

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ОТКЛИК КЛИНИЦИСТА НА ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

A. Vespa, I. Galynker, K.A. Chistopolskaya

Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel», г. Нью-Йорк, США
ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» Департамента Здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия

CLINICIAN EMOTIONAL RESPONSE TO PATIENTS AT RISK OF SUICIDE: A REVIEW OF THE EXTANT LITERATURE

A. Vespa, I. Galynker, K.A. Chistopolskaya

Mount Sinai Beth Israel, New York, USA
Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia

Информация об авторах:

Allison Vespa – педагогический психолог (магистр) (Researcher ID: AAJ-4814-2021; ORCID ID: 0000-0002-9865-7224). Место работы и должность: стажер-исследователь в Лаборатории исследования и превенции суицидов, Медицинский центр «Маунт-Синай». Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, 10003, США. Электронный адрес: alv2105@gmail.com

Галынкер Игорь – врач-психиатр, кандидат медицинских наук, профессор (ORCID iD: 0000-0001-8083-9479). Место работы и должность: Директор лаборатории исследований и превенции суицидов и Центра исследования биполярного расстройства им. Ричарда и Синтии Зирински (Zirinsky), Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel». Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, 10003, USA. Электронный адрес: igalynke@gmail.com

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

Information about the authors:

Allison Vespa – MA, Psychology in Education (Researcher ID: AAJ-4814-2021; ORCID ID: 0000-0002-9865-7224). Place of work and position: Research Assistant in the Suicide Research and Prevention Lab, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. E-mail: alv2105@gmail.com

Galynker Igor – MD, PhD in Psychiatry, Professor (ORCID iD: 0000-0001-8083-9479). Place of work and position: Director of the Suicide Research and Prevention Lab and the Zirinsky Center for Bipolar Disorder, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. E-mail: igalynke@gmail.com

Chistopolskaya Ksenia A. – clinical psychologist (Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Place of work and position: clinical psychologist Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital. Address: Russia, 129327, Moscow, 15 Lenskaya st. Email: ktchist@gmail.com

Суицид – серьёзная проблема здравоохранения, которая занимает десятую строку среди ведущих причин смерти в США и ежегодно забирает в этой стране свыше 48 тысяч жизней. Во всём мире в 2016 году ежегодное количество смертей от суицида достигло 817 тысяч, а количество суицидальных попыток во всём мире достигает 25 миллионов каждый год. Хотя такие ошеломляющие показатели побуждают учёных и клиницистов искать предикторы и создавать диагностические инструменты, наша способность определять индивидов с высоким риском суицида и предсказывать возникновение суицидальных мыслей и действий (СМД) улучшилась незначительно, как и наша способность предсказывать, когда произойдёт суицидальное поведение. Соответственно, остаётся актуальной необходимость в улучшении краткосрочной оценки и превенции СМД, а также в создании и валидации клинических инструментов в помощь этим задачам. Один из путей, которым идут попытки превенции, – это учёт ситуации в системе здравоохранения, точнее, непосредственно реакции специалистов в сфере психического здоровья. В самом деле, клиническое суждение остаётся одним из самых надёжных инструментов установления суицидального риска среди пациентов, поскольку ведущие признаки, симптомы и предшествующие события суицидального поведения всё ещё трудно определять. В этой статье мы исследуем тему клинического контрпереноса как потенциального индикатора СМД пациента: начнём с истории контрпереноса, продолжим разбирать этот феномен в психологическом ключе, исследуем разные типы контрпереноса, переживаемые клиницистами (по-

зитивный, негативный, смешанный). Мы утверждаем, что присутствие смешанного ответа может стать подсказкой для суицидального поведения пациента в будущем. В то время как исследования в этой сфере ещё только зарождаются, данные наблюдения вызывают оптимизм, поскольку дальнейшие усилия можно направить на осознание таких ответов для предотвращения самоубийств.

Ключевые слова: суицид, превенция суицида, контрперенос, клиническое суждение, психотерапевтический альянс, MARIS

Суицид – серьёзная проблема здравоохранения, которая занимает десятую строку среди ведущих причин смерти в США и ежегодно забирает в этой стране свыше 48 тыс. жизней. Более того, по предварительным оценкам, только в 2019 году 1,4 млн взрослых совершили суицидальную попытку, а 12 млн взрослых серьёзно задумывались о самоубийстве [1]. Несмотря на существование национальной цели – снижения показателей самоубийств – суициды в стране выросли на 35% за последние 20 лет: с 10,5 на 100 тыс. нас. в 1999 году до 14,2 на 100 тыс. нас. в 2018 году [2]. К сожалению, последние годы не стали исключением: с 2000 по 2006 гг. прирост составил 1%, с 2006 по 2016 гг. – 2% и в 2017 г. – 4,9% [3]. Кроме того, предполагается, что чуть меньше 10 млн американцев задумываются о самоубийстве каждый год, и 1,3 млн каждый год пытаются покончить с собой [4]. Вызывает опасения, что эти показатели занижены, учитывая стигму суицида и проистекающее из этого нежелание сообщать о суицидальном акте.

Суицид вызывает беспокойство не только в США, но представляет серьёзную проблему по всему миру. В самом деле, ВОЗ назвал её критическим вопросом здравоохранения в своём «Общем плане действий в сфере психического здоровья» [5]. Мировые ежегодные показатели смертности вследствие суицида в 2016 составили 817 тысяч человек, увеличившись с 1990 по 2016 гг. на 6,7% [6]. Суицидальных попыток в мире совершается ещё больше, их количество предположительно достигает 25 млн ежегодно [7]. Ошеломляющие показатели самоубийств в США и по всему миру побуждают учёных исследовать факторы риска, связанные с суицидальностью, а также изучать эффективность разных видов лечения и формировать программы предикции суицидального поведения [8]. Эти исследования, без сомнения, углубили наше понимание природы суицидальных мыслей и действий (СМД) и способствовали развитию множества моделей и теорий по данному вопросу. Однако наша способность определять людей с высоким риском суицида и предсказывать СМД улучшилась со временем лишь незначительно, как и наша способность предсказывать, когда произойдет суицидальное поведение [9]. Соответственно, остаётся актуальной потребность в улучшении оценки риска и превенции СМД в краткосрочной перспективе, как и формирование и валидизация клинических инстру-

Suicide is a major public health concern, representing the 10th leading cause of death and claiming the lives of over 48,000 individuals in the United States each year [1]. Moreover, estimates suggest that in 2019 alone, 1.4 million adults made a non-lethal suicide attempt and 12 million adults had serious thoughts of suicide [1]. Despite national goals to decrease the suicide rate, figures have steadily increased by 35% over the past twenty years, from 10.5 per 100,000 in 1999 to 14.2 per 100,000 in 2018 [3]. Unfortunately, recent years have been no different with rates increasing 1% between 2000-2006, 2% from 2006-2016, and 4.9% in 2017 [3]. Furthermore, it is estimated that just under 10 million Americans contemplate suicide each year, and 1.3 million attempt the act on an annual basis [4]. Alarming, these rates are likely to be conservative given the current stigma of suicide and subsequent reluctance to report such an act.

Suicide is not only a growing concern in the United States, but represents a major concern throughout the world. Indeed, it is recognized as a critical public health issue by the World Health Organization (WHO) in its Comprehensive Mental Health Action Plan [5]. Worldwide estimates of annual deaths caused by suicide were 817,000 in 2016, increasing 6.7% between 1990 and 2016 [6]. The number of global suicide attempts are even higher, reaching an estimated 25 million each year [7]. The staggering rates of suicide in the United States and across the world have prompted countless efforts by researchers to identify risk factors associated with suicidality, investigate the efficacy of treatments, and work towards accurate prediction of suicide [8]. This research has undoubtedly deepened our understanding about the nature of suicidal thoughts and behaviors (STBs) and has informed the development of many models and theories on the subject. Nevertheless, our ability to identify individuals at high risk for suicide and predict the occurrence of suicidal thoughts and behaviors (STBs) has not meaningfully improved in this timeframe, nor has our ability to predict when suicidal behaviors will occur [9]. Accordingly, there remains a need to improve our assessment and prevention of STBs in the short term, as well as de-

ментов для этих задач [10].

Воздействие на клиницистов

Один из путей, которым идут попытки превенции, – это учёт ситуации в системе здравоохранения, точнее, непосредственно реакции специалистов в сфере психического здоровья. Хотя не существует чёткого и однозначного портрета суицидента, на решение покончить с собой часто влияет ограниченное число взаимосвязанных факторов, и проблемы психического здоровья часто лежат в основе 90% случаев. Текущие данные показывают, что большинство людей, возможно, 2/3 погибших вследствие суицида ежегодно, за год до смерти контактировали с психиатрическими службами. Контакты происходят через непосредственное обращение к психиатру, по направлению от терапевта, через амбулаторную психиатрическую помощь, через отделения больниц скорой помощи или госпитализацию в психиатрическую больницу [11]. Более того, авторы обнаружили, что чаще всего с такими пациентами сталкиваются терапевты (54,0%), затем по частоте обращений идет визит к психиатру (39,8%), обращение в «скорую психиатрическую помощь» (31,1%) и госпитализация в психиатрическую больницу (21,0%). Эти данные указывают, что программы превенции суицидов лучше всего подходят для системы здравоохранения в целом и психиатрической службы в частности.

