

УДК 159.9

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У РОДСТВЕННИКОВ ЛИЦ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Борисоник Е.В., Холмогорова А.Б., Бадалян А.В (Москва, Россия)



Борисоник Евгения Владимировна

Старший преподаватель факультета консультативной и клинической психологии, Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет»; г. Москва; научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва.

E-mail: borisonik-ev@mail.ru. SPIN-код: 4640-0152;

ID Web of Science: ABS-3333-2022;

ORCID: 0000-0002-4643-239X.



Холмогорова Алла Борисовна

Доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет»; г. Москва; ведущий научный сотрудник Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»; г. Москва.

E-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru.

SPIN-код: 5774-2928.

ORCID: 0000-0001-5194-0199



Бадалян Амаяк Вазгенович

Доктор медицинских наук, заведующий отделением острых отравлений для психических больных, ведущий научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»; доцент кафедры клинической токсикологии ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ,

E-mail: badalyanav@sklif.mos.ru

ORCID: 0000-0003-4429-2503

Аннотация

Актуальность. Суицидальное поведение одного из членов семьи оказывает травматическое влияние на других ее членов. Данные зарубежных исследований показывают

риск развития симптомов депрессии и посттравматического стрессового расстройства у близкого окружения. При этом мало известно о разнице во влиянии разных форм суицидального поведения на членов семьи.

Цель. Сопоставление эмоционального состояния и способов совладания со стрессом у родственников, чьи близкие имеют разные формы суицидального поведения.

Материалы и методы. Выборку составили 114 родственников лиц с разными формами суицидального поведения (актуальными суицидальными мыслями, однократными суицидальными попытками, многократными попытками суицида и завершённым суицидом). В исследовании использован блок методик, направленный на оценку выраженности симптомов эмоционального неблагополучия и качества жизни и блок методик для оценки способов совладания со стрессом.

Результаты. У 70% выборки родственников лиц с разными формами суицидального поведения наблюдаются симптомы депрессии разной степени тяжести. Родственники лиц, совершивших завершённый суицид, имеют более выраженные симптомы депрессии и тревоги, в то время как родственники лиц, чьи близкие переживают суицидальные мысли, чаще проявляют симптомы субдепрессивного состояния и имеют более низкие баллы по шкале тревоги ($p < 0,01$). Родственники лиц с завершённым суицидом и многократными попытками отличаются сниженным уровнем жизнестойкости ($p=0,028$). Такая стратегия совладания, как принятие, способствует обращению за помощью ($p = 0,029$), в то время как отрицание ($-0,349$), избегание ($-0,475$) и вентилирование эмоций ($-0,271^{**}$) связаны со снижением жизнестойкости.

Выводы. Завершённый суицид и многократные суицидальные попытки у члена семьи являются более травмирующими событиями для родственников по сравнению с наличием суицидальных мыслей или однократной попытки у члена семьи и снижают способность к преодолению стрессовых жизненных событий у родственников в дальнейшем. Способность к принятию проблемы при совладании со стрессом, в противовес неконструктивному копингу избегания проблем, является важным фактором предотвращения кризиса у родственников лиц с разными формами суицидального поведения.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, многократные суицидальные попытки, завершённый суицид, горе, суицидальное поведение.

Для цитаты: Борисоник Е.В., Холмогорова А.Б., Бадалян А.В. Эмоциональное состояние и стратегии совладания со стрессом у родственников лиц с разными формами суицидального поведения // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2026. Т.18. №3(91). С.82-98. URL: <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-2-81-97>.

Введение

Суицидальное поведение представляет собой широкий континуум и включает как внутренние формы суицидального поведения (суицидальные мысли, намерения, замыслы), так и внешние (суицидальные попытки и завершённый суицид). Многие зарубежные исследования посвящены анализу переживаний людей, чьи близкие совершили завершённый суицид. Данные зарубежных исследований показывают высокие риски развития депрессии, патологического горя и симптомов посттравматического стрессового расстройства у членов семьи. Сильное влияние на горевание оказывает социальная стигматизация [1-4].

Несмотря на распространённость незавершённых самоубийств, менее изучено, как члены семьи переживают суицидальную попытку, совершенную близким. Имеющиеся исследования отмечают сниженный уровень жизнестойкости, тревогу, связанную со страхом повторения суицидальной попытки, повышенный уровень стресса и симптомы депрессии [5-8].

Немногочисленные исследования влияния актуальных суицидальных мыслей на близких показывают снижение их качества жизни, при этом родственники в кратком самоотчете сообщают о проблемах, связанных с собственным ментальным здоровьем [9].

В качестве важного фактора для оценки динамики состояния близких как при попытке суицида, так и при завершённом суициде, выделяют способы совладания со стрессом. В этом случае продуктивные стратегии совладения, такие как принятие, поиск социальной поддержки, планирование и религиозный копинг, будут выступать в качестве защитного фактора. Напротив, неадаптивные стратегии совладания — избегание, дистанцирование, самоограничение и употребление психоактивных веществ (ПАВ), усиливают эмоциональный дистресс [8,10-12]. Отдельную роль играет социальная поддержка, которую семья получает после трагедии. Переживание стигматизации, чувство стыда и вины связано с избегающим

стилем совладания со стрессом [13]. Напротив, эмоциональная и социальная поддержка выступают ресурсом для преодоления кризиса [14].

