
ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ РАЗНЫЕ ФОРМЫ СУИЦИДА БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА (ОДНОКРАТНАЯ ПОПЫТКА, ХРОНИЧЕСКАЯ СУИЦИДАЛЬНОСТЬ, ЗАВЕРШЕННЫЙ СУИЦИД)

Е.В. БОРИСНИК*,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
Borisonik-ev@mail.ru

А.Б. ХОЛМОГорова**,
Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени
В.П. Сербского» Минздрава России, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
psylab2006@yandex.ru

Для цитаты:

Борисоник Е.В., Холмогорова А.Б. Психологическое состояние членов семей, переживших разные формы суицида близкого человека (однократная попытка, хроническая суицидальность, завершённый суицид) // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 1. С. 56—75. doi: 10.17759/cpp.2018260105

* *Борисоник Евгения Владимировна*, преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: Borisonik-ev@mail.ru

** *Холмогорова Алла Борисовна*, доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Московский

Суицидальное поведение одного из членов семьи влияет на эмоциональное благополучие родственников. В данной работе представлены результаты пилотажного исследования эмоционального благополучия, способов совладания со стрессом и характеристик семейной системы у родственников лиц с суицидальным поведением. В исследовании приняли участие 40 человек, общая выборка делилась на три подгруппы: родственники пациентов, переживших первую суицидальную попытку (n=16); родственники пациентов после многократных суицидальных попыток (n=10); родственники лиц, совершивших завершённый суицид (n=14). В первой части исследования проводился анализ симптомов эмоционального неблагополучия у всей выборки в целом. Родственники суицидентов с разными формами суицидального поведения находятся в группе риска развития депрессии: у двух третей из объединенной выборки были выявлены повышенные показатели симптомов депрессии, а также их обратная связь с копинг-стратегиями позитивного переопределения и личностного роста. Во второй части исследования анализировались различия между подгруппами. Выраженность симптомов депрессии значительно выше у родственников лиц с завершённым суицидом в сравнении с родственниками, пережившими однократную суицидальную попытку; показатели жизнестойкости и сплоченности семейной системы ниже в семьях лиц с многократными суицидальными попытками в сравнении с другими формами суицидального поведения.

Ключевые слова: суицид, родственники суицидента, суицидальная попытка, хроническая суицидальность, завершённый суицид, суицидальное поведение.

В изучении семей суицидентов существует два ракурса рассмотрения проблемы: с одной стороны, семейные дисфункции влияют на возникновение суицидального поведения, с другой — суицидальное поведение влияет на функционирование семьи. Поведение человека не может быть понятно без учета тех систем, частью которых он является.

В рамках первого ракурса немало исследований посвящено тому, как дисфункции семейной системы могут способствовать разворачиванию суицидального поведения. На формирование суицидального поведения влияет количество конфликтов в семье, качество контактов с родителями [8], уровень критики и индуцирование недоверия к людям в семье [12]. Ряд семейных характеристик служит фактором риска развития суицидального поведения: наличие проблем психического здоровья и

НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; заведующая кафедрой клинической психологии и психотерапии, декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: psytab2006@yandex.ru

история суицидального поведения у родственников, насилие в семье. Развод родителей или смерть одного из родителей — один из факторов, повышающих вероятность возникновения суицидального поведения [8; 26]. Такие показатели семейной системы, как низкая сплоченность и экспрессивность, служат важными предикторами возникновения суицидальных намерений и оказывают большее влияние, нежели внутрисемейные конфликты. Низкая сплоченность семьи влияет на возникновение депрессии, тревоги и ощущения безнадежности, что косвенно приводит к возникновению суицидальных намерений [11; 14]. Семейные дисфункции также связаны и с формированием самоповреждающего поведения, которое служит фактором риска развития суицидального поведения [6].

В рамках второго ракурса — влияние суицидального поведения одного из членов семьи на родственников — давно ведутся исследования по изучению влияния завершённого суицида на близких. Родственники суицидентов входят в группу риска развития депрессии, ПТСР, тревожных расстройств, возникновения суицидальных мыслей [10]. Менее изученным остается влияние суицидальных попыток без летального исхода на родственников суицидентов, в этой области преобладают качественные исследования.

Нильс Буус (*N. Buus*) описывает опыт суицидальной попытки для родственников как двойную травму, которая включала в себя травму попытки самоубийства и последующее психосоциальное воздействие на благополучие семьи. После суицидальной попытки близкого человек переживает целый комплекс различных чувств: панику, ужас, страх перед возможностью новой суицидальной попытки, вину и стыд, который нередко приводит к изоляции семьи [15; 16; 22]. В то время как завершённый суицид уже предполагает участие семьи в определенных ритуалах, социально принятых способах горевания, которые нельзя полностью избежать, переживание незавершённого суицида может быть одиноким, в котором горе человека скрыто [22]. Матери подростков, совершивших суицидальную попытку, отмечают постоянное эмоциональное смятение, меняющееся представление о себе, и потерю надежды на хорошее будущее. Помимо сопереживания страданиям ребенка, матери испытывают злость и раздражение на детей, которые разрушают обычную жизнь семьи [18; 25]. После попытки возникает мысль о том, кто несет ответственность за случившееся, можно ли было ее предотвратить. Это приводит к попыткам найти виноватого или к самообвинениям. Для некоторых эмоциональный стресс приводит к ухудшению физического здоровья [22].