Ещё точнее, очень часто с суицидентами сталкиваются терапевты, психиатры, психологи-консультанты и другие специалисты в сфере психического здоровья. Большинство клиницистов, от 50 до 95%, работают с пациентами, высказывающими суицидальные мысли или имеющими историю суицидального поведения [12]. Опросы показывают, что как минимум половина респондентов-психиатров за свою карьеру пережили смерть пациента вследствие суицида [13]. Хотя взаимодействие с суицидальными пациентами – дело обыденное, это общение может нелегко даваться многим клиницистам. Действительно, было показано, что работа с суицидальными пациентами – главный рабочий стрессор для терапевтов, а смерть пациента вследствие самоубийства считается профессиональным риском для специалистов в сфере психического здоровья [14-16].

Смерть пациента вследствие суицида – тяжёлый удар для клинициста, потенциально рушащий его карьеру [14, 17, 18]. В то время как другие медики воспринимают смерть пациента как неприятный, но порой неизбежный исход течения болезни, специалисты в сфере психического здоровья часто переживают суицид пациента как личную неудачу [19, 20]. После суицида пациента многие клиницисты переполнены чувствами горя, вины, стыда, страха обвинений и сомнений в себе [18]. И не только смерть пациента может вы-

velop and validate clinical instruments to aid in this effort [10].

Effect on Clinicians

One avenue in which prevention efforts have focused is that of health care, specifically mental health professionals. Although there is no singular profile of a person who dies by suicide, indeed often a number of intertwined factors that result in the decision, mental illness is at the core of more than 90% of the cases. Current data suggests that a majority of people, perhaps as much as two-thirds, who die by suicide each year have had mental health care contact within the previous year prior to death, with specialized mental health services being the most common access point among those with mental health care contact. Mental health care can be accessed through direct contact, primary care referrals, ambulatory psychiatric services, emergency departments or inpatient care settings [11]. Furthermore, authors [11] found a mental health focus with a primary care physician to be the most common point of contact (54.0%), followed by an outpatient psychiatric visit (39.8%), a mental health emergency department visit (31.1%), and a mental health hospitalization (21.0%). These findings point to the fact that suicide prevention programs would be best suited and designed for the broadly-defined mental health care professional realm.

Narrowing in a bit further, the far too common nature of suicide is also reflected in the experience of therapists, psychiatrists, counselors, and other mental health professionals. The majority of mental health clinicians, estimates range from 50% to 95%, have worked with patients expressing suicidal ideation or a history of suicidal behaviors [12]. Surveys indicate that as many as half of all psychiatrists will lose a patient to suicide in their career [13]. Though interaction with suicidal individuals is commonplace, these interactions can be taxing for many clinicians. In fact, working with suicidal patients has been found to top the list of work stressors for therapists and suicide death of a patient is a recognized as an occupational hazard for mental health professionals [14-16].

The loss of a patient by suicide has a profoundly disturbing and potentially career-ending impact on clinicians [14, 17, 18]. Where other healthcare professionals experience of the death of a patient as an unfortunate, yet sometimes inevitable, consequence of an illness, mental healthcare providers often experience the suicide death of a patient as a personal therapeutic failure [19, 20]. Following the suicide death of a patient, many clinicians are flooded with responses like grief,

звать мощные эмоциональные реакции, но и сама работа с суицидальным человеком вызывает сильные чувства у клинициста. И без того трудная работа с суицидальными пациентами усложняется отсутствием надёжных инструментов оценки суицидального риска, что делает оценку и лечение суицидальности невероятно тяжёлым предприятием как для опытных, так и для молодых клиницистов. Доля суицидальных пациентов, которые действительно обращаются в систему здравоохранения и получают помощь перед актом самоубийства, свидетельствует об упущенных возможностях для целенаправленной превенции и интервенции. В этом смысле, созданные шкалы оценки суицидального риска и диагностические инструменты помогают обнаружить факторы проксимального и дистального риска, ведущие к СМД.

Модели оценки суицидального риска

Модульная оценка риска близкого суицида (Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide, MARIS) – один из диагностических инструментов, способных помочь в оценке краткосрочного суицидального риска. MARIS был сформирован на основе четырёх гипотез: что состояние пациента важно для оценки краткосрочного суицидального риска, что необходима косвенная оценка суицидального риска (не опирающаяся на раскрытие пациентом суицидальных мыслей), что традиционные факторы риска также стоит учитывать, и что эмоциональный отклик клиницистов на суицидальных пациентов несёт в себе важную информацию [21]. Соответственно, в MARIS четыре модуля, два заполняются пациентами для оценки их пресуицидального когнитивного и эмоционального состояния (Модуль 1) и для оценки их отношения к самоубийству (Модуль 2), а два оставшихся модуля заполняет клиницист, ведущий пациента, для оценки традиционных факторов риска (Модуль 3) и собственных эмоциональных откликов на пациента (Модуль 4). В целом, все четыре модуля пытаются уловить явные и скрытые измерения суицидальности, а также традиционные краткосрочные и долгосрочные факторы риска.

Собственно Модуль 4, эмоциональные отклики клиницистов на пациентов, измеряются краткой версией «Опросника терапевтического отклика – Суицидальность» (Therapist Response Questionnaire – Suicide Form, TRQ-SF; [22]) на основе оригинального Опросника TRQ [23]. Как уже говорилось, специалисты в сфере психического здоровья играют ключевую роль в превенции суицидального риска, и управление своим эмоциональным откликом на пациентов, иначе говоря, своим контрпереносом, напрямую связано с исходом лечения [24-26]. И действительно, в нескольких недавних исследованиях было показано, что эмоциональные отклики клиницистов на пациентов связаны с тяжестью

shame, guilt, fear of blame, and self-doubt [18]. Not only does the death of a patient by suicide have the potential to elicit powerful emotional reactions, it is clear that the high-stakes task of working with suicidal individuals can also elicit strong emotional reactions on the part of the clinician. The potential for clinical judgement to be influenced by the taxing nature of work with suicidal individuals, combined with the lack of reliable suicide risk assessment tools, makes both assessment of suicide risk and treatment of suicidality a monumental undertaking for experienced and inexperienced clinicians alike. The proportion of suicidal patients who do, in fact, receive mental healthcare prior to completing suicide represents a sizable missed opportunity for targeted intervention and suicide prevention. To this end, suicide risk assessment scales and diagnostic tools have been developed to uncover a set of both proximal and distal risk factors that lead to STBs.

Suicide Risk Assessment Models

The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS) is one such diagnostic tool that may aid in the assessment of short-term suicide risk. The MARIS was developed based on four premises: that state-dependent risk factors are important in characterizing short-term suicide risk, that indirect assessment of suicide risk (i.e., not relying on the disclosure of suicidal ideation) is needed, that traditional risk factors should be considered, and that clinicians' emotional response to suicidal patients is informative [21]. Consequently, the MARIS has four modules, two of which are completed by patients to assess their pre-suicidal cognitive and emotional states (Module 1) and their attitudes toward suicide (Module 2), and two of which are completed by patients' clinicians to assess traditional risk factors (Module 3) and clinicians' emotional responses towards the patient (Module 4). Overall, the four modules aim to capture both explicit and implicit dimensions of suicidality, as well as traditional short-term and long-term risk factors.

Narrowing in to Module 4, clinicians' emotional responses to their patients are measured using the abbreviated version of the Therapist Response Questionnaire – Suicide Form [22], adapted from the original TRQ [23]. As discussed, mental health professionals play a pivotal role in suicide risk prevention, and proper management of emotional responses to patients, otherwise known as countertransference, is directly correlated with therapeutic outcome [24-26]. Indeed, clinicians' emotional responses to patients have been associated with the severity of their sui-

суицидального риска [27, 28].

На сегодняшний день три работы исследовали потенциальную полезность полной шкалы MARIS в связи с суицидальными мыслями и действиями.

Во-первых, учёные исследовали ценность многомерного инструмента для предсказания краткосрочного риска суицида и доказательств концепции [29]. В выборке 136 взрослых психиатрических пациентов MARIS предсказывал суицидальное поведение в промежутке от 4 до 8 недель после выписки из больницы надёжнее, чем стандартные инструменты для оценки суицидального риска, как, например, Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности (C-SSRS, [30]). MARIS показал высокую чувствительность и специфичность в определении риска краткосрочного суицидального поведения (OR=19,1, чувствительность 0,83, специфичность 0,79). Первичный анализ показал потенциальную полезность использования MARIS для определения пациентов с высоким риском суицидального поведения после выписки из стационара.

Во-вторых, группа учёных [21] уточнила эти выводы, определив надёжность и совокупную валидность MARIS на большей выборке психиатрических стационарных и амбулаторных пациентов (618 человек). В этой выборке Модули 1 и 4 показали высокую надёжность и были положительно связаны с СМД на протяжении жизни и за последний месяц, в то время как Модули 2 и 3 – нет. Отметим, что в этом исследовании оценивалась только связь с прошлым и текущим суицидальным риском, а предсказательная валидность не проверялась. Однако эти два исследования свидетельствуют о хороших психометрических качествах, совокупной и предсказательной валидности инструмента MARIS.

В-третьих, группа исследователей Медицинского центра Маунт-Синай, Нью-Йорк (M. Rogers, A. Vespa, S. Bloch-Elkouby, I. Galynker), повторили и уточнили результаты этих исследований, изучив отношение между MARIS и СМД спустя месяц после выписки на большой выборке психиатрических стационарных и амбулаторных пациентов. Выборка из 1039 психиатрических пациентов (278 стационарных, 661 амбулаторных) и их клиницистов (144 специалиста) заполняли в начале лечения батарею тестов, и 670 пациентов заполнили тесты спустя месяц после лечения. Общий балл MARIS предсказывал СМД спустя месяц даже после контроля СМД при обращении. Более того, Модуль 1 и шкала дистресса в Модуле 4 коррелировали с СМД спустя месяц, даже с учётом СМД при обращении. Модули 2 и 3, напротив, показали низкую внутреннюю согласованность. В целом, шкалы для пациентов и для клиницистов предсказывали СМД спустя месяц, что показывает необходимость интеграции эмоциональных

suicide risk in several recent studies [27, 28].