Остается открытым вопрос о разнице в используемых совладающих стратегиях у родственников лиц с разными формами суицидального поведения. Главной отличительной чертой является то, что в случае незавершенной попытки, стиль совладания влияет не только на самого родственника, но и на помощь, которую он может оказать близкому, переживающему суицидальный кризис [15]. Активные стратегия совладания со стрессом помогают членами семьи справиться с шоком, перейти к действиям по организации помощи [11]. Такая стратегия совладания, как оттормаживание всех других занятий и регулярный мониторинг состояния человека, часто являющаяся первой реакцией на суицидальное поведение родственника, приводит к эмоциональному истощению [8].

Целью настоящего исследования является сравнение эмоционального состояния и способов совладания со стрессом у родственников, чьи близкие имеют разные формы суицидального поведения (суицидальные мысли, попытки, завершённый суицид).

Выборка исследования. В рамках исследования было обследовано 114 близких родственников пациентов, поступивших в связи с суицидальной попыткой в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского и в городскую клиническую больницу № 20 (кризисно-психиатрическое отделение), а также родственников, переживших завершённый суицид, обратившихся за помощью на сайте для горюющих "memoriam.ru". Выборка разделена на 4 подгруппы:

1. Родственники лиц, чьи близкие переживают актуальные суицидальные мысли (n=21)
2. Родственники лиц с однократной суицидальной попыткой (n=39);
3. Родственники лиц с многократными суицидальными попытками (n=25);
4. Родственники лиц с завершённым суицидом (n=28).

Все родственники были информированы о цели проведения исследования и дали согласие на участие.

Материалы и методы исследования

1. Для оценки выраженности симптомов эмоционального неблагополучия и качества жизни:

- шкала депрессии Бека (Автор: А. Beck, 1961; адаптация Н.В.Тарабриной, 2001) [16];
- шкала тревоги А. Бека (Автор: А. Т. Beck, 1988);
- шкала оценки здоровья EQ-5D (зарегистрирована Международным обществом по исследованию качества жизни (ISOQOL)) [17];

2. Для оценки способов совладания со стрессом:

- Тест жизнестойкости (Авторы: S. Maddi, D. Khoshaba 2001; адаптация Д.А Леонтьева и Е.И. Рассказовой, 2006; Модификация Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой) [18];
- Опросник копинг-стратегий COPE (Авторы: C. S. Carver, M. F. Scheier, J. K. Weintraub 1989; адаптация П. А. Иванова, Н. Г. Гаранян, 2010) [19].

С пятью родственниками было проведено полуструктурированное интервью, выдержки из которого приводятся ниже для иллюстрации данных, полученных в ходе статистической обработки тестов. Полуструктурированное интервью включало три тематических блока: семейный контекст суицидального поведения, субъективное бремя (первые эмоциональные реакции на суицидальное поведение и их динамика) и трудности, с которыми столкнулись родственники.

Для анализа результатов использован пакет IBM SPSS Statistics 27.0. Для исследования взаимосвязи выраженности симптомов эмоционального неблагополучия и способов совладания со стрессом был использован ранговый критерий Спирмена. Для анализа различий между группами критерий Краскела—Уоллиса и Критерий Манна—Уитни.

Социодемографические данные обследованных семей представлены в таблице 1. Большая часть обследованных — матери. Мужчины значительно реже женщин обращаются за помощью к психологу и соглашаются на участие в исследовании (в соотношении 1:3). Это различие особенно выражено в группе родственников лиц с завершённым суицидом.

Таблица 1

Социодемографические характеристики

Социально-демографические показатели		Родственники лиц с суицидальными мыслями (n=21)	Родственники лиц с однократной суицидальной попыткой (n=39)	Родственники лиц с многократными суицидальными попытками (n=26)	Родственники лиц, совершивших завершённый суицид (n=28)
Пол	Муж.	6	15	7	1
	Жен.	15	24	19	27
Средний возраст родственника		46	46	44	41
Возрастной диапазон		29-63	23-62	19-65	20-57
Степень родства	Родитель	14	26	21	12
	Супруг	5	7	5	9
	Ребенок	1	4	0	4
	Сиблинг	1	2	0	2

Пациентам с однократными попытками и суицидальными мыслями чаще всего поставлен диагноз депрессия разной степени тяжести, в то время как пациентам с многократными попытками — личностное расстройство (табл. 2). В случае завершённого суицида диагноз известен только со слов родственников, во многих случаях человек, совершивший суицид, не обращался за помощью до трагедии. В связи с этим невозможно достоверно предоставить данные по диагнозам в этой группе.

Таблица 2

Наличие психического расстройства в группах лиц с разными формами суицидального поведения в %

Психиатрический диагноз	Суицидальные мысли (n=21)	Однократная суицидальная попытка (n=39)	Многократные суицидальные попытки (n=26)
Аффективные расстройства	52% (n=11)	49% (n=19)	35% (n=9)
Шизофрения и другие острые психозы	19% (n=4)	13% (n=5)	4% (n=1)
Расстройства личности	24% (n=5)	26% (n=10)	50% (n=13)
Расстройства адаптации	5% (n=1)	5% (n=2)	11% (n=3)
Другое	0	7% (n=3)	0

В группе пациентов, совершивших суицидальные попытки, наблюдаются менее летальные способы суицида (табл. 3), в то время как у лиц с завершённым суицидом — более летальные, что соотносится с данными исследований. При многократных попытках суицида тяжесть суицидального поведения увеличивается [20-21].