Изменения происходят во внутрисемейных коммуникациях. Все участники качественного исследования, проведенного Буусом,

были в долгосрочных отношениях на момент суицидальной попытки ребенка. Тем не менее они отметили, что конфликты в семье, возникшие после суицидальной попытки, были угрозой, которая могла привести к разводу. Другие участники рассказали, как братья и сестры чувствовали себя забытыми из-за дополнительного внимания к суициденту, что часто приводило к конфликту с родителями. Некоторые братья и сестры прямо заявили, что они ненавидят суицидента [8].

В исследовании, направленном на оценку эмоционального состояния матерей спустя год после суицидальной попытки, было выявлено, что спустя год матери все еще испытывали чувство страха и беспомощности. Также они чувствовали гнев и раздражение по отношению к медицинским работникам и бывшим мужьям, которые описывались как критикующие, пренебрежительные, непонимающие. Автор исследования предположил, что эти чувства могут также быть истолкованы как способы психологической защиты матерей от вины и реалистичного отражения проблем в их жизни, которые, возможно, способствовали возникновению проблем у ребенка [23].

Близкие родственники суицидентов находятся в группе риска развития депрессии, суицидальных мыслей, патологического горя [2]. Они испытывают схожий комплекс эмоций, что и родственники лиц после суицидальной попытки: печаль, вину, стыд. Родственники суицидентов склонны к руминации, они погружены в размышления о том, что можно было бы сделать иначе [27]. Согласно исследованию Марике де Грут и Бодуэна Коллена (*M. de Groot, B.J. Kollen*), возникновение депрессии коррелирует с женским полом. Патологическое горе связано с потерей ребенка после суицида, в то время как потеря супруга — с возникновением депрессии. Наличие в анамнезе родственников эпизодов клинически выраженной депрессии и тревоги, а также суицидальных попыток было связано с последующим возникновением депрессии, но не обязательно приводило к патологическому горю. По данным проведенного лонгитюдного исследования риск развития депрессии и патологического горя снижался с течением времени. Возникновение депрессии больше связано с индивидуальными факторами — высоким нейротизмом и низким мастерством (ощущение контроля над тем, что происходит в жизни человека). В то время как более высокая самооценка снижала его [19].

Исследования показывают снижение сплоченности, адаптированности семьи после завершения суицида одного из членов семьи [17]. Матери были более адаптивны и гибки по сравнению с отцами, при этом не было выявлено статистически значимых показателей между оценками сплоченности семьи матерями и отцами [21].

Родственники суицидента, как после заверченного суицида, так и после суицидальной попытки, проходят через несколько стадий. Вначале они пытаются понять причины произошедшего, эти размышления связаны с чувствами вины, стыда и потерянности — это попытка через эмоции понять, что случилось. На второй стадии появляется картина произошедшего, близкие отмечают изменения в жизни человека до случившегося, понимают причины, по которым человек думал совершить или совершил суицид. И только после этого появляется возможность двигаться дальше, переосмысливая смерть, принимая ее в историю своей жизни [22; 24]. К этим трем темам Диана Сэндс и Марк Теннант (*D. Sands & M. Tennant*) приводят метафору: примерить туфли умершего, походить в них и снять [24].

Родственники после суицидальной попытки чувствовали изменения в том, как они видели себя, мир и людей в нем, менялось видение своих отношений с партнером. В исследовании Фрэнсиса МакГиверна (*F. McGivern*) средний срок с момента попытки самоубийства составлял 10,5 лет, все участники рассматривали эти изменения как постоянные [22].

Чтобы справиться с тяжелыми эмоциями на индивидуальном уровне, активируются защитные механизмы [1]. Среди копинг-стратегий, используемых родственниками после суицидальной попытки, можно отметить социальную поддержку, духовный копинг и избегание. Последние две встречаются часто из-за желания сохранить тайну и опасения быть стигматизированным, в этом контексте религиозный копинг предполагает индивидуальную молитву, а не посещение церкви [15].

Задачами пилотного исследования было изучение психологических последствий суицидального поведения для родственников суицидента, а также факторов, влияющих на выраженность депрессивной и тревожной симптоматики.

Метод

Выборка. В рамках пилотажного исследования было обследовано 40 человек — близких родственников суицидентов: родители, супруги, дети. Общая выборка состоит из 3 подгрупп. Первая — родственники пациентов, переживших первую суицидальную попытку ($n=16$). Вторая — родственники пациентов после многократных суицидальных попыток ($n=10$). Третья группа включает в себя родственников лиц, совершивших заверченный суицид ($n=14$). Ниже представлены социально-демографические и клинические характеристики респондентов (табл. 1, 2).