To date, three studies have examined the potential utility of the full MARIS in relation to suicidal thoughts and behaviors. First, Hawes and colleagues [29] examined the value of a multi-informant tool to understand short-term risk for suicide in a proof-of-concept study. Among a sample of 136 adult psychiatric patients, the MARIS was incrementally predictive of suicidal behavior in the four-to-eight week period following hospital discharge, above and beyond the standard measure for suicide risk assessment, the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS [30]). The MARIS demonstrated strong sensitivity and specificity in identifying risk of short-term suicidal behavior (OR = 19.1, sensitivity = .83, specificity = .79). This initial analysis demonstrated the potential utility of using the MARIS to identify patients at high risk for suicidal behavior post-hospital discharge. Second, R. Calati and colleagues [21] extended these findings by establishing the reliability and concurrent validity of the MARIS in a larger sample of 618 psychiatric inpatients and outpatients. In this sample, Modules 1 and 4 demonstrated strong reliability and were positively associated with lifetime and past month STBs, whereas Modules 2 and 3 were not. Notably, this study only assessed relations with retrospective and current suicide risk; the predictive validity of the MARIS was not tested. Together, however, these two studies provided evidence for the initial psychometric properties and concurrent and predictive validity of the MARIS.

Third, the research group from the Mount Sinai Medical Center, New York (M. Rogers, A. Vespa, S. Bloch-Elkouby, I. Galynker) replicated and extended these findings by examining relationships between the MARIS and suicidal thoughts and behaviors at a one-month follow-up assessment in a large sample of psychiatric inpatients and outpatients. A sample of 1039 psychiatric patients (378 inpatients, 661 outpatients) and their clinicians (N = 144) completed a battery of measures at baseline; 670 patients completed the one-month follow-up assessment. MARIS total scores predicted suicidal thoughts and behaviors at one-month follow-up, even after controlling for baseline suicidal thoughts and behaviors. Moreover, both Module 1 and the Distress subscale of Module 4 were uniquely associated with suicidal thoughts and behaviors at one-month follow-up, controlling for baseline suicidal thoughts and behaviors. Modules 2 and 3, on the other hand, exhibited poor internal consistency. Overall, both patient- and clinician-rated indices are uniquely

откликов клиницистов в оценку суицидального риска. Таким образом, краткая версия, состоящая из двух модулей (MARIS-2) является интегративным, психометрически обоснованным и клинически полезным инструментом, который можно применять в клинических условиях для оценки краткосрочного суицидального риска.

Контрперенос

Помимо MARIS, несколько других диагностических инструментов показали высокую предсказательную ценность [8]. При этом суждение клинициста остаётся одним из самых надёжных инструментов установления суицидального риска пациента, потому как признаки, симптомы и предшествующие суицидальные события в жизни пациента не всегда удаётся определить [31]. Клиницисты часто полагаются на собственное суждение, когда принимают решение о лечении, объединяя рациональные факторы, такие как собранный анамнез, и эмоциональные факторы, полученные на основе эмоционального отклика специалиста (в широком смысле, на свой контрперенос) на пациента [22]. Как указывают J. Hayes и соавторы [32], понятие эмоционального отклика клинициста, также называемого контрпереносом в психодинамическом направлении, претерпело сильное развитие с момента ввода термина в психологию З. Фрейдом на заре XX века. В действительности, термин теперь используют специалисты в когнитивно - поведенческом направлении и исследователи, которые утверждают, что он стал транстеоретическим [33-35]. З. Фрейд использовал термин для описания бессознательной и конфликтной реакции психоаналитика на перенос пациента. В изначальном, классическом понимании, контрперенос рассматривался как проблемный феномен, требующий минимизации или полного искоренения [32], чтобы клиницист мог поддерживать строгую объективность. В то время как З. Фрейд не распространялся об этом явлении подробно, его взгляд на эту тему продолжали развивать вплоть до 1950-х гг., когда возникла тоталистская концепция контрпереноса [36].

Тоталистская концепция принадлежит другой стороне спектра. В ней все реакции терапевта на пациента важны и должны быть изучены и поняты как потенциальные возможности излечения. Такая смена позиции помогла оправдать феномен и взглянуть на него не только как на негативное явление, но и как на потенциально полезное для работы и лечения. Прислушиваясь к своим внутренним реакциям, клиницисты могут достичь лучшего понимания себя и своих пациентов.

Комплиментарный и реляционный взгляды на контрперенос находятся примерно на середине спектра. Комплиментарный взгляд рассматривает эмоциональный отклик клинициста как дополнение к стилю

predictive of suicidal thoughts and behaviors at one-month follow-up, highlighting the need for of integrating clinicians' emotional responses into suicide risk assessment. A briefer, two-module version of MARIS (MARIS-2) is such an integrative, psychometrically sound, and clinically useful instrument that can be utilized in clinical settings to assess short-term suicide risk.

Countertransference

Apart from MARIS, few other diagnostic tools have demonstrated strong positive predictive value [8]. As such, clinician judgement remains one of the most relied upon tools for establishing suicide risk among patients as identifying signs, symptoms, or precipitating events are difficult to accurately distinguish [31]. Clinicians rely upon their clinical judgement greatly when making treatment decisions, synthesizing both rational factors, such as information gathered from clinical history, and emotional factors informed by the clinician's emotional responses (broadly speaking, their countertransference) to the patient [22]. As posited by Hayes et al. [32], the concept of clinician emotional response, referred to as countertransference in the psychodynamic literature, has evolved greatly since it was coined by Freud at the turn of the 20th century. In fact, the term has now been adopted by some cognitive-behavioral clinicians and researchers who argue that it has now become trans-theoretical [33-35]. Freud used the term to describe the psychoanalyst's unconscious and conflict-based reaction to the patient's transference. In this original, classical view, countertransference was viewed as a problematic phenomenon that needed to be minimized or eliminated completely [32], as the clinician maintains a strict objectivity. While Freud did not expand upon the phenomenon at length, his view on the subject persisted until the 1950s when a totalistic conception of the phenomenon emerged [36].

The totalistic perspective largely falls on the other end of the spectrum. Countertransference through this lens asserts that all of the therapist's reactions to the patient are important, and must be studied and understood as potential pathways to therapeutic health. This change in view helped to legitimize the phenomenon beyond a mere negative occurrence, as potentially beneficial to the work and treatment. By understanding their internal reactions, clinicians can gain a better understanding of both themselves and their patients.

The complementary and relational perspectives fall somewhere in the middle of the countertransference spectrum. The former views a clinician's emotional reactions as a

отношения пациента [37, 38], то есть вызванные эмоции – это подсказки к пониманию межличностного стиля пациента, и хорошо обученный психотерапевт поймёт внутренние изменения и использует их для формирования соответствующего лечения. Такая информация критически важна, так как позволяет психотерапевту понять, как пациент видит мир вокруг себя, и выбрать самый эффективный способ психотерапевтических вмешательств. Реляционный взгляд понимает контрперенос как взаимно конструируемое напряжение между клиницистом и пациентом [39]. Потребности, неразрешённые конфликты, действия обоих участников вносят вклад в то, что происходит в течение сессии [32].

Хотя термин можно понимать в рамках разных концепций, он стал широко использоваться в повседневной речи специалистов для описания эмоционального отклика клинициста на своего пациента [25, 32]. В самом деле, различия между этими определениями: классическим, тоталистским, комплиментарным и реляционным, – редко учитываются при обсуждении феномена, и даже в эмпирических исследованиях не упоминается существование множества взглядов. Вместо этого используется широкое определение, которое операционализируется посредством таких шкал как «Опросник психотерапевтического отклика» (TRQ), оценивающих широкий набор эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций на пациента [40]. Тем не менее, «широкое» определение, похоже, уходит от классической точки зрения, делая упор на потенциальной важности клинической оценки и вписывая контрперенос в контекст психотерапевтического альянса и исхода лечения. Действительно, множество исследований выявляет разные паттерны отклика клинициста на различные характеристики пациента, включая депрессию и разные формы личностной патологии [23, 41, 42]. В рамках данного обзора, термины «контрперенос» и «эмоциональный отклик клинициста» будут использоваться как равноценные и означать эмоциональную реакцию клиницистов на взаимодействие с пациентом, имеющим суицидальный риск.

Феномены негативного контрпереноса

Контрперенос неизбежен в любых отношениях пациента и клинициста и особенно силён, если пациент задумывается о самоубийстве. Хотя существует очень мало эмпирических исследований о феноменах контрпереноса в психотерапевтической работе с суицидальными пациентами, есть свидетельства, что большинство клиницистов замечают негативный эмоциональный отклик по отношению к своему собеседнику. J. Maltzberger и D. Buie [43] изначально назвали этот негативный отклик «ненавистью в контрпереносе», и описали смесь отторжения и злости, которую испыты-

complement to the patient's style of relating [37, 38]; that is, the elicited emotions are clues to the patient's interpersonal style, and a well-trained therapist will both understand these internal changes and use them to frame appropriate treatment. Such information is key as the therapist can then understand how the patient views the world around them and therefore ascertain the most effective manner in which to deliver therapeutic interventions. The latter views countertransference as a mutually constructed force between the clinician and patient [39]. The needs, unresolved conflicts, and behaviors of both participants are said to contribute to the occurrence of the phenomenon in a session [32].