Таблица 3

Способы суицида в группах лиц с разными формами суицидального поведения в %

Виды физической травмы	Однократные суицидальные попытки (n=39)	Многократные суицидальные попытки (n=26)	Завершенный суицид (n=28)
Колото-резаные ранения	18%	37%	7%
Самоотравление	75%	57%	0%
Самоповешение	0	2%	50%
Прыжок с высоты	2%	5%	25%
Прочие виды физической травмы	5%	0	18%

Среди пациентов с суицидальными мыслями у четверти наблюдалось самоповреждающее поведение.

Результаты

Выраженность симптомов тревоги и депрессии у родственников лиц с разными формами суицидального поведения. Родственники лиц с суицидальным поведением имеют высокий риск развития симптомов депрессии: у 70% всей выборки наблюдаются симптомы депрессии. При этом выраженность симптомов депрессии различалась в разных группах (табл. 4). Наиболее высокий уровень симптомов депрессии наблюдается в группе родственников, чьи близкие совершили завершённый суицид (рис. 1), что, вероятно, связано с переживаниями потери и горем: «И первое время, когда П. не стало, мне было все черно абсолютно». В этой группе наибольший процент лиц с симптомами тяжелой депрессии (33% группы), также часто встречаются симптомы депрессии средней степени тяжести (26% группы). У родственников лиц, совершивших многократные суицидальные попытки, чаще всего наблюдается симптомы депрессии средней степени выраженности (38% группы). Симптомы субдепрессии чаще всего встречается у родственников лиц, чьи близкие имеют суицидальные мысли (43% группы) (рис. 1).

Выраженность симптомов депрессии совпадает с самоотчетом родственников при заполнении методики оценки здоровья EQ-5D. Депрессивное состояние у себя предполагают 87% выборки, что даже превышает процент выборки с симптомами депрессии по данным шкалы депрессии А. Бека. «Я сама очень устала, я себя чувствую..., у меня, наверное, тоже какая-нибудь депрессия, я так предполагаю».

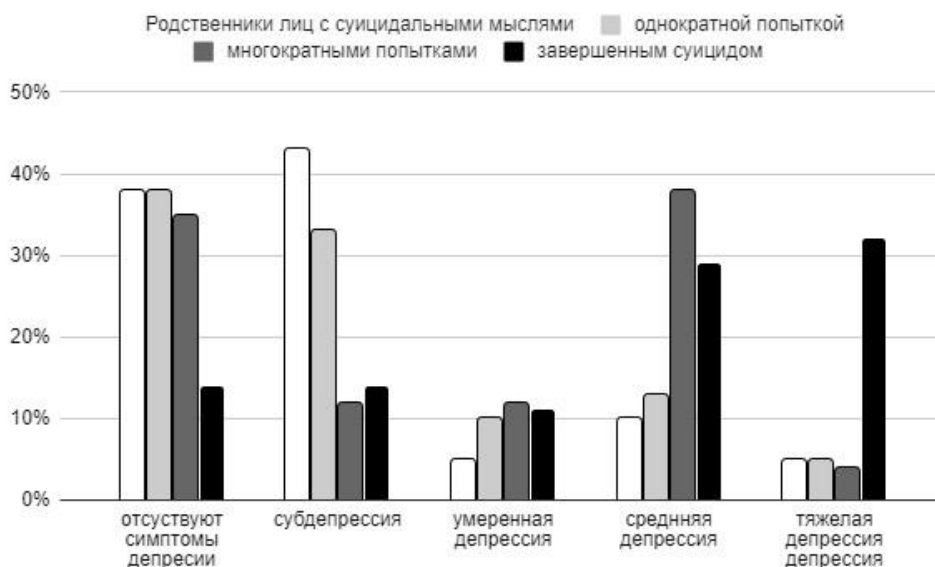


Рисунок 1. Выраженность симптомов депрессии в группах родственников лиц с разными формами суицидального поведения в %

Родственники часто описывают тревогу, связанную с состоянием близкого совершившего попытку суицида: «Но для меня все равно волнение было сильное из-за того, что она постоянно эти попытки себе наносит, наносит, пусть она не окончательная. Каждый день разговоры о том, что жить не хочется. Да, я очень боялась. Я каждый день это слушала на протяжении полугода». При этом клинически выраженные значения уровня тревоги принимает только у 21% выборки. Значимые различия наблюдаются в выраженности уровня тревоги между группами родственников лиц с разными формами суицидального поведения (табл.4). Наиболее высокий уровень тревоги наблюдается у родственников, чьи близкие совершили завершённый суицид. Второе по выраженности симптомов тревоги место занимают родственники лиц с многократными попытками суицида. Более низкие показатели тревоги характерны для членов семей родственников лиц с однократной попыткой суицида, а самый низкий уровень тревоги отмечается у близких, переживающих актуальный суицидальный кризис. Переживание тревоги можно проиллюстрировать следующей фразой из интервью: «Это был шок просто, это длилось примерно полгода — такой фильм ужасов, который как бы не со мной происходит».