Таблица 1

Социально-демографические характеристики выборки

Социально-демографические показатели		Родственники лиц с однократной суицидальной попыткой (N=16)	Родственники лиц с хронической суицидальностью (N=10)	Родственники лиц, совершивших завершенный суицид (N=14)
Пол	Муж.	4	3	0
	Жен.	12	7	14
Средний возраст родственника		46	42	40
Возрастной диапазон		30—60	28—55	18—50
Средний возраст суицидента		25	25	35
Возрастной диапазон		17—51	16—51	15—55
Степень родства с суицидентом	Мать	11	6	8
	Отец	2	1	0
	Супруг	2	2	0
	Супруга	1	1	4
	Дочь	0	0	2

Таблица 2

Распределение клинической выборки по диагностическим классам МКБ-10

Группа	Смешанное расстройство личности (F61)	Депрессивный эпизод разной степени тяжести (F 32)	Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)	Шизотипическое расстройство (F21)
Пациенты с однократной суицидальной попыткой (n=16)	8	4	1	3
Пациенты с хронической суицидальностью (n=10)	4	4	1	1

Трое родственников лиц с завершенной суицидальной попыткой на момент обследования находились в кризисном стационаре с диагностированной депрессией.

Методический комплекс включал два блока методик. Первый был направлен на изучение индивидуальных характеристик родственников, второй — на изучение семейной системы. Для изучения индивидуальных характеристик родственников был использован пакет из 4 методик. Для диагностики эмоционального благополучия использовались шкалы депрессии и тревоги А. Бека в адаптации Н.В. Тарабриной [9], направленные на диагностику степени тяжести проявлений депрессивной и тревожной симптоматики. Для диагностики копинг-стратегий использовался опросник COPE Ч. Карвер с соавт. в адаптации Н.Г. Гаранян, П.А. Иванова [4]. Опросник состоит из 15 шкал: позитивное переопределение события и личностный рост; психическое избегание; фокусировка на эмоциях и их вентилирование; использование инструментальной социальной поддержки; активный копинг; отрицание; религиозный копинг; использование юмора; поведенческое избегание; самоограничение; использование эмоциональной социальной поддержки; употребление психоактивных веществ; принятие; оттормаживание всех других занятий; планирование совладания. Для изучения факторов, способствующих успешному совладанию со стрессом, был использован тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой [5]. Тест включает в себя 3 шкалы: вовлеченность, контроль и принятие риска. Характеристики семейной системы изучались с помощью шкалы семейного окружения (ШСО) Р. Мооса (*R. Moos*) в адаптации С.Ю. Куприянова [13]. Шкала состоит из 10 субшкал: сплоченность, конфликт, экспрессивность, организация, контроль, независимость, ориентация на достижения (ОД), интеллектуально-культурная ориентация (ИКЛ), ориентация на активный отдых (ОАО), морально-нравственная ориентация (МНО).

Результаты

Симптомы депрессии выявлены у 70% родственников суицидентов из общей выборки, причем у 30% наблюдаются выраженные и тяжелые симптомы депрессии. Выраженность симптомов тревоги встречается реже, только у 30% выборки (табл. 3). Это можно сопоставить с результатами исследования Энн Ферри с соавторами (*A. Ferrey et al.*): при продолжении самоповреждающего поведения родители отмечают скорее не нарастание паники, а усталость, истощение [20].

Общий показатель жизнестойкости снижен почти у 40% респондентов. Основная часть выборки характеризуется средним значением этого

Т а б л и ц а 3

Выраженность симптомов депрессии и тревоги по шкалам А. Бека (%)

Симптомы депрессии				
Отсутствуют	Легкие	Средние	Выраженные	Тяжелые
27,5	27,5	12,5	20	12,5
Уровень тревоги				
Низкий	Средний		Высокий	
70	27,5		2,5	

показателя. У лиц с низкой жизнестойкостью идет снижение по всем трем субшкалам: вовлеченность, контроль и принятия риска. Наибольший процент низких значений наблюдается по шкале контроля, что говорит об ощущении беспомощности и снижении возможности влиять на свою жизнь (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

Распределение выборки по уровню жизнестойкости (%)

Шкалы	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Жизнестойкость	37,5	60	2,5
Вовлеченность	32,5	60	7,5
Контроль	42,5	55	2,5
Принятие риска	40	60	0

Эмоциональное неблагополучие (выраженность симптомов депрессии) отрицательно связано с использованием копинг-стратегии позитивного переопределения и личностного роста (табл. 5).

Т а б л и ц а 5

Связь выраженности симптомов депрессии с субшкалами опросника копинг-стратегий COPE (коэффициент корреляции Спирмена, $p < 0.01$)

Шкалы	Депрессия
Шкала Позитивное переформулирование и личностный рост	-0,444

Это может быть связано с возможностью родственников переосмыслить ситуацию, перейти от ощущения своей вины к пониманию различных факторов, приведших к суицидальному поведению, принятию случившегося. Если ранее родственники говорили об ощущении, что ничто никогда не будет прежним, то спустя время родственники пациентов с

суицидальной попыткой отмечают позитивные изменения: улучшение отношений с другими родственниками и суицидентом благодаря лучше-му пониманию чувств другого, развитие эмпатии, изменение внутреннего локуса контроля на более гибкий, ощущение «внутреннего стрежня», лучший контакт с собой, самореализация в других сферах и социальных ролях, появление большей независимости, принятие вещей, которые невозможно изменить [22]. Среди позитивных изменений можно отметить, что суицидальная попытка может быть первым шагом к получению профессиональной помощи [3].

Общий показатель жизнестойкости, а также отдельные подшкалы значимо коррелируют с выраженностью симптома тревоги и депрессии (табл. 6).