Nevertheless, while the term can be viewed from many different angles, the term has broadly come to be defined in everyday vernacular to describe any emotional response a clinician may have to his or her patient [25, 32]. Indeed, distinctions between the four perspectives – classical, totalistic, complementary, and relational definitions are infrequently made when discussing the phenomenon, nor do many empirical studies even mention the existence of the numerous views, instead utilizing a broad definition and operationalizing using scales such as the Therapist Response Questionnaire (TRQ) which assess a wide array of emotional, cognitive, and behavioral reactions to the patient [40]. Nevertheless, this 'broad' definition does seem to steer away from the classical perspective, emphasizing the potential importance of a clinician's assessment and understanding of countertransference for the sake of the therapeutic alliance and outcome. In fact, a substantial body of research has identified distinctive patterns of clinician response to various patient characteristics including depression and various forms of personality pathology [23, 41, 42]. For the purposes of this review, the terms countertransference and clinician emotional response will be used interchangeably to refer to the emotional reaction experienced by clinicians in response to interacting with a patient at risk of suicide.

Negative Countertransference Phenomena

Countertransference is inevitable in every clinician-patient relationship, and is especially intense when patients are considering suicide. While there remains a dearth of empirical research on the countertransference phenomena in relation to therapeutic work with suicidal patients, evidence suggests that most clinicians will have negative emotional responses in such dyads. J. Maltzberger and D. Buie [43] initially termed this negative response as "countertransference hate," which is a mixture of clini-

вает клиницист к пациенту во время совместной работы. Если эти чувства не замечены и не осознаны клиницистом, с пациентом могут сформироваться нездоровые психотерапевтические отношения, и предположительно потребуются прерывание этих отношений и даже отказ от пациента.

Дополнительная сложность возникает, если признать факт, что контрперенос действует на сознательном, предсознательном и бессознательном уровне. Эти типы эмоций могут быть особенно трудновыносимы для медиков, которые не являются специалистами в сфере психического здоровья, и особенно для тех, кто стремится к объективности и эмпатии в своей работе. Баланс между объективностью и эмпатией трудно удерживать в работе с любым пациентом, и это особенно трудно, если пациент раздумывает о самоубийстве. К примеру, М. Pompili [44] определяет эмпатию как понимание и переживание эмоций с точки зрения собеседника, частичное размывание границ между «Я» и «Другим». Клиницист, однако, должен поддерживать это разделение между «Я» и объективностью, чтобы начался процесс исцеления. Это критически важная и невероятно трудная задача на биологическом и нейронном уровне. Исследования визуализации мозга с помощью фМРТ показали, что определённые области мозга активируются, когда человек выполняет какое-либо действие и когда он видит, как другой делает то же самое. Эти области мозга содержат зеркальные нейроны, обычно их называют системой зеркальных нейронов человека, и эта система работает и при действии, и при наблюдении за действием – эта логика синонимична эмпатическому ответу [44].

Когда источник этих чувств, некие переживания отторжения и злости переживаются клиницистом, а возможный источник их не осознаётся, клиницист порой обращает эти чувства на себя, вовнутрь. М. Pompili [44] утверждает, что такой ответ – скорее всего механизм страха, связанный с эмоциональным отчуждением, сниженной эмпатией и отключением зеркальных нейронов. В этом сценарии, столкнувшись с переживанием злости по отношению к пациенту, клиницист перенаправляет отрицательные эмоции на самого себя («Я не пациента ненавижу, а себя. Это мне не хватает навыков и способностей помочь пациенту»), что приводит к переживаниям несоответствия, беспомощности, безнадежности [43]. Вместо этого, верное понимание нейропсихобиологических реакций должно способствовать осознанию суицидального риска клиницистом.

Кроме того, существует исследование, в котором выдвигается гипотеза о столкновении мировоззрений и ценностей психотерапевта и суицидального пациента [45]. В исследовании психиатров и молодых людей

клиницистической отвращения и злобы к пациенту во время совместной работы. Unless these emotions are recognized and processed by the clinician, the potential for the formation of an unhealthy therapeutic relationship between the clinician and patient is present, as well as the potential need to abandon the relationship or patient altogether.

An added layer of complexity arises when acknowledging the fact that transference operates on the clinician's conscious, preconscious, and unconscious psychic levels. These types of emotions can be increasingly difficult to bear for non-mental health professionals, let alone those who strive for objectivity and empathy within their specialized realm. This dynamic between objectivity and empathy is difficult to balance regardless of the patient, and of course becomes that much more difficult with those contemplating a self-injurious fatal act. Indeed, M. Pompili [44] defines empathy as understanding and experiencing emotions from the perspective of another, a partial blurring of lines between the self and other. Clinicians, however, must maintain this separation of self and objectivity for the healing process to take root. This is a crucially important and incredibly difficult task down to a biological and neurological level. Brain imaging with fMRI studies have shown that the same areas of the brain are activated when an individual performs a certain action as when they see another perform the same action. These brain regions contain mirror neurons, commonly defined as the human mirror neuron system, which translate seeing and doing in the same region of the brain; this logic is synonymous when considering empathetic responses [44].

When the source of these feelings, or variants, of aversion and malice are felt by the clinician, and the potential source perhaps unknown, the clinician can sometimes turn these feelings inward. M. Pompili [44] argues that this response is likely to be a fear mechanism associated with emotional detachment, reduced empathy, and mirror neuron disconnection. In this scenario, when confronted with feelings of malice towards the patient, the clinician redirects these negative emotions towards the self, (“It is not the patient that I hate, it is myself. I lack the competence and ability to help my patient”) resulting in feelings of inadequacy, helplessness, and hopelessness [43]. Proper understanding of neuropsychobiological reactions should therefore also pave the way to awareness towards suicide for those dedicated to helping such individuals.

Besides, there is a study that proposes a

после суицидальной попытки в качестве независимых респондентов было показано, что эти группы обнаруживают расходящиеся взгляды на смерть, разные временные ориентации и стили привязанности. В то время как на взгляды суицидентов на смерть влияет ориентация гедонистического настоящего и пациенты высказывают опасения о том, что будут чувствовать их близкие после их смерти, взгляды психиатров на смерть гораздо более мрачные и противоречивые. Психиатры также были больше ориентированы на будущее, менее тревожны и более избегающи в привязанности. Эти различия потенциально могут провоцировать раздражение и фрустрацию психиатров, работающих с такими клиентами, и могут пролить свет на то, почему психотерапевты испытывают дискомфорт в рабочем альянсе с суицидальными пациентами, а также дают подсказку, как справляться с этими чувствами.

J. Birtchnell [46] включает в эту концепцию тревогу, раздражение и избегание клинициста по отношению к суицидальным пациентам. В самом деле, в исследовании психиатров-ординаторов в скорпомощном отделении клинической больницы обнаружилось, что ординаторы испытывали теплые чувства к пациентам с низким риском суицида, и тревогу и раздражение к тем, кто проявлял суицидальные тенденции [47]. Более того, существует качественное исследование [48], несколько уходящее за пределы темы контрпереноса и суицидальных мыслей, посвящённое контрпереносу на пациентов, требующих эвтаназии. Терапевты, столкнувшиеся с таким запросом, сообщали о чувствах тревоги, ошеломлённости и беспомощности. Недавно было показано, что негативные эмоциональные отклики клиницистов на пациентов с суицидальными мыслями включают специфические реакции, такие как чувство безнадежности, смятения, дистресс и ощущение, будто жизнь пациента имеет мало ценности и смысла [49].

Феномены позитивного контрпереноса

Хотя контрперенос долго считался негативным явлением в психотерапевтических отношениях, отмечают и положительные качества этого феномена [31]. В самом деле, некоторые клиницисты испытывают желание защитить пациента, чувство заботы и даже бережности по отношению к пациенту [50-52], переживания, которые потенциально способны укрепить психотерапевтический альянс, в то время как другие специалисты надеются на позитивный исход лечения [31]. Более того, «ненависть в контрпереносе», описанная выше, может иметь противоположный эффект на клиницистов, а именно, авторы концепции утверждают [43], что клиницисты могут переформулировать тревогу и страх за суицидального пациента в фантазийное состояние, в котором клиницист стремится спасти или полностью излечить пациента от мыслей о смерти. Хотя, безус-

clash of worldviews and values when psychotherapist meets suicidal client [45]. In a survey with psychiatrists and young people after a suicide attempt as independent respondents, it was shown that these groups reveal quite a different view on death, time orientations, and attachment styles. While suicidals' attitudes on death were influenced by Present Hedonistic orientation, and patients also expressed concerns of how their loved ones would feel after they'd be dead, psychiatrists' view on death was definitely grimmer and more complex. Psychiatrists also were more future-oriented, less anxious and more avoidant in their attachment style. These differences may potentially provoke irritation and frustration in psychiatrists, when meeting such a client, which can shed some light on why psychotherapists may feel uneasy in a working alliance with suicidal patients and provide a hint of how to deal with such feelings.

J. Birtchnell [46] expands on this concept to include clinician anxiety, irritation, and avoidance in relations with suicidal patients. Indeed, in a study conducted on psychiatric residents in the emergency department of a general hospital, D. Dressler and colleagues [47] found that residents expressed warmth towards low risk patients, and anxiety and irritation towards those exhibiting suicidal tendencies. Furthermore, although the relation and reasoning for suicide differs to the point of potentially falling outside the current realm of focus, F. Varghese and B. Kelly [48] confirm these findings in their qualitative studies on countertransference with patients requesting physician assisted suicide. Physicians confronted with such a request reported to be filled with anxious, overwhelmed, and helpless emotions. Clinician's negative emotional responses to patients expressing suicidal ideation have more recently been found to include specific reactions such as lack of hope, confusion, distress, and sense that the patient's life had little worth [49].