Выраженность тревоги иногда снижается, что связано с необходимостью мобилизовать ресурсы, быстро принимать оперативные решения, связанные с оказанием помощи после попытки: «ну, наверное, испуг. Конечно, испуг, легкая растерянность в первое время, но потом уже было некогда пугаться».

Таблица 4

Межгрупповые различия по выраженности симптомов депрессии и тревоги у родственников лиц с разными формами суицидального поведения

Выраженность симптомов тревоги и депрессии	Выраженность симптомов депрессии		Выраженность симптомов тревоги	
	Me	95% ДИ	Me	95% ДИ
Родственники лиц с актуальными суицидальными мыслями (n= 21)	12,0	7-15	9,0	5- 12
Родственники лиц с однократной суицидальной попыткой (n= 39)	11,0	8-14	9,0	5-14
Родственники лиц с многократными суицидальными попытками (n= 26)	17,0	11-23	12,0	7,5-19,0
Родственники лиц, совершивших завершённый суицид (n= 28)	25,0	17-29,5	20,5	10-25
Р	0,001		0,012	

Примечание. Me — медиана; ДИ — доверительный интервал; р — уровень статистической значимости различий по критерию Краскела—Уоллиса.

Выраженность суицидального риска в группах родственников лиц с разными формами суицидального поведения. Среди родственников лиц с разными формами суицидального поведения 31% сами переживают суицидальные мысли. Суицидальный кризис не всегда однозначно связан с переживанием суицидального поведения близкого, напротив, часто суицидальные мысли у родственника пациента появлялись еще до трагедии. В этом случае суицид или суицидальная попытка может выступать сдерживающим фактором: видя трагедию со стороны и её влияние на семью, человек переоценивает свою жизнь и испытывает страх перед собственными суицидальными действиями.

Группа родственников, отмечающих у себя суицидальные мысли, характеризуется статистически значимо более высокими показателями симптомов депрессии, тревоги и более низким уровнем жизнестойкости (Критерий Манна—Уитни, $p=0,01$). Реже суицидальные мысли встречаются среди родственников, чьи близкие имеют суицидальные мысли и однократную попытку суицида (у 26% и 27% подгруппы соответственно) Чаще всего среди родственников лиц, совершивших многократные суицидальные попытки – у 38% подгруппы. Эти данные согласуются с зарубежными исследованиями: регрессионный анализ показывает связь между семейной историей суицидального поведения и большим количеством попыток у пациентов с депрессией. Наличие суицидального поведения в семейном анамнезе увеличивает суицидальный риск: 24% пациентов сообщают о суицидальном поведении у родственников

первой и второй степени родства, при этом наблюдалась схожесть по типу или частоте суицидальных попыток, уровню агрессии и импульсивности, возрасту начала депрессии и первой попытки [22-23].

Физическое самочувствие у родственников лиц с разными формами суицидального поведения. Члены семей жалуются не только на плохое эмоциональное самочувствие, но и на состояние здоровья. По шкале оценки здоровья EQ-5D 53% родственников жалуются на боль и физический дискомфорт. Можно предположить, что ухудшение физического самочувствия связано с перенесённым стрессом. Плохое физическое самочувствие с одной стороны коррелирует с большим возрастом респондентов, с другой — с выраженностью симптомов тревоги и депрессии (табл. 5). Более высокий балл по шкале здоровья связан с субъективно более высоким уровнем жизнестойкости.

Таблица 5

Связь физического самочувствия (EQ-5D) с выраженностью симптомов эмоционального неблагополучия и уровнем жизнестойкости во всей обследованной выборке (n= 114)

	Возраст	Выраженность тревоги	Выраженность симптомов депрессии	Жизнестойкость
Здоровье	- ,0,240*	-,391**	-,482**	0,431**

Примечание: р — уровень значимости связи по критерию Спирмена; «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$.

Таким образом, можно предположить, что недомогание и физическое истощение связаны со стрессом, переживаемым в связи с суицидальным поведением близкого, в отличие от популяционной выборки, где показатель по шкале здоровья постепенно снижается с возрастом [24]. Иногда тревога описывается в первую очередь через физические ощущения и не осознается до конца: «Дрожь чувствуется, т.е. потрясывает. Т.е. физически потрясывает, тремор рук и слабость».

Значимых различий в показателях по шкале здоровья между 4-мя группами не выявлено. На уровне тенденции родственники лиц с более тяжелыми формами суицидального поведения (многократными суицидальными попытками и завершённым суицидом) чаще отмечают у себя плохое физическое самочувствие (Манн—Уитни, $p=0,056$).

Среди родственников 37% отмечают сложности с выполнением повседневных дел. Близкие так описывают влияние переживания суицидального поведения члена семьи на повседневную жизнь: «У меня нет сил жизненных, причем я понимаю, мне столько надо делать. Но нет сил. Я все время на взводе, какая-то вся плаксивая». Другой респондент так описывает влияние суицидального кризиса на работу: «Я так плохо себя чувствовала, что это на мне было написано фактически. Я выходила на работу и работать не могла».