Таблица 6

**Связь симптомов тревоги и депрессии с показателями жизнестойкости
(коэффициент корреляции Спирмена)**

Шкалы	Депрессия	Тревога
Общий показатель жизнестойкости	-0,600**	-0,494**
Вовлеченность	-0,389*	-0,329*
Контроль	-0,591**	-0,533**
Принятие риска	-0,581**	-0,454**

Примечание: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$

Жизнестойкость выступает как фактор, способствующий совладанию со стрессом, соответственно ее снижение говорит о возникновении внутреннего напряжения. Жизнестойкость — это не просто стратегия совладания, она включает в себя представления о себе, мире и людях. Ее снижение переключается с невозможностью переосмысления ситуации. При низкой вовлеченности возникает чувство отверженности, что является выражением изоляции, возможной стигматизации. Снижение показателей по шкале контроля — убежденности, что активные действия могут способствовать исправлению ситуации, можно сопоставить с повышением стратегии избегания, описанным в исследовании Винифред Асаре-Доку с соавторами (*W. Asare-Doku et al.*) [15]. Эти данные согласуются с результатами, полученными в исследовании де Грут и Коллена, которые отметили связь между возникновением депрессии и показателем мастерства (ощущения контроля над жизнью) у родственников после суицидальной попытки [19]. Шкала мастерства сопоставима с подшкалой контроля. Данная закономерность характерна не только для родственников после завершеного суицида, но и на всем континууме суицидального поведения.

Одной из задач пилотного исследования было изучение различий между группами родственников с разным суицидальным поведением по выраженности симптомов эмоционального неблагополучия, используемым копинг-механизмам и характеристикам семейной системы.

Ниже представлены результаты сравнения подгрупп родственников лиц с разным типом суицидального поведения по показателям эмоционального неблагополучия (табл. 7).

Таблица 7

Межгрупповые различия по симптомам депрессии и тревоги у родственников пациентов с разными формами суицидального поведения (критерий Краскела—Уоллиса)

Выраженность симптомов тревоги и депрессии	Средний ранг			p
	Родственники лиц с первой попыткой	Родственники лиц с многократными суицидальными попытками	Родственники лиц, совершивших завершённый суицид	
Тревога	16,78	22,25	23,50	0,25
Депрессия	15,50	21,45	25,54	0,06

Разницы в выраженности симптомов тревоги между группами нет. Различия по показателям симптомов депрессии — на уровне тенденции. При отдельном сравнении подгруппы родственников лиц с завершённым суицидом с подгруппой родственников после первой попытки выявлены статистически значимые различия по выраженности симптомов депрессии (U критерий Манна—Уитни, $p < 0,05$). Только в подгруппе родственников, переживших завершённый суицид, есть обратившиеся за стационарной медицинской помощью. Средние ранги по шкалам депрессии и тревоги также постепенно возрастают: самые низкие значения — у родственников лиц с однократной попыткой, средние — у родственников лиц с хроническим суицидом и самые высокие — у родственников лиц с завершённым суицидом. Возможно, при расширении выборки эта тенденция будет статистически подтверждена.

При сравнении групп по шкалам опросника жизнестойкости выявлены значимые различия по показателям вовлеченности и принятия риска. Различия по общему показателю жизнестойкости — на уровне тенденции. Самый низкий показатель вовлеченности — у родственников пациентов после многократных попыток. Та же тенденция наблюдается и в общем показателе жизнестойкости, что говорит о возможной хронификации напряжения и стресса, а также о большем риске возникновения соматических заболеваний в этой группе (табл. 8).

Таблица 8

**Межгрупповые различия по жизнестойкости у родственников
пациентов с разными формами суицидального поведения
(критерий Краскела—Уоллиса)**

Шкалы жизнестойкости	Средний ранг			p
	Родственники лиц с первой попыткой	Родственники лиц с многократными суицидальными попытками	Родственники лиц, совершивших завершённый суицид	
Жизнестойкость	25,44	15,10	18,71	0,07
Вовлеченность	25,44	13,75	19,68	0,04
Контроль	23,09	17,40	19,75	0,46
Принятие риска	26,13	16,40	17,00	0,04

Самый низкий показатель вовлеченности и жизнестойкости — у родственников пациентов после многократных попыток, он статистически значимо ниже в сравнении с группой родственников, переживших однократную суицидальную попытку. На уровне средних эти показатели ниже и в сравнении с группой родственников, переживших завершённый суицид, что говорит о большей хронификации напряжения и стресса в этой группе, а также о большем риске возникновения соматических заболеваний.

Результаты сравнения группы по используемым копинг-стратегиям приведены ниже (табл. 9). Группы различаются по частоте использования стратегии психологического и поведенческого избегания. Под психологическим избеганием понимается отвлечение от стрессогенного события через переключение на другие виды деятельности. Поведенческое избегание предполагает отказ от попыток решить проблемную ситуацию. Стратегию избегания в большей степени используют родственники лиц с многократным суицидальным поведением. Суицидальное поведение хронифицируется вследствие непродуктивных защитных механизмов, используемых родственниками. Также избегание может возникать из-за постоянного стресса, ощущения бессмысленности предпринимаемых попыток помощи и желания не думать о случившемся.