Positive Countertransference Phenomena

While countertransference has long been viewed as a negative feature of the therapeutic relationship, there are positive qualities to such the phenomenon [31]. Indeed, some clinicians feel a sense of protectiveness, concern, and even nurturing towards their patient [50-52], qualities that can potentially strengthen the therapeutic alliance, while others remain hopeful for the course of treatment [31]. Furthermore, the "countertransference hate" discussed above may have the exact opposite effect on clinicians; that is, as J. Maltsberger and D. Buie [43] posit, clinicians can potentially reframe the anxiety or fear for a suicidal

ловно, есть польза от стремления клинициста исцелить человека от риска суицида, существует риск заблуждения, которое возникает с чрезмерной вовлечённостью в случай и неуместным оптимизмом [43]. Таким образом, позитивный контрперенос – не абсолютно позитивный феномен, к нему также следует относиться с осторожностью для предотвращения нарушения хрупких психотерапевтических границ [52].

Феномены смешанного контрпереноса

В то время как большинство исследований сосредоточены на негативных эмоциональных реакциях клинициста, когда он вовлекается в отношения с суицидальным пациентом, существует и другой спектр эмоциональных откликов – от позитивных до смешанных реакций. Пожалуй, это естественно, учитывая, что клиницисты входят в роль помогающего специалиста, уже имея индивидуальный опыт, который определяет их уровень комфортного общения с разными типами пациентов, и, хотя это может показаться парадоксальным, но определенные состояния, такие как суицидальное, способны вызвать приязнь у клинициста. Как бы то ни было, недавно было высказано предположение, что наличие одновременно позитивного и негативного контрпереноса у клинициста может свидетельствовать о том, что пациент пребывает в состоянии суицидального риска [53, 54].

На данный момент, И. Галынкер [55] выделил два типа контрпереноса, которые могут возникать у клинициста, работающего с пациентом, имеющим риск суицида: один негативный, а другой позитивный. В исследовании, уточняющем синдром суицидального кризиса (ССК), острого аффективного состояния, которое, как предполагается, предшествует суицидальной попытке, а также соответствует критериям DSM-5, И. Галынкер описал переживание гнева, враждебности и безнадежности у клинициста, приводящее к «избеганию контакта и преждевременному обрыву лечения» [55]. Более того, он обнаружил феномен, который назвал «тревожной сверхвовлечённостью», проявляющийся в «наличии нереалистичных ожиданий и усилий по спасению пациента из мучительной ситуации» [55], что можно описать как смесь тревоги и надежды по отношению к пациенту и его будущему. Эти два состояния клинициста: первое – негативный контрперенос, а второе – позитивный, предположительно, и есть те грани контрпереноса, которые возникают у специалиста, когда ему не хватает осознанности или когда он не способен регулировать свои эмоциональные отклики на суицидального пациента, и те могут стать главным указанием на возможные фатальные действия пациента в будущем.

Z. Yaseen и коллеги [31] сфокусировались на изучении отношений между эмоциональным откликом клинициста в ответ на пациента с суицидальными мыс-

patient into a fantasy-like state whereby the clinician seeks to rescue, save or fully cure the patient of their thoughts of death. While there is certainly a benefit to the clinician's commitment to healing someone at risk of suicide, there exists a line of objectivity, bordering delusion that will be crossed with over-involvement or inappropriate optimism [43]. Positive countertransference, therefore, is not necessarily a wholly positive phenomenon, but one that must be monitored to prevent the crossing of any intangible therapeutic boundaries [52].

Mixed Countertransference Phenomena

While majority of the research has focused on the clinician's negative emotional reactions when engaging in a relationship with a suicidal patient, there is a range of emotional responses that can arise, from the opposite end of the spectrum (positive) to somewhere in the middle (a mixture of positive and negative). Perhaps this makes sense given the fact that clinicians come to the role with an individual set of experiences that determine their level of comfort with different patient types, or perhaps it seems a bit of a paradox and that certain states, like suicidal, should elicit the same clinician response. Regardless, it was recently suggested that the presence of both positive and negative countertransference within a clinician could be an indicative feature of a patient at risk for suicide [53, 54].

To this point, I. Galyunker [55] proposed two varieties of countertransference that may resemble the internal state of a clinician when working with a patient at risk for suicide – one from the negative realm and one from the positive. In the research detailing the Suicide Crisis Syndrome, an acute affective state hypothesized to precede a suicide attempt, as well as the associated DSM-V criteria, I. Galyunker [55] highlighted the presence of anger, hostility, and hopelessness within a clinician, which lead to “contact avoidance and premature termination of treatment” (p. 208). Concurrently, he proposed, and coined, the term “anxious over-involvement”, which is characterized by “the presence of unrealistic expectations and efforts to save the patient from their painful situation” (p. 204), in addition to a mixture of anxiety and hope for the patient and their future. These two clinician states – the former from the realm of negative countertransference, and the latter from positive – are theorized to be facets of countertransference present when a clinician lacks the awareness or is unable to regulate his or her emotional responses in a relationship with a suicidal patient, and can be a key indicator for possible future fatal actions of the patient.

лями и его действиями, чтобы проверить, можно ли использовать контрперенос как индикатор вероятных будущих суицидальных поступков пациента. В этом исследовании авторы оценивали сообщаемые эмоциональные отклики клиницистов на своих пациентов, которые предшествовали суицидальной попытке, суициду и смерти, не связанной с суицидом. Было обнаружено, что клиницисты, которые работали с пациентами, близкими к совершению суицидальных действий, отмечали меньше положительных переживаний, но больше надежды, что иначе можно было назвать «умеренно позитивными переживаниями» касательно предстоящего лечения по сравнению с тем, что специалисты чувствовали к своим несуйцидальным пациентам. Одновременно, клиницисты чувствовали большую перегруженность, ошеломлённость, дистресс и, в меньшей степени, даже избегание по отношению к этим пациентам. Этот «парадоксальный» ответ: надежда и дистресс / избегание – стали значимым фактором, отличающим суицидальных пациентов от тех, кто погиб или умер неожиданно, но не совершая суицидальных действий. В свете этих данных, Z. Yaseen и коллеги [54] исследовали связь между новой шкалой, измеряющей эмоциональный отклик клиницистов на психиатрических пациентов, имеющих высокий суицидальный риск, и поведением этих пациентов вскоре после выписки. Факторный анализ шкалы самоотчёта «Опросник терапевтического отклика – Суицидальность» (TRQ-SF) обнаружил, что клиницисты не только демонстрировали противоречивые эмоциональные отклики дистресса и надежды на таких пациентов, но эти эмоции предсказывали последующее суицидальное поведение [54]. Такое взаимодействие двух факторов оставалось значимым при контроле традиционных факторов риска: переживании западни, депрессии, суицидальных мыслей [54].

T. Soulié и коллеги [53, 56] также исследовали феномен смешанного контрпереноса, чтобы систематически описать эмоциональные отклики клиницистов на пациентов с суицидальным риском. Они выявили семь факторов, описывающих разнообразные реакции клиницистов на их взаимодействие с суицидальными пациентами. Два наиболее сильных фактора, характеризующих переживания клиницистов в выборке, были названы «чувство безысходности / отвержения» и «чувство самореализации / увлечённости». В первый фактор вошли чувство настороженности, желание отвергнуть пациента, чувство несоответствия и безнадёжность, в то время как второй фактор описывался через готовность вовлечься в работу с пациентом и чувство профессиональной реализованности. Эмоциональные состояния, описанные этими двумя факторами, явно отражают типы контрпереноса, обнаруженные И. Галынкер

Z. Yaseen et al. [31] further investigated this state in a study specifically investigating the relationship between a clinician's emotional reactions in response to patient's with suicidal thoughts and behaviors to ascertain whether countertransference could indeed be used as an indicator for potential future actions. In the study, Z. Yaseen et al. [31] assessed clinicians reported emotional responses toward their patients in the encounter preceding their suicide attempt, completed suicide, or non-suicide-related death. They found that clinicians treating imminently suicidal patients had fewer positive feelings and higher hopes, otherwise known as “moderately positive feelings”, for future treatment than they did for their non-suicidal patients. Simultaneously, they were more overwhelmed, distressed by, and at low levels, even avoidant to the patients. This ‘paradoxical’ response of hopefulness and distress / avoidance was a significant discriminator between suicidal patients and those who died unexpected non-suicide deaths. In light of these findings, Z. Yaseen et al. [54] examined the relationship between a novel new measure of clinicians' emotional responses to high-risk psychiatric patients and their short-term post-discharge suicidal behavior. Factor analysis conducted on the self-report ‘Therapist Response Questionnaire – Short Form’ (TRQ-SF) found not only that clinicians exhibited conflicting emotional responses of distress and hopefulness to such a patient subset, but also that these emotions were predictive of subsequent suicidal behavior [54]. This two-factor interaction retained significance when controlling for traditional risk factors, such as entrapment, depression, and suicidal ideation [54].