Характеристики уровня жизнестойкости в группах родственников с разными формами суицидального поведения. При сравнении 4-х групп между собой значимых различий в выраженности жизнестойкости не выявлено. Однако, при объединении родственников лиц с завершённым суицидом и многократными попытками в одну группу, видно, что их уровень жизнестойкости значимо ниже ($Me = 40,0$; 95% ДИ [35,0; 47,0]), чем у родственников пациентов с однократной суицидальной попыткой и суицидальными мыслями ($Me = 43,0$; 95% ДИ [40,0; 52,0]); U критерий Манна—Уитни, $p= 0,028$). Можно предположить, что завершённый суицид и многократные суицидальные попытки являются более травмирующими событиями и снижают способность к преодолению стрессовых жизненных событий в дальнейшем (табл.6), что соотносится и с более выраженными жалобами на плохое физическое самочувствие и истощение. Таким образом, мы предлагаем рассматривать завершённый суицид и многократные суицидальные попытки как более тяжелые формы суицидального поведения для близкого окружения.

Таблица 6

Число респондентов с низким уровнем жизнестойкости в группах родственников лиц с разными формами суицидального поведения

	Количество респондентов с низким уровнем жизнестойкости в %
Родственники лиц с суицидальными мыслями	39%
Родственники лиц с однократной попыткой	30%
Родственники лиц с многократными суицидальными попытками	45%
Родственники лиц, совершивших завершённый суицид	49%

Уровень жизнестойкости отрицательно связан с выраженностью симптомов депрессии ($-0,692^{**}$) и тревоги ($-0,587^{**}$). Жизнестойкость рассматривается как фактор-протектор возникновения депрессии [25], что соотносится с данными исследования.

Время, прошедшее с момента завершённого суицида, не было связано с выраженностью симптомов эмоционального неблагополучия. Горевание в связи с суицидом традиционно связывается с повышением риска осложнённого горя вследствие травматического характера смерти. Возможно, что все этапы горевания длятся дольше, а эмоциональное состояние меняется медленнее. Так, в зарубежном исследовании отмечается, что близкие лишь спустя два года после смерти смогли отметить, что негативные чувства перестали преобладать [26]. В настоящем исследовании большая часть родственников была обследована в течение первого года. Можно также предположить, что именно родственники с осложнённым горем больше искали помощи и чаще становились респондентами в исследовании. Тем не менее время, прошедшее с момента завершённого суицида, влияло на жизнестойкость: чем больший период прошёл с момента попытки, тем проще было родственникам чувствовать вовлечённость в свои дела ($0,493^{**}$).

Характеристики способов совладания со стрессом в группах родственников лиц с разными формами суицидального поведения. Выраженность симптомов тревоги и депрессии связана с использованием дисфункциональных стратегий совладания: поведенческим избеганием, отрицанием и вентилицией эмоций: «Очень тяжело, очень тяжело все время думать об этом».

В интервью обращает на себя внимание высокий уровень стигматизации и сложности в обращении за неформальной поддержкой. «Ну, это мое и я должна, сама вот это как-то все. Может быть не мужество, может быть, это закрытость, но вот я это я как бы вот, я знаю, пользу не приносит, со временем знаешь, что что бы ты не рассказывал о своих, пользы нет».

Большее время, прошедшее с момента завершённого суицида, влияло на уменьшение избегания ($-0,0405$)* в качестве копинг-стратегии и возрастания готовности к переопределению ($0,464^{*}$).

Таблица 7

Связь выраженности симптомов эмоционального неблагополучия и уровня жизнестойкости с используемыми копинг-стратегиями (Методика COPE)

Используемые копинг-стратегии	Выраженность симптомов депрессии	Выраженность симптомов тревоги	Уровень жизнестойкости
Позитивное переопределение события и личностный рост	$-0,488^{**}$	$-0,412^{**}$	$0,380^{**}$

Активный копинг	-0,250**	-0,415**	0,280**
План совладания	-0,201*		0,202*
Юмор	-0,271**		
Отрицание	0,283**	0,256**	-0,349**
Поведенческое избегание	0,241*	0,216*	-0,475**
Фокусировка на эмоциях и их вентилирование	0,303**	0,384**	-0,271**
Оттормаживание всех других занятий			-0,303**

Примечание: р — уровень значимости связи по критерию Спирмена; «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$.

Родственники лиц с однократными и многократными попытками значимо не отличались между собой по используемым стратегиям совладания со стрессом. Родственники лиц с завершённым суицидом чаще используют малоадаптивные копинг-стратегии, такие как вентилирование эмоций и отрицание (табл. 8). При этом родственники лиц с суицидальными мыслями наименее склонны к использованию этих стратегий. Избегание может приводить к игнорированию тревожных сигналов и отсутствию своевременного обращения за помощью.

Таблица 8

Сравнение совладающего поведения у родственников лиц с разными формами суицидального поведения

Используемые копинг-стратегии	Родственники лиц с суицидальными мыслями		Родственники лиц с однократной и многократными попытками суицида		Родственники лиц с завершённым суицидом		Уровень значимости
	Me	95% ДИ	Me	95% ДИ	Me	95% ДИ	
Вентилирование эмоций	9,0	8–10	10	9–11	11,0	10–12	0,005
Отрицание	6,0	5–6	6	5–7	8,0	5,5–9	0,05

Примечание. Me — медиана; ДИ — доверительный интервал; р — уровень статистической значимости различий по критерию Краскела—Уоллиса.