Среди показателей семейной системы значимых различий между тремя группами выявлено не было, однако не исключено, что при расширении выборки могут быть получены различия по шкале сплоченности (табл. 10). При попарном сравнении родственников пациентов с хроническим суицидальным поведением с двумя другими группами есть статистически значимые различия (U критерий Манна—Уитни, $p < 0,05$) по шкале сплоченности семейной системы.

Таблица 9

Межгрупповые различия по копинг-стратегиям у родственников пациентов с разными формами суицидального поведения (критерий Краскела— Уоллиса)

Шкалы копинг-стратегий	Средний ранг			p
	Родственники лиц с первой попыткой	Родственники лиц с многократными суицидальными попытками	Родственники лиц, совершивших завершённый суицид	
Позитивное переопределение события и личностный рост	18,44	22,20	21,64	0,65
Психологическое избегание	14,31	26,10	23,57	0,02
Фокусировка на эмоциях и их вентилирование	18,13	19,80	23,71	0,49
Использование инструментальной социальной поддержки	19,72	15,70	24,82	0,16
Активный копинг	21,88	20,15	19,18	0,81
Отрицание	17,84	21,15	23,07	0,46
Религиозный копинг	19,91	16,80	23,82	0,33
Использование юмора	16,59	25,05	21,27	0,16
Самоограничение	18,38	22,80	21,29	0,60
Поведенческое избегание	14,19	26,15	23,68	0,015
Использование эмоциональной социальной поддержки	20,69	16,95	22,82	0,48
Употребление ПАВ	20,41	25,15	17,29	0,19
Принятие	18,19	21,00	22,79	0,55
Отгораживание всех других занятий	20,00	19,15	22,04	0,81
Планирование совладания	20,13	18,35	22,46	0,68

Полученные результаты могут иметь несколько возможных объяснений. Сплоченность семьи снижается при многократном аутодеструктивном поведении. Также возможно другое объяснение. Для всех лиц с завершённым суицидом это была первая суицидальная попытка, т. е. в группах родственников с более высоким показателем сплоченности мы наблюдаем переживания семьи после первой попытки. Таким образом,

Таблица 10

**Межгрупповые различия по шкалам семейной системы
у родственников пациентов с разными формами суицидального поведения
(критерий Краскела—Уоллиса)**

Шкалы семейной системы	Средний ранг			p
	Родственники лиц с первой попыткой	Родственники лиц с многократными суицидальными попытками	Родственники лиц, совершивших завершённый суицид	
Сплоченность семейной системы	22,03	13,30	23,89	0,07
Экспрессивность	20,66	18,45	21,79	0,78
Конфликт	20,53	21,60	19,68	0,92
Независимость	22,47	20,75	18,07	0,57
Ориентация на достижения	20,09	21,80	20,04	0,92
Интеллектуально-культурная ориентация	17,53	22,95	22,14	0,41
Ориентация на активный отдых	19,75	21,45	20,68	0,93
Морально-нравственная ориентация	19,31	22,25	20,61	0,82
Организация	21,38	19,25	20,39	0,90
Контроль	18,69	19,05	23,61	0,45

можно предположить, что летальность суицидальной попытки не влияет на показатель сплоченности семейной системы. А.Г. Амбрумова писала о том, что в первый момент после суицида семья может сплотиться, чтобы помочь друг другу справиться со страхом, болью и стыдом [1]. Завершённый суицид может приводить к изменениям в семейных отношениях, которые приводят к увеличению сплоченности.

Обсуждение результатов

Зарубежные исследования свидетельствуют о влиянии суицидального поведения на членов семьи суицидента, а также на функционирование семейной системы в целом. Известно, что родственники суицидентов находятся в группе риска развития депрессии, ПТСР, патологического горя, а также суицидального поведения. Данные нашего пилотного исследования подтверждают, что не только сам суицидент, но и члены его семьи

нуждаются в психологической помощи. У 70% родственников, переживающих суицидальное поведение близкого, присутствуют симптомы депрессии разной степени тяжести, у 30% наблюдаются симптомы тревоги, у 40% снижена жизнестойкость. При этом тяжесть симптомов депрессии отрицательно связана с уровнем жизнестойкости и использованием копинг-стратегии позитивного переопределения и личностного роста.

Ранее оценки различий между эмоциональным благополучием, копинг-стратегиями и характеристиками семейной системы у членов семьи лиц с разными формами суицидального поведения не проводилось. Выраженность симптомов депрессии выше у родственников лиц, совершивших завершённый суицид. В то время как родственники пациентов после многократных суицидальных попыток оказались менее благополучными в сравнении с родственниками лиц после первой суицидальной попытки и завершённого суицида по уровню жизнестойкости и принятию риска.

Психологическое и поведенческое избегание наиболее характерно для родственников пациентов с хроническим суицидальным поведением. Родственники лиц с однократной суицидальной попыткой в наименьшей степени прибегают к этой копинг-стратегии. Стратегия избегания может приводить к отсутствию своевременной помощи суициденту и быть следствием выученной беспомощности у родственников.