T. Soulie et al. [53, 56] expanded on the mixed countertransference phenomenon in a study specifically aimed to provide a systematic description of clinician emotional responses to patients at risk for suicide. Factor analysis revealed a seven factor structure that depicts the varieties of countertransference experienced by clinicians in their interactions with patients at risk of suicide. The two most salient of these factors experienced by clinicians in the sample, were “entrapped/rejecting” followed by “fulfilled/engaging” reactions. The first factor is characterized by apprehension, desires to reject the patient, feelings of inadequacy, and hopelessness whereas the second depicts eagerness to engage with the patient and professional fulfillment. The emotional states described by these two factors clearly mirror the varieties of countertransference described by I. Galynker [55]. These two opposing experiences together accounted

кером [55]. Вместе эти контрастирующие переживания объясняли 70% дисперсии эмоциональных откликов клиницистов в выборке. Эти данные дополнительно поддерживают теорию парадоксальной комбинации негативного и позитивного контрпереноса, который характерен для эмоциональных откликов клиницистов на людей, переживающих суицидальный кризис.

Также стоит задуматься о том, как эмоциональный отклик клиницистов отражает суицидальное состояние пациентов [53]. При взаимодействии с пациентами, имеющими риск суицида, клиницисты сами испытывают схожие чувства несостоятельности, безнадёжности, безысходности. T. Soulié и соавторы [53] предположили, что этот паттерн смешанного контрпереноса можно рассматривать как адаптивный, возможно, необходимый ответ для совладания с ситуацией. С этой точки зрения, негативные аспекты такого паттерна контрпереноса представляют эмпатическую вовлечённость клиницистов в суицидальное состояние, которое испытывает их пациент, а позитивный контрперенос – это попытка клинициста поддержать надежду и психотерапевтическую вовлечённость, несмотря на суицидальный риск пациента [53]. В этом смысле, и позитивные, и негативные эмоциональные отклики отвечают важным функциям психотерапевтических отношений.

Индивидуальные различия клиницистов

Особый паттерн откликов клиницистов на суицидальных пациентов обнаружен относительно недавно, однако есть предположение, что на него влияют индивидуальные особенности специалистов. Одним из таких факторов, вносящих вклад в контрпереносную реакцию, давно считается стиль привязанности самого клинициста [57]. Исследования показывают, что медики с надёжным стилем привязанности сообщают о более высоком уровне эмпатии по отношению к пациентам, нежели специалисты с ненадёжным стилем привязанности [58, 59]. Можно предположить, что специалисты с надёжным стилем привязанности могут испытывать более позитивный контрперенос, чем их коллеги с ненадёжным стилем привязанности.

Теоретическая ориентация клинициста также обнаруживает связь с типом контрпереноса на суицидальных пациентов. Показано, что психодинамически ориентированные психотерапевты значимо выше оценивают свои реакции «безысходности / отвержения» на суицидальных пациентов, в то время как клиницисты, работающие в эклектическом подходе, сообщают скорее о таких ответах как «возбуждение / отреагирование», «неформальность / нарушение границ», «плохое обращение / контроль» [53]. Клиницисты с эклектическим подходом также обнаруживают меньше «бережности / сверхвовлечённости» в контрпереносе, чем

for 70% of variance of the emotional experiences of clinicians in the sample. This data provides additional support for the theory that a paradoxical combination of negative and positive countertransference is characteristic of clinicians' emotional reactions to individuals in suicidal crisis.

It is also compelling to consider the ways in which the emotional response of clinicians appears to mirror aspects of the suicidal state experienced by patients [53]. When interacting with patients at risk of suicide, clinicians themselves seem to experience similar feelings of inadequacy, hopelessness, and entrapment. T. Soulié and colleagues [53] hypothesize that this specific pattern of mixed countertransference can be understood as an adaptive, and possibly necessary, coping stance. In this view, the negative aspects of this countertransference pattern represent clinicians' empathic engagement with the suicidal state experienced by their patient and the positive countertransference represents an attempt by the clinician to sustain hope and therapeutic engagement in spite of the patient's suicide risk [53]. According to this perspective, both positive and negative emotional responses serve important functions in the therapeutic relationship.

Individual Differences Among Clinicians

It is clear that specific patterns in clinicians' responses to suicidal patients have emerged in recent studies, but these interactions may also be influenced by individual factors. One such individual factor that has long been thought to contribute to countertransference is attachment style of the clinician [57]. Studies have shown that health care professionals with a secure attachment style demonstrate higher self-reported levels of empathy toward patients than insecurely attached clinicians [58, 59]. It may be extrapolated from this data that securely attached clinicians may experience more positive countertransference than their insecurely attached colleagues.

Theoretical orientation of the clinician also appears to be related to specific countertransference with patients at risk for suicide. Research indicates that psychodynamically oriented clinicians have significantly higher rates of "entrapped/rejecting" reactions to suicidal patients whereas clinicians with an eclectic theoretical orientation demonstrate more "aroused/ reacting", "informal/boundary crossing", and "mistreated/controlling" responses [53]. Clinicians with an eclectic theoretical orientation also exhibited less "protective/overinvolvement" countertransference than psychodynamic or cognitive-behavioral clinicians. Although it is indeed a possibility that theoretical orientation impacts the emo-

психодинамические и когнитивно-поведенческие специалисты. Хотя есть вероятность, что теоретическая ориентация влияет на эмоциональные отклики клиницистов, также возможно объяснение, что эти различия отражают разницу в знаниях о контрпереносе, которыми владеет специалист [53]. Иными словами, клиницисты, прошедшие обучение в рамках определённого подхода, могут отличаться большей или меньшей осознанностью своих негативных эмоциональных откликов на пациентов.

Контрперенос и терапевтический альянс

Установление искреннего психотерапевтического альянса критически важно для диадических отношений со всеми пациентами, но он особенно значим для тех, кто размышляет о суициде [56, 60-63]. Психотерапевтический альянс, который ещё называют помогающим или рабочим альянсом, – это термин, который описывает качество отношений психотерапевта и клиента. Он состоит из трёх компонентов: связь между психотерапевтом и пациентом, согласие о целях психотерапии и согласие по поводу психотерапевтических задач [64]. Даже при контроле теоретических ориентаций клиницистов и диагнозов пациентов психотерапевтический альянс показывает себя значимым предиктором исходов лечения [65].

Качества, которые свойственны многим пациентам с риском суицида, также бросают вызов установлению продуктивного рабочего альянса [66-68]. Враждебность и безнадежность, свойственные многим людям с суицидальными мыслями, часто приводят к снижению доверия к клиницисту и повышенным негативным ожиданиям от психотерапии [27, 69, 70]. Схожим образом, негативные эмоциональные отклики клиницистов на таких пациентов также становятся преградой к установлению психотерапевтического альянса. Дистресс, тревога, неловкость, отвращение к пациенту могут невольно привести к его отвержению, сниженной эмпатии и усилению недоверия между клиентом и клиницистом [71].

Очевидно, что неуправляемые эмоциональные отклики на суицидальных пациентов не благоприятствуют формированию сильного альянса между клиентом и психотерапевтом, а в каких-то случаях даже способствуют формированию плохого, дезадаптивного психотерапевтического альянса. Качество психотерапевтического альянса имеет прямое и неоспоримое влияние на исход лечения. Данные качественных исследований клиницистов показывают, что контрперенос на суицидальных пациентов часто «смещает границы психотерапевтического альянса» и в итоге вредит исходу лечения [52]. Хотя негативные эмоциональные отклики на суицидальных пациентов распространены в начале терапии, они не обязательно наносят непоправимый вред

tional responses experienced by clinicians, an alternative explanation provided for these differences is that theoretical orientation may simply have an impact on the countertransference literacy of the clinician [53]. In other words, clinicians with training in certain schools of psychological thought may have significantly increased or decreased awareness of their negative emotional responses toward patients.

Countertransference and Therapeutic Alliance

Establishing a genuine therapeutic alliance is a critically important feature of the dyadic relationship for all patients, and especially for those contemplating suicide [56, 60-63]. Therapeutic alliance, also known as the helping alliance or working alliance, refers to the quality of the relationship between client and therapist. It is comprised of three components, including therapist-patient bond, agreement on the goals of therapy, and agreement on therapy tasks [64]. Holding theoretical orientations and patient diagnoses constant, therapeutic alliance has been demonstrated to be a strong predictor of treatment outcomes [65].

The characteristics that typify many patients at risk for suicide also constitute challenges to establishing a productive working alliance [66-68]. The negative interpersonal perceptions and hopelessness characteristic of many individuals experiencing suicidal ideation are likely to result in reduced trust in the clinician and increased negative expectations of therapy [27, 69, 70]. Similarly, clinicians' negative emotional responses to these patients also constitute a barrier to the therapeutic alliance. Distress, anxiety, unease, and aversion towards the patient may unwittingly result in rejection of the patient, decreased empathic communication, and increased mistrust between client and clinician [71].

It is clear that unmanaged emotional responses to suicidal patients is not conducive to formation of strong alliance between client and therapist and in some cases is liable to promote the formation of a poor or maladaptive therapeutic alliance. Quality of therapeutic alliance has a direct and undeniable impact on therapeutic outcomes. Data from qualitative surveys of clinicians indicate that countertransference with suicidal patients often "shifted the boundaries of the therapeutic alliance" and ultimately damaged therapy outcomes [52]. Though negative emotional responses to suicidal patients are common at the outset of therapy, they do not necessarily have an irreparable effect on alliance. The development of countertransference literacy can

альянсу. Развитие грамотности о контрпереносе способно исправить психотерапевтические отношения [72]. Более того, эффективное управление негативным контрпереносом и последующее формирование хорошего рабочего альянса в ряде случаев способно смягчить и редуцировать суицидальные мысли [73].