При сравнении родственников, чьи близкие поступили в НИИ Склифосовского и в ГКБ в Кризисное отделение, можно отметить следующие различия в показателях стратегии совладания. Родственники лиц, госпитализированных в Кризисное отделение, в случае обращения пациента за помощью в добровольном порядке, реже прибегают к стратегиям мысленного ухода от проблем и поведенческого избегания, а чаще используют принятие в качестве стратегии совладания по сравнению с родственниками, чьи близкие поступили в НИИ Склифосовского после суицидальной попытки, где помощь оказывалась в экстренном порядке (табл. 9). Можно предположить, что данное различие в стратегиях совладания помогает семье организовать соответствующую помощь для близкого, имеющего суицидальные мысли, и обратиться за помощью к психиатру и психологу в добровольном порядке.

Таблица 9

Сравнение совладающего поведения у родственников, чьи близкие обратились за помощью в добровольном порядке и были экстренно госпитализированы после попытки суицида

Используемые копинг-стратегии	Родственники, чьи близкие обратились за помощью в добровольном порядке		Родственники, чьи близкие были экстренно госпитализированы после попытки суицида		Уровень значимости
	Me	95% ДИ	Me	95% ДИ	
Мысленный уход от проблемы	5	4,0–6,0	7	5,0–7,0	0,008
Поведенческое избегание	7	6,5–8,0	9	8,0–10,0	0,02
Принятие	11	10–12	10	8–11	0,029

Примечание. Me — медиана; ДИ — доверительный интервал; p — уровень статистической значимости различий по критерию Манна—Уитни.

Женщины значимо чаще, чем мужчины, прибегают к вентилированию эмоций. Мужчины, напротив, чаще используют оттормаживание аффекта, а также такие стратегии совладания как юмор и употребление психоактивных веществ. «Ну самое простое это позвонить другу, пойти употребить алкоголя какую-нибудь смертельную дозу. чтобы отрубить психику. Спорт уже особо не помогает». Разница в используемых стратегиях совладания, вероятно, приводит к разной частоте обращения за помощью, при этом выраженность симптомов депрессии не отличается между мужчинами и женщинами.

Таблица 10

Сравнение совладающего поведения у родственников женского и мужского пола

Используемые копинг-стратегии	Женщины		Мужчины		Уровень значимости
	Me	95% ДИ	Me	95% ДИ	
Вентилирование эмоций	11	10–11	10	8–10	0,005
Оттормаживание аффекта	9	9–10	10	10–11	0,033
Юмор	6	5–6	8	6–10	0,005
Употребление психоактивных веществ	4	4–4	7	4–8	0,021

Примечание. Me — медиана; ДИ — доверительный интервал; p — уровень статистической значимости различий по критерию Манна—Уитни.

Родственники, сами переживающие суицидальный кризис, чаще прибегают к отрицанию и поведенческому избеганию, как стратегиям совладания со стрессом, реже используют активный копинг, на уровне тенденции реже прибегают к переопределению и чаще злоупотребляют психоактивными веществами (табл. 11).

Таблица 11

Сравнение совладающего поведения у родственников, переживающих суицидальный кризис, и не имеющих актуальных суицидальных мыслей

Используемые копинг-стратегии	Родственники, переживающие суицидальный кризис		Родственники, не имеющие актуальных суицидальных мыслей		Уровень значимости
	Me	95% ДИ	Me	95% ДИ	
Переопределение	10	8-11	11	11-12	0,056
Активный копинг	11	10-12	12	12-13	0,015
Отрицание	7	4,2-7	6	5-6	0,02
Поведенческое избегание	9	8-10	8	7-8	0,024
Употребление психоактивных веществ	6	4-7	4	4-4	0,041

Примечание. Me — медиана; ДИ — доверительный интервал; р — уровень статистической значимости различий по критерию Манна—Уитни.

Эти данные согласуются с данными исследований копинг-стратегий, используемых лицами с суицидальным поведением. Родственники, имеющие суицидальный риск, с большей вероятностью используют самоотвлечение, злоупотребление психоактивными веществами, поведенческое избегание, вентилирование эмоций и самообвинение [26-27].

Обсуждение

У 70% родственников наблюдаются симптомы депрессии, а у 30% — суицидальные мысли. Данные зарубежных исследований разнятся: исследование Л. Хофмана показало наличие симптомов депрессии у 42% родственников после завершённого суицида, при этом симптомы пролонгированного горя спустя два месяца после трагедии наблюдаются у 76%, что соотносится с данными по выраженности симптомов депрессии у родственников лиц с завершённым суицидом в нашем исследовании и подтверждает предположение о том, что высокий балл по шкале депрессии связан с гореванием [29].

Исследование, проведённое в рамках программы психологической помощи, оказываемой горюющим после утраты близкого в результате суицида, показало, что 28% переживают симптомы умеренной и тяжёлой депрессии. Другое исследование, направленное на изучение членов семьи мужчин, совершивших попытку суицида, показывает, что все респонденты переживали симптомы субдепрессивного состояния; эти данные, напротив, незначительно превышают показатели нашего исследования [15].