У группы родственников лиц с хроническим суицидальным поведением ниже показатель сплоченности семейной системы в сравнении с группами родственников лиц с завершённым суицидом и однократной суицидальной попыткой. Современные модели суицидального поведения отводят важную роль межличностной ситуации в генезе суицидального поведения [7]. Так, в трехшаговой модели Дэвида Клонски (*E.D. Klonsky*) ослабление связей с внешним миром выступает как фактор, усиливающий интенсивность суицидальных мыслей, а интерперсональная теория Джойнера (*T.E. Joiner*) обращает внимание на утраченное чувство принадлежности к группе. Таким образом, снижение сплоченности может быть не только результатом хронического суицидального поведения, но и фактором, хронифицирующим его. На данном этапе исследования не представляется возможным говорить о причинно-следственных связях, однако, по опыту наблюдения и практической работы, можем предположить взаимообусловленность данных конструктов. Полученные результаты указывают на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Выводы

Таким образом, по результатам нашего исследования можно сделать следующие выводы.

У родственников лиц с разными формами суицидальным поведением повышены симптомы депрессии и тревоги, в то время как показатель жизнестойкости снижен.

Симптомы эмоционального неблагополучия отрицательно связаны с использованием копинг-стратегии позитивного переопределения и личностного роста у родственников лиц с разными формами суицидальным поведением. Копинг-стратегия психологического и поведенческого избегания чаще используется родственниками лиц с хроническим суицидальным поведением и реже всего родственниками лиц с первой суицидальной попыткой.

Родственники лиц, совершивших завершённый суицид, отличаются более высокими показателями симптомов депрессии, в то время как у родственников лиц с хроническим суицидальным поведением ниже показатель жизнестойкость. Эта группа также характеризуется более низкой сплоченностью семейной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика и вопросы профилактики суицидального поведения // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии / Под ред. А.Г. Амбрумовой. М.: Изд-во НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1984. С. 62—77.
2. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 25—41. doi:10.17759/cpp.2016240303
3. Борисоник Е.В., Любов Е.Б., Паршин А.Н., Цупрун В.Е. Бремя семьи, вызванное суицидальной попыткой близкого родственника // Материалы 5-й международной научно-практической конференции «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии» (г. Оренбург, 26—28 октября 2015 г.). Оренбург, 2015. С. 18—19.
4. Иванов П.А., Гаранян Н.Г. Апробация опросника копинг-стратегий (COPE) // Психологическая наука и образование. 2010. №1. С. 82—93.
5. Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2013. № 2. С. 147—165.
6. Польская Н.А. Роль социальных факторов в развитии самоповреждающего поведения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. № 2. С. 40—52. URL: <http://psyjournals.ru/en/psyclin/2012/n2/54581.shtml> (дата обращения: 20.12.2017).
7. Сырокашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 60—75. doi:10.17759/cpp.2017250304
8. Сырокашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 8—24. doi:10.17759/cpp.2016240302
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.

10. Тукаев Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 1. С. 151—163.
11. Федунина Н.Ю., Банников Г.С. Связь семейной сплоченности и адаптивности по опроснику faces-3 с проявлениями социально-психологического неблагополучия несовершеннолетних // Тюменский медицинский журнал. 2016. Т. 18. № 4. С. 22—35.
12. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101—110.
13. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов / 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Речь, 2006. 352 с.
14. Ahookhosh P., Bahmani B., Asgari A., Hassanian Moghaddam H. Family Relationships and Suicide Ideation: The Mediating Roles of Anxiety, Hopelessness, and Depression in Adolescents [Электронный ресурс] // International Journal of High Risk Behaviors and Addiction. 2017. Vol. 6 (1). URL: <http://jhrba.com/en/articles/13233.html> (Accessed 20.11.2013). doi:10.5812/jhrba.31573
15. Asare-Doku W., Osafo J., Akotia C.S. The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study // BMC Psychiatry. 2017. Vol. 17 (1). doi:10.1186/s12888-017-1336-9
16. Buus N., Caspersen J., Hansen R., Sienager E., Fleischer E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide // Journal of Advanced Nursing. 2014. Vol. 70 (4). P. 823—832. doi:10.1111/jan.12243
17. Cerel J., Jordan J., Duberstein P. The impact of suicide on the family // Crisis. 2008. Vol. 29 (1). P. 38—44. doi:10.1027/0227-5910.29.1.38
18. Daly P. Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their experience // Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2005. Vol. 43 (3). P. 22—28.
19. de Groot M., Kollen B.J. Course of bereavement over 8—10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: Longitudinal community based cohort study [Электронный ресурс] // BMJ. 2013. Vol. 347. URL: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5519> (дата обращения: 15.01.2018). doi:10.1136/bmj.f5519
20. Ferrey A. Hughes N.D., Simkin S., Locock L., Stewart A., Kapur N., Gunnell D., Hawton K. Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2016. Vol. 10 (1). doi:10.1186/s13034-016-0110-y
21. Lohan J.A., Murphy S.A. Family functioning and family typology after an adolescent or young adults' sudden violent death // Journal of Family Nursing. 2002. Vol. 8 (1). P. 32—49. doi:10.1177/107484070200800103
22. McGivern F.E. The personal impact of uncompleted suicide on partners: transformations for better, for worse: Doctor of Psychotherapy thesis. Dublin, 2014. 204 p.
23. Rutherford P. An Exploration by Interview of the Feelings of Mothers of Adolescent Children who have attempted Suicide. Dissertation theses ... Master of Arts. London, 2005.