Многие исследования поддерживают идею, что эмоциональный отклик клинициста непосредственно влияет на исход лечения [24, 57]. Есть свидетельства, что реакции контрпереноса связаны с негативным исходом лечения, а успешное управление ими значимо коррелирует с положительными исходами терапии [32]. Ставки, безусловно, повышаются, если эту идею применить к работе с суицидальными пациентами. Предполагается, что неуправляемые реакции контрпереноса могут даже способствовать суициду пациента [51]. Напротив, успешное управление эмоциональными реакциями в терапии специалистами в сфере психического здоровья способствует скорейшему снижению суицидальной идеации у пациентов [73]. Ретроспективное исследование Н. Hendin и коллег [18] обнаружило, что тревога клинициста, предшествующая смерти пациента от суицида, приводила к принуждениям и неэффективным действиям со стороны специалиста, а также к недостаточному лечению симптомов. Этот факт вызывает особенное беспокойство, если учесть данные исследования, что клиницисты порой совершенно не осознают своих эмоциональных откликов на пациентов, а значит, не могут верно определить или отрегулировать их [74].

Осознанность, обучение и клинические последствия

Как уже говорилось, при лечении пациентов с суицидальным риском клиницисты часто с трудом определяют признаки, симптомы или значимые события, которые предшествуют суицидальной попытке. В этом смысле, эмоциональные отклики клиницистов на пациентов, или контрперенос – важный показатель, который необходимо использовать в процессе лечения. Хотя исследований контрпереноса пока проведено мало, есть важные свидетельства, что верное определение своих эмоциональных откликов клиницистами способно улучшить распознавание потенциального суицидального риска пациентов, даже без опоры на самоотчёт пациентов (сообщение о суицидальных мыслях). В самом деле, признание в суицидальных мыслях нелегко даётся многим пациентам вследствие проблем стигматизации и / или страха госпитализации [75]. В анонимном исследовании пациентов в ходе долгосрочной психотерапии 31% клиентов сообщили о том, что они лгали своему психотерапевту насчёт отсутствия у них суицидальных мыслей [76]. Следовательно, интеграция разных форм клинических суждений – рациональных и эмоциональных – может стать полезным инструментом

help repair ruptures in the therapeutic relationship [72]. Furthermore, effective management of negative countertransference and the eventual formation of a good working alliance has the potential to mitigate or reduce suicidal ideation in a number of cases [73].

A substantial body of research supports the notion that the emotional response of clinicians has a direct impact on treatment outcome [24, 57]. Evidence suggests that countertransference reactions are inversely related to therapy outcomes and that successful management of countertransference reactions is significantly related to better outcomes in therapy [32]. The stakes are undoubtedly significantly higher when this idea is applied to work with suicidal patients. It has been suggested that unmanaged countertransference reactions may even contribute to patient suicide [51]. Conversely, successful management of emotional reactions in therapy on the part of mental health professionals has been shown to result in faster decreases in suicidal ideation among patients [73]. A retrospective study conducted by Hendin and colleagues [18] found that clinician anxiety preceding the suicide death of a patient resulted in coercive or ineffective actions and insufficient treatment of symptoms. This notion is even more alarming when coupled with data suggesting that clinicians may often be totally unaware of their own emotional responses to patients and thus, may be unable to appropriately identify or regulate them [74].

Awareness, Training, and Clinical Implications

As discussed, when treating patients at risk for suicide, clinicians often struggle to identify signs, symptoms, or significant events that precipitate a suicide attempt. As such, clinicians' emotional responses to the patients, or countertransference, is an important metric to be used in the treatment process. While the research on clinician's countertransference is still thin, there is strong evidence that quantifying clinicians' emotional responses may help enhance potential patient suicide risk assessment, notably without the need for, or reliance on, patient self-report. Indeed, disclosure of suicidal ideation is difficult for many patients due to the stigma and / or fear of hospitalization [75]. In an anonymous survey of patients in long-term psychotherapy, 31% of individuals reported having lied to their therapist about suicidal thoughts [76]. Therefore, integrating various forms of clinical judgement – both rational and emotional – would be a helpful tool to integrate into patient assessments.

Further research to confirm the 'paradoxical' clinician's countertransference response

для оценки пациентов.

Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения «парадоксального» клинического контрпереносного отклика надежды и дистресса / избегания, а затем – развитие супервизии и поддержки клиницистов, обучение оценке и пониманию своих эмоциональных откликов на пациентов. Тем не менее, с клиническим опытом или без него, задача самостоятельной интеграции бессознательных тенденций в наше сознание очень сложна. Следовательно, необходима измеримая, систематическая оценка своих откликов, такая как TRQ-SF: она способна поддерживать клиницистов, стремящихся сформировать объективный взгляд на свою роль в диадических отношениях, и одновременно помогает укрепить целостность диадической связи.

Заключение

Суицид – серьёзная проблема здравоохранения по всему миру, однако его можно предотвратить, обладая должным инструментарием и ресурсами. Один из таких инструментов – контрперенос клинициста, эмоциональный отклик, который возникает во время взаимодействия и формирования отношений с пациентом. Многие клиницисты сообщают о чувствах дистресса и безнадёжности – о формах негативного контрпереноса, когда общаются с пациентом, имеющим риск суицида. Любопытно, что в исследованиях обнаруживаются одновременные сообщения клиницистов и о позитивном контрпереносе, таком как надежда на предстоящее лечение. Хотя исследования в данной сфере только зарождаются, эти открытия многообещающие, и дальнейшие усилия следует направить на разработку способов применения таких откликов для превенции самоубийств.

of hopefulness and distress / avoidance is therefore needed, and from there the development of supervision and / or support for clinicians to be able to assess and understand their emotional responses to their patients. Nevertheless, with or without clinical experience, it is a difficult task to integrate unconscious tendencies into our conscious mind without guidance and / or assistance. Therefore, a quantifiable, systematic assessment of the responses, such as the TRQ-SF, would be an additional layer of support for clinicians to more objectively view their role in the dyadic relationship, while maintaining the integrity of the dyadic bond at the same time.

Conclusion

Suicide is a major global public health concern, and one that has the potential to be preventable with the proper tools and resources. One such tool that can be leveraged is clinician countertransference, or the emotional response elicited during patient interaction and relationship development. Many clinicians report feelings of distress and hopelessness, forms of negative countertransference, when interacting with a patient at risk for suicide. Interestingly, researchers have found the same clinicians concurrently reported forms of positive countertransference, such as hopefulness for the future of treatment. While research in the realm is still in nascent stages, these findings present an optimistic avenue through which future energy can be focused to further develop the use of such responses for suicide prevention in the future.

Литература / References:

- Centers for Disease Control and Prevention. CDC WISQARS: Leading causes of death reports, 1981–2018. Available from: <https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcause.html>
- Hedegaard H., Curtin S.C., Warner, M. (2018). Suicide mortality in the United States, 1999–2017.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2018). WISQARS: Web-based inquiry statistics query and reporting system. <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm>
- Ahrnsbrak R., Bose J., Hedden S., et al. *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville, MD, USA, 2017.
- World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. World Health Organization, 2013.
- Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *BMJ: British Medical Journal (Online)*. 2019, № 364.
- Crosby A., Gfroerer J., Han B., Ortega L., Parks S.E. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 Years – United States, 2008–2009. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
- Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., Bentley K.H., Kleiman E.M., Huang X., Nock M.K. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*. 2017; 143 (2): 187.
- Glenn C.R., Nock M.K. Improving the short-term prediction of suicidal behavior. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; 47 (3): 176–180.
- National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. *A prioritized research agenda for suicide prevention: An action plan to save lives*, 2014.
- Schaffer A., Sinyor M., Kurdyak P., Vigod S., Sareen J., Reis C., Green D., Bolton J., Rhodes A., Grigoriadis S., Cairney J. Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry*. 2016; 15 (2): 135–145.
- Schmitz Jr.W.M., Allen M.H., Feldman B.N., Gutin N.J., Jahn D.R., Kleespies P.M., Quinnett P., Simpson S. Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: An American Association of Suicidology Task Force report addressing serious gaps in US mental health training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012; 42: 292–304.
- Chemtob C.M., Hamada R.S., Bauer G., Kinney B., Torigoe R.Y. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*. 1988; 145: 224–228.
- American Association of Suicidology, Clinician Survivor Task Force. (2002). Therapists as survivors of suicide: Basic information. Retrieved February 28, 2020, from <http://www.iusb.edu/~jmcintos/basicinfo.html>
- Chemtob C.M., Bauer G.B., Hamada R.S., Pelowski S.R., Muraoka M.Y. Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1989; 20: 294.
- Deutsch C.J. Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1984; 15: 833.

