIVE STUDY

KA Chistopolskaya^{1, 2}, SN Enikolopov³, EL Nikolaev⁴, VS Sadovnichaya^{5, 6}, NA Kravtsova⁷, SE Drovosekov⁸

¹ *Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of V. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow*

² *City Clinical Hospital named after A.K. Yeramishantsev, Moscow*

³ *Scientific Center for Mental Health, Moscow*

⁴ *I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary*

⁵ *Lomonosov Moscow State University, Moscow*

⁶ *Psychiatric Clinical Hospital No 4 named after P. B. Gannushkin, Moscow*

⁷ *Pacific State Medical University, Vladivostok*

⁸ *School No 93, St. Petersburg*

In order to assess the extent of concealment of suicidality among Internet survey respondents, as well as a qualitative study of the reasons for such a choice, a survey was conducted in the Russian segment of the Internet from June 16, 2020 to May 27, 2021; the responses of 720 respondents aged from 18 to 72 years ($M = 27.7$, $SD = 13$) were analyzed; 75.6% women, 20.7% of men, 3.7% of other gender identification. As a result, a significant relationship was revealed between the facts of dissimulation, suicidal thoughts and suicidal attempts. 16.4% of respondents hid their suicidality when

communicating with doctors, 58% of respondents with suicidal attempts turned out to be unnoticed by professionals, 95.9% of those who hid had an increased score according to the questionnaire «Suicide Crisis Questionnaire». The content analysis found that concealment often occurs due to fear of accusations, shame, restrictions, undesirable consequences, as well as due to the downplaying of the problem of suicidal thoughts by the respondents themselves.

Keywords: suicidal ideation, suicidal behavior, non-disclosure, reasons.

Чистопольская Ксения Анатольевна – младший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; медицинский психолог психиатрического отделения № 2 ГБУЗ «Городская клиническая больница имени А.К. Ерамишанцева ДЗМ» (Москва); e-mail: ksenia.chistopolskaya@yandex.ru (автор для корреспонденции)

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор, руководитель отдела клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва); e-mail: enikolopov@mail.ru

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» (Чебоксары); e-mail: pzdorovie@bk.ru

Садовничая Вероника Сергеевна – аспирант кафедры нейро-и патопсихологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»; медицинский психолог Психоневрологического диспансера № 19 – филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» (Москва); e-mail: veronika.sadovnichaya13@gmail.com

Кравцова Наталья Александровна – доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Владивосток); e-mail: kranatali@yandex.ru

Дровосеков Сергей Эдуардович – педагог-психолог ГБОУ СОШ №93 (Санкт-Петербург); e-mail: sergo.nevsky@yandex.ru