24. Sands D., Tennant M. Transformative learning in the context of suicide bereavement // *Adult Education Quarterly*. 2010. Vol. 60 (2). P. 99–121. doi:10.1177/0741713609349932
25. Torraville M.A. Adolescent Suicidal Behaviours: A Phenomenological Study of Mothers' Experiences. Dissertation Theses ... Master of Nursing. St. John's Newfoundland, 2000. 92 p.
26. Tousignant M., Hamel S., Bastien M.F. Family structure, parent-child relationships and suicidal behavior in high-school // *Santé mentale au Québec*. 1988. Vol. 13 (2). P. 79–93.
27. Young I.T., Iglewicz A., Glorioso D., Lanouette N., Seay K., Ilapakurti M., Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012. Vol. 14 (2). P. 177–186.

THE PSYCHOLOGICAL STATE OF FAMILY MEMBERS WHO HAVE EXPERIENCED VARIOUS FORMS OF SUICIDE OF A LOVED ONE (SINGLE ATTEMPT, CHRONIC SUICIDE, COMPLETED SUICIDE)

E.V. BORISONIK*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
borisonik-ev@mail.ru

A.B. Kholmogorova**,

Moscow Research Institute of Psychiatry —

Branch of The Serbsky Federal

Medical Research Center for Psychiatry and Narcology,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
psylab2006@yandex.ru

For citation:

Borisonik E.V., Kholmogorova A.B. The Psychological State of Family Members Who Have Experienced Various Forms of Suicide of a Loved One (Single Attempt, Chronic Suicide, Completed Suicide). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [*Counseling Psychology and Psychotherapy*], 2018. Vol. 26, no. 1, pp. 56–75. doi: 10.17759/cpp.2018260105. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Borisonik Evgeniya Vladimirovna*, lecturer, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russia, e-mail: borisonik-ev@mail.ru

** *Kholmogorova Alla Borisovna*, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, acting dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: psylab2006@yandex.ru

The suicidal behavior of a member of a family influences the emotional well-being of his/her relatives. This paper presents the results of a pilot study of emotional well-being, coping strategies and characteristics of the family system among relatives of persons with suicidal behavior. The study involved 40 people, the total sample was divided into three subgroups: relatives of patients who survived the first suicide attempt ($n = 16$); relatives of patients after multiple suicide attempts ($n = 10$); relatives of persons who committed suicide ($n = 14$). In the first part of the study, the symptoms of emotional distress were analyzed for the entire sample. Relatives of people with different forms of suicidal behavior are at risk of depression: two-thirds of the combined sample showed increased symptoms of depression. The coping strategies of positive redefinition and personal growth are negatively correlated with symptoms of depression. In the second part of the study, we analyzed differences between subgroups. The severity of the symptoms of depression is significantly higher in the subgroup of relatives of people with completed suicide compared to relatives of those who survived a single suicide attempt, the indicators of hardiness and cohesion of the family system are lower in the families of people with multiple suicide attempts compared to other forms of suicidal behavior.

Keywords: suicide, family members, suicide survivors, suicide attempt, suicidal behavior, chronically suicidal patient.

REFERENCES

1. Ambrumova A.G., Postovalova L.I. Semeinaya diagnostika i voprosy profilaktiki suitsidal'nogo povedeniya [Family diagnostics and prevention of suicidal behavior]. In A.G. Ambrumova (ed.). *Problemy profilaktiki i reabilitatsii v suitsidologii* [Problems of prevention and rehabilitation of suicidology]. Moscow: Publ. NII psikiatrii MZ RSFSR, 1984, pp. 62–77.
2. Borisonik E.V., Lyubov E.B. Kliniko-psikhologicheskie posledstviya suitsida dlya sem'i zhertvy [Clinical and psychological consequences for the families of suicide victim]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24 (3), pp. 25–41. doi:10.17759/cpp.2016240303. (In Russ., abstr. in Engl.)
3. Borisonik E.V., Lyubov E.B., Parshin A.N., Tsuprun V.E. Breyma sem'i, vyzvannee suitsidal'noi popytkoi blizkogo rodstvennika [The burden of the family caused by the suicidal attempt of a close relative]. *Materialy 5-i mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Dushevnoe zdorov'e naseleniya na granitse Evropy i Azii"* (g. Orenburg, 26–28 oktyabrya 2015 g.) [Proceedings of the 5th International Scientific and Practical Conference "Mental Health of the Population on the Border between Europe and Asia"]. Orenburg, 2015, pp. 18–19.
4. Ivanov P.A., Garanyan N.G. Aprobatsiya oprosnika koping-strategii (COPE) [Validation of the Coping Strategies Questionnaire COPE]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2010, no. 1, pp. 82–93. (In Russ., abstr. in Engl.)
5. Osin E.N., Rasskazova E.I. Kratkaya versiya testa zhiznestoikosti: psikhometricheskie kharakteristiki i primeneniye v organizatsionnom kontekste [A short version of the