17. Collins J.M. Impact of Patient Suicide on Clinicians. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2003; 9 (5): 159-162.
18. Hendin H., Lipschitz A., Maltzberger J.T., Haas A.P., Wynecoop S. Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157: 2022–2027.
19. Goode E. (2001). Patient suicide brings therapists lasting pain. *New York Times*. Retrieved January 18, 2001, from <http://www.nytimes.com>.
20. Menninger W.W. Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1991; 55: 216-227.
21. Calati R., Cohen L.J., Schuck A., Levy D., Bloch-Elkouby S., Barzilay S., Rosenfield P.J., Galynker I. The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A validation study of a novel tool for suicide risk assessment. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 263: 121-128.
22. Barzilay S., Yaseen Z.S., Hawes M., et al. Emotional responses to suicidal patients: Factor structure, construct, and Predictive Validity of the Therapist response Questionnaire-suicide Form. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 9: 104.
23. Betan E., Heim A.K., Zittel Conklin C., Westen, D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162: 890-898.
24. Bruck E., Winston A., Aderholt S., Muran J.C. Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles. *American Journal of Psychotherapy*. 2006; 60 (4): 393-406.
25. Gelso C.J., Hayes J.A. *Countertransference and the innerworld of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2007.
26. Marcinko D., Skocic M., Saric M., Popovic-Knapic V., Tentor B., Rudan V. Countertransference in the therapy of suicidal patients – an important part of integrative treatment. *Psychiatria Danubina*. 2008; 20 (3): 402-405.
27. Barzilay S., Yaseen Z.S., Hawes M., Kopeykina I., Ardanal F., Rosenfield P., Murrrough J., Galynker I. Determinants and predictive value of clinician assessment of short-term suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018; 49 (2): 614-626.
28. Barzilay S., Schuck A., Bloch-Elkouby S., Yaseen Z.S., Hawes M., Rosenfield P., Foster A., Galynker I. Associations between clinicians' emotional responses, therapeutic alliance, and patient suicidal ideation. *Depression and Anxiety*. 2020; 37: 214–223. DOI: 10.1002/da.22973
29. Hawes M., Yaseen Z., Briggs J., Galynker I. The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A proof of concept for a multi-informant tool for evaluation of short-term suicide risk. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 72: 88-96.
30. Posner K., Brown G.K., Stanley B., et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (12): 1266–1277.
31. Yaseen Z.S., Briggs J., Kopeykina I., Orchard K.M., Silberlicht J., Bhingradia H., Galynker I.I. Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients—a comparative study. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 230.
32. Hayes J.A., Gelso C.J., Hummel A.M. Managing countertransference. *Psychotherapy*. 2011; 48 (1): 88–97.
33. Cartwright C. Transference, countertransference, and reflective practice in cognitive therapy. *Clinical Psychologist*. 2011; 15 (3): 112–120.
34. Leahy R.L. *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press, 2001.
35. Prasko J., Diveky T., Grambal A., Kamaradova D., Mozny P., Sigmundova Z., Vyskocilova J. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*. 2010; 154 (3): 189–197.
36. Little M. Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*. 1951; 32: 32–40.
37. Levenson H. *Time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books, 1995.
38. Racker H. The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1957; 26 (3): 303-357.
39. Mitchell S.A. *Hope and dread in psychoanalysis*. New York, NY: Basic Books, 1993.
40. Zittel, Conklin, C., Westen D. *The therapist response questionnaire*. Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta, Georgia, 2003.
41. Strack S., Coyne J.C. Social confirmation of dysphoria: shared and private reactions to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983; 44 (4): 798–806.
42. Coyne J.C. Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*. 1976; 85 (2): 186-193.
43. Maltzberger J.T., Buie D.H. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*. 1974; 30: 625-633.
44. Pompili M. Our Empathetic Brain and Suicidal Individuals. *Crisis*. 2015; 36 (4): 227-230.
45. 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 [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 / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71
46. Birtchnell J. Psychotherapeutic considerations in the management of the suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy*. 1983; 37: 24-36.
47. Dressler D.M., Prusoff B., Mark H.A.L., Shapiro D. Clinician attitudes toward the suicide attempter. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1975.
48. Varghese F.T., Kelly B. Countertransference and assisted suicide. In *Countertransference issues in psychiatric treatment*. Edited by Gabbard G.O. Washington DC: American Psychiatric Press, 1999. PP. 85–116.
49. Michaud L., Ligier F., Bourquin C., Corbeil S., Saraga M., Stiefel F., Richard-Devantoy S. Differences and similarities in instant countertransference towards patients with suicidal ideation and personality disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2019.
50. Gurrister L., Kane R.A. How therapists perceive and treat suicidal patients. *Community Mental Health Journal*. 1978; 14: 3-13.
51. Modestin J. Counter-transference reactions contributing to completed suicide. *British Journal of Medical Psychology*. 1987; 60: 379-385.
52. Richards B.M. Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2000; 28: 325-337.
53. Soulié T., Bell E., Jenkin G., et al. Systematic Exploration of Countertransference Phenomena in the Treatment of Patients at Risk for Suicide. *Archives of Suicide Research*. 2018; 1: 23.
54. Yaseen Z.S., Galynker I.I., 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*. 2017; 76: 69-78.
55. Galynker I. *The suicidal crisis: clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. Oxford University Press, 2017.
56. Soulié T., Levack W., Jenkin G., Collings S., Bell E. Learning from clinicians' positive inclination to suicidal patients: A grounded theory model. *Death Studies*, 2020. DOI: 10.1080/07481187.2020.1744201
57. Kernberg O. Notes on countertransferences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1965; 13 (1): 38-56.
58. Dattilo G. The role of attachment style on clinician self-efficacy and empathy. La Salle University, 2005.
59. Khodabakhsh M. Attachment styles as predictors of empathy in nursing students. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5.
60. Bedics J.D., Atkins D.C., Harned M.S., Linehan M.M. The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*. 2015; 52 (1): 67–77.
61. Dunster-Page C., Haddock G., Wainwright L., Berry K. The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 223: 165–174.
62. Jobs D.A., Ballard E. *The therapist and the suicidal patient*, 2011.
63. Joiner Jr.T.E., Van Orden K.A., Witte T.K., Rudd M.D. *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.
64. Borodin E.S. The Generalizability Of The Psychoanalytic Concept Of The Working Alliance. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*. 1976; 16: 252-260.

65. Flückiger C., Del Re A.C., Wampold B.E., Horvath A.O. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*. 2018; 55 (4): 316.
66. Maltzberger J.T., Weinberg I. Psychoanalytic perspectives on the treatment of an acute suicidal crisis. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62 (2): 223-234.
67. Schechter M.A., Goldblatt M.J. *Psychodynamic therapy and the therapeutic alliance: Validation, empathy, and genuine relatedness*. 2011.
68. Schechter M., Goldblatt M., Maltzberger J.T. The therapeutic alliance and suicide: When words are not enough. *British Journal of Psychotherapy*. 2013; 29 (3): 315-328.
69. Beck A.T., Brown G.K., Berchick R.J., Stewart B.L., Steer R.A. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147: 190-195.
70. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner Jr.T.E. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. 2010; 117 (2): 575.
71. Hutchinson M., Jackson D. Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: a mixed-methods systematic review. *BMC Nursing*. 2013; 12 (1): 25.
72. Safran J.D., Kraus J. Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*. 2014; 51 (3): 381-387.
73. Perry J.C., Bond M., Presniak M.D. Alliance, reactions to treatment, and counter-transference in the process of recovery from suicidal phenomena in long-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 2013; 23 (5): 592-605.
74. Van Wagoner S.L., Gelso C.J., Hayes J.A., Diemer R.A. Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy Theory Research Practice and Training*. 1991; 28 (3): 411-421.
75. Blanchard M., Farber B.A. "It is never okay to talk about suicide": Patients' reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 2020; 30 (1): 124-136.
76. Blanchard M., Farber B.A. Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly*. 2016; 1: 90-112.

CLINICIAN EMOTIONAL RESPONSE TO PATIENTS AT RISK OF SUICIDE: A REVIEW OF THE EXTANT LITERATURE

A. Vespa¹, I. Galyunker¹,
K.A. Chistopolskaya²

¹Mount Sinai Beth Israel, New York, USA; alv2105@gmail.com; igalynke@gmail.com
²Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia; ktchist@gmail.com

Abstract:

Suicide is a major public health concern, representing the 10th leading cause of death in the United States, claiming the lives of over 48,000 individuals each year. Globally, estimates of annual suicide deaths reached 817,000 in 2016, with the number of global suicide attempts reaching an estimated 25 million each year. While such staggered rates has prompted countless efforts by researchers and clinicians to identify precursors and establish diagnostic tools, our ability to identify individuals at high risk for suicide and predict the occurrence of suicidal thoughts and behaviors (STBs) has not meaningfully improved, nor has our ability to predict when suicidal behaviors will occur. Accordingly, there remains a need to improve our assessment and prevention of STBs in the short term, as well as develop and validate clinical instruments to aid in this effort. One avenue in which prevention efforts have focused is that of health care, specifically mental health professionals. Indeed, clinician judgement remains one of the most relied upon tools for establishing suicide risk among patients as identifying signs, symptoms, or precipitating events are difficult to accurately distinguish. In this paper, we explore clinician countertransference as a potential indicator of patient STBs, beginning with the history of countertransference through the lens of the psychological field, diving into the different types that can be experienced by clinicians (positive, negative, mixed), and arguing that the presence of a mixed response could hold the keys to future patient suicidal action. While research in the realm is still in nascent stages, these findings present an optimistic avenue through which future energy can be focused to further develop the use of such responses for suicide prevention in the future.

Keywords: suicide, suicide prevention, countertransference, clinician judgement, therapeutic alliance, MARIS

Вклад авторов:

A. Vespa: дизайн исследования, написание текста и редактирование статьи;
И. Галынкер: дизайн исследования, написание текста и редактирование статьи;
К.А. Чистопольская: написание текста и редактирование статьи; редактирование перевода.

Authors' contributions:

A. Vespa: study design, article writing, article editing;
I. Galyunker: study design, article writing, article editing;
K.A. Chistopolskaya: article writing, article editing, translation editing.

Финансирование: Данное 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: 12.03.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 14.05.2021.

Для цитирования: Vespa A., Galyunker I., Chistopolskaya K.A. Эмоциональный отклик клинициста на пациентов с суицидальным риском: обзор литературы. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 47-63.
doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63

For citation: Vespa A., Galyunker I., Chistopolskaya K.A. Clinician emotional response to patients at risk of suicide: a review of the extant literature. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 47-63. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63 (In Russ)