Среди родителей, чьи дети совершили попытку суицида, 75% сообщают об эпизоде депрессии в анамнезе [7]. В резюме можно отметить, что данные зарубежных исследований соотносятся с нашим исследованием: близкое окружение после попытки суицида скорее переживает субдепрессивное состояние, тогда как завершённый суицид увеличивает риск развития депрессии.

Такую же разницу в данных можно отметить и в распространённости суицидальных мыслей. В случае завершённого суицида разные исследования оценивают, что от 13% до 42% родственников переживают суицидальные мысли. Другое исследование отмечает, что среди родственников половина переживали выраженную безнадежность, связанную с суицидальным риском [15; 30-32]. В отечественном исследовании, проведённом среди семей девочек-подростков, совершивших попытку суицида, 27% родителей ранее имели суицидальные мысли [7].

Половина респондентов жалуются не только на эмоциональное неблагополучие, но и на плохое физическое самочувствие. Исследования, ведущиеся в этом направлении, с одной стороны, выделяют риски по развитию отдельных соматических болезней, такие как онкологические и сердечно-сосудистые болезни, диабет, триггером начала которых может

выступать повышенный уровень стресса, так же и общие, менее специфичные жалобы, такие как головные боли [12; 30-31,33].

Данные исследования показали, что родственники лиц, совершивших завершённый суицид и имеющих многократные суицидальные попытки, относятся к более уязвимой группе. Их отличают более высокие показатели по шкалам депрессии и тревоги, более низкий уровень жизнестойкости и плохое физическое самочувствие. Они также отличаются использованием дисфункциональных стратегий совладания со стрессом, таких как вентилирование эмоций и отрицание. Таким образом, можно выделить эти две формы суицидального поведения как более травматичные для родственников.

В отличие от некоторых зарубежных исследований, в нашей работе не было зафиксировано статистически значимой разницы в выраженности симптомов депрессии между полами, что возможно связано с неравномерностью распределения выборки по полу [31]. В то же время, есть разница в показателях используемых стратегий совладания: женщины в большей степени склонны к вентилированию эмоций, мужчины к отторжению аффекта и использованию ПАВ, при этом обе стратегии связаны с эмоциональным неблагополучием. Можно сделать вывод о том, что в обследованной выборке и женщины, и мужчины склонны использовать малоадаптивные стратегии совладания.

Члены семьи в нашем исследовании сообщают о влиянии на повседневные дела и обязанности. Так, 42% переживают трудности в выполнении дел, а в исследовании S. Bellini и соавторов этот показатель составляет 62% [28].

Переживание эмоционального неблагополучия связано не только с формой суицидального поведения, но и со стратегиями совладания. Среди них выделяют позитивное переформулирование и личностный рост, которые можно соотнести с посткризисным ростом. В случае незавершённого суицида такие стратегии могут стать триггером для обращения за помощью и перестройки отношений внутри семьи.

Результаты исследования позволяют выделить задачи психологической помощи для членов семей лиц с разными формами суицидального поведения. Переживая выраженный эмоциональный дистресс, вследствие табуированности темы суицида в обществе, члены семьи часто не могут получить неформальную поддержку, в связи с чем особенно важной становится поддержка, которую могут оказать профессионалы в сфере охраны психического здоровья. Помощь должна включать информирование родственников о возможности ее получения, оценку текущего эмоционального состояния и суицидального риска, обучение техникам эмоциональной регуляции, которые помогут справиться с эмоциональным дистрессом, а также психообразование. Как в случае завершённого суицида, так и после суицидальной попытки необходимо рассказывать о моделях и механизмах суицидального поведения, которые не всегда поддаются контролю со стороны близких, что способствует снижению чувства вины. Важно проактивное консультирование членов семьи, поскольку сами близкие могут сместить фокус внимания на пациента, забывая о себе.

Перспективой дальнейших исследований является изучение выраженности семейных дисфункций у лиц с разными формами суицидального поведения, а также анализ того, как параметры семейной системы на уровне структуры и микродинамики связаны с переживанием суицидального поведения у родственников.

Выводы

Близкие родственники лиц с суицидальным поведением находятся в группе высокого риска по развитию симптомов депрессии, особенно этот риск высок в семьях пациентов с многократными суицидальными попытками и завершённым суицидом. Хроническое суицидальное поведение выступает значимым фактором снижения жизнестойкости наравне с завершённым суицидом.

Треть обследованных родственников сами переживают суицидальный кризис. Эти данные подчеркивают важность оценки эмоционального состояния не только у самих пациентов, совершивших попытку суицида и имеющих суицидальные мысли, но и у их близких.

Способность к принятию проблемы в противовес избеганию является важным фактором для предотвращения кризиса у родственников лиц с разными формами суицидального поведения. Такие стратегии совладания, как избегание, отрицание и вентилирование эмоций у родственников, снижают вероятность обращения за помощью. Непродуктивные стратегии совладания мешают решению проблемы и приводят к усилению симптомов депрессии. Развитие продуктивных навыков решения проблем внутри семьи важно как для помощи человеку, совершившему суицид, так и для самих родственников.

Родственники лиц с более тяжелыми формами суицидального поведения, а именно завершённым суицидом и многократными суицидальными попытками, отличаются сниженными ресурсами совладания как на физическом, так и на эмоциональном и личностном уровнях и требуют особого внимания со стороны психолога.