- hardiness test: psychometric characteristics and application in the organizational context]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Moscow University Herald. Series 14. Psychology], 2013, no. 2, pp. 147—165.
6. Pol'skaya N.A. Rol' sotsial'nykh faktorov v razvitiі samopovrezhdayushchego povedeniya [Elektronnyi resurs] [The role of social factors in the development of self-injurious behavior]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education], 2012, no. 2, pp. 40—52. Available at: <http://psyjournals.ru/en/psyclin/2012/n2/54581.shtml> (Accessed: 20.12.2017). (In Russ., abstr. in Engl.).
 7. Syrokvashina K.V. Sovremennye psikhologicheskie modeli suitsidal'nogo povedeniya v podrostkovom vozraste [Modern psychological models of suicidal behavior in adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2017. Vol. 25 (3), pp. 60—75. doi:10.17759/cpp.2017250304. (In Russ., abstr. in Engl.).
 8. Syrokvashina K.V., Dozortseva E.G. Psikhologicheskie faktory riska suitsidal'nogo povedeniya u podrostkov [Psychological factors of risk of suicidal behavior in adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24 (3), pp. 8—24. doi:10.17759/cpp.2016240302. (In Russ., abstr. in Engl.).
 9. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Practical guide to the psychology of post-traumatic stress]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 272 p.
 10. Tukaev R.D. Psikhicheskaya travma i suitsidal'noe povedenie: analiticheskii obzor literatury s 1986 po 2001 gody [Mental trauma and suicidal behavior: review of the literature from 1986 to 2001]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2003. Vol. 13 (1), pp. 151—163.
 11. Fedunina N.Yu., Bannikov G.S. Svyaz' semeinoi splochnosti i adaptivnosti po oprosniku faces-3 s proyavleniyami sotsial'no-psikhologicheskogo neblagopoluchiya nesovershennoletnikh [Association of family cohesion and adaptation measured by faces-3 scale with psychological wellbeing in adolescence]. *Tyumenskii meditsinskii zhurnal* [Tyumen Medical Journal], 2016. Vol. 18 (4), pp. 22—35.
 12. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Gorshkova D.A., Mel'nik A.M. Suitsidal'noe povedenie v studencheskoi populyatsii [Suicidal behavior in the student population]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2009, no. 3, pp. 101—110. (In Russ., abstr. in Engl.).
 13. Eidemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. Semeinyi diagnoz i semeinaya psikhoterapiya. Uchebnoe posobie dlya vrachei i psikhologov. Izd. 2-e, ispr. i dop. [Family diagnosis and family psychotherapy. Handbook for doctors and psychologists. 2nd edition, revised and expanded]. Saint Petersburg: Rech', 2006. 352 p.
 14. Ahookhosh P., Bahmani B., Asgari A., Hassanian Moghaddam H. Family Relationships and Suicide Ideation: The Mediating Roles of Anxiety, Hopelessness, and Depression in Adolescents. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 2017. Vol. 6 (1). Available at: <http://jhrba.com/en/articles/13233.html> (Accessed 20.11.2013). doi:10.5812/ijhrba.31573
 15. Asare-Doku W., Osafo J., Akotia C.S. The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 2017. Vol. 17 (1). doi:10.1186/s12888-017-1336-9

16. Buus N., Caspersen J., Hansen R., Stenager E., Fleischer E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 2014. Vol. 70 (4), pp. 823—832. doi:10.1111/jan.12243
17. Cerel J., Jordan J., Duberstein P. The impact of suicide on the family. *Crisis*, 2008. Vol. 29 (1), pp. 38—44. doi:10.1027/0227-5910.29.1.38
18. Daly P. Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their experience. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2005. Vol. 43 (3), pp. 22—28.
19. de Groot M., Kollen B.J. Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: Longitudinal community based cohort study. *BMJ*, 2013. Vol. 347. Available at: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5519> (Accessed 15.01.2018). doi:10.1136/bmj.f5519
20. Ferrey A. Hughes N.D., Simkin S., Locock L., Stewart A., Kapur N., Gunnell D., Hawton K. Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2016. Vol.10 (1). doi:10.1186/s13034-016-0110-y
21. Lohan J.A., Murphy S.A. Family functioning and family typology after an adolescent or young adults' sudden violent death. *Journal of Family Nursing*, 2002. Vol. 8 (1), pp. 32—49. doi:10.1177/107484070200800103
22. McGivern F.E. The personal impact of uncompleted suicide on partners: transformations for better, for worse: Doctor of Psychotherapy thesis. Dublin, 2014. 204 p.
23. Rutherford P. An Exploration by Interview of the Feelings of Mothers of Adolescent Children who have attempted Suicide. Dissertation theses ... Master of Arts. London, 2005.
24. Sands D., Tennant M. Transformative learning in the context of suicide bereavement. *Adult Education Quarterly*, 2010. Vol. 60 (2), pp. 99—121. doi:10.1177/0741713609349932
25. Torraville M.A. Adolescent Suicidal Behaviours: A Phenomenological Study of Mothers' Experiences. Dissertation Theses ... Master of Nursing. St. John's Newfoundland, 2000. 92 p.
26. Tousignant M., Hamel S., Bastien M.F. Family structure, parent-child relationships and suicidal behavior in high-school. *Santé mentale au Québec*, 1988. Vol. 13 (2), pp. 79—93.
27. Young I.T., Iglewicz A., Glorioso D., Lanouette N., Seay K., Ilapakurti M., Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2012. Vol. 14 (2), pp. 177—186.