Список литературы

1. Harwood D., Hawton K., Hope T., Jacoby R. The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*. 2002;72(2):185-194. doi:10.1016/s0165-0327(01)00462-1
2. Brent D.A., Melhem N.M., Donohoe M.B., Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(7):786-794. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08081244
3. Tal Young I., Iglewicz A., Glorioso D., Lanouette N., Seay K., Ilapakurti M., Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012;14(2):177-186. doi:10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung
4. Levi-Belz Y., Blank C. The longitudinal contribution of prolonged grief to depression and suicide risk in the aftermath of suicide loss: The moderating role of self-criticism. *Journal of Affective Disorders*. 2023;340:658-666. doi:10.1016/j.jad.2023.08.023
5. Magne-Ingvar U., Oejehagen A. Significant others of suicide attempters: Their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999;34(2):73-79. doi:10.1007/s001270050114
6. Chiang C.Y., Lu C.Y., Lin Y.H., Lin H.Y., Sun F.K. Caring stress, suicidal attitude and suicide care ability among family caregivers of suicidal individuals: a path analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015;22(10):792-800. doi:10.1111/jpm.12267
7. Лукашук А.В. Саморазрушающее поведение родителей девушек, совершивших попытку самоубийства. *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2017;4(13):61-64.
8. Marshall P., Sansom K., Jagfeld G., Jones S., Lobban F. Caring for a friend or family member who has experienced suicidal behaviour: A systematic review and qualitative synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023;96(2):426-447. doi:10.1111/papt.12449
9. Jaffe D.H., Balkaran B.L., Yue L., Mulhern-Haughey S., Anjo J. The burden of caring for adults with depression and suicidal ideation in five large European countries: analysis from the 2020 National Health and Wellness Survey. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):550. doi:10.1186/s12888-021-03511-9
10. Deeken J.F., Taylor K.L., Mangan P., Yabroff K.R., Ingham J.M. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;26(4):922-953. doi:10.1016/s0885-3924(03)00327-0
11. Nosek C.L. Managing a depressed and suicidal loved one at home: impact on the family. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2008;46(5):36-44. doi:10.3928/02793695-20080501-11
12. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: Жизнь в тени самоубийства. Москва: Смысл; 2000. 254 с.
13. Macdonald D., Nicolopoulos A., McLachlan K., Habak S., Christensen H., Boydell K.M. Tragedies, Fates, Furies and Fuels: Narratives of Individuals Bereaved by Suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(14):8715. doi:10.3390/ijerph19148715
14. Levi-Belz Y., Hamdan S. Shame, depression, and complicated grief among suicide loss-survivors: the moderating role of self-disclosure. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023;14(1):2182820. doi:10.1080/20008066.2023.2182820
15. Fogarty A.S., Spurrier M., Player M.J., Wilhelm K., Whittle E.L., Shand F., Christensen H., Proudfoot J. Tensions in perspectives on suicide prevention between men who have attempted suicide and their support networks: Secondary analysis of qualitative data. *Health Expect*. 2018;21(1):261-269. doi:10.1111/hex.12611
16. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер; 2001. 272 с.
17. Амирджанова В.Н., Эрдес Ш.Ф. Валидация русской версии общего опросника EUROQOL - 5D (EQ-5D). *Научно-практическая ревматология*. 2007;45(3):69-76. doi:10.14412/1995-4484-2007-691

18. 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):147-165.
19. Иванов П.А., Гаранян Н.Г. Апробация опросника копинг-стратегий (COPE). Психологическая наука и образование. 2010;(1):82-93.
20. Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В., Журавлева Т.В. Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками. Консультативная психология и психотерапия. 2016;24(3):69-88. doi:10.17759/cpp.2016240305
21. Lim M., Lee S.U., Park J.I. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. International Journal of Mental Health Systems. 2014;8(1):54. doi:10.1186/1752-4458-8-54
22. Lizardi D., Sher L., Sullivan G.M., Stanley B., Burke A., Oquendo M.A. Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2009;119(5):406-410. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01365.x
23. Fornaro M., Grunebaum M.F., Burke A.K., Mann J.J., Oquendo M.A. Comparison of familial and non-familial suicidal behaviors among people with major depressive disorder: Testing the discriminative predicting role of high-yield clinical variables. Journal of Psychiatric Research. 2018;102:118-122. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.02.021
24. Александрова Е.А., Герри Дж.К., Кайнд П., Хабибуллина А.Р. Популяционные показатели качества жизни, связанного со здоровьем по опроснику EQ-5D. Здравоохранение Российской Федерации. 2018;62(6):295-303. doi:10.18821/0044-197X-2018-62-6-295-303
25. Ефимова О.И., Салахова В.Б., Егорова О.И. Жизнестойкость как превентивный фактор суицидального поведения личности. Образование личности. 2019;(3-4):142-150.
26. Rabalais A.M., Wilks S.E., Geiger J.R., Bates S.M. Prominent Feelings and Self-Regard Among Survivors of Suicide. Does Time Heal All Wounds? Illness, Crisis & Loss. 2016; 0(0):1-15. doi: 10.1177/1054137316637189
27. Liang J., Kölves K., Lew B., de Leo D., Yuan L., Abu Talib M., Jia C.X. Coping Strategies and Suicidality: A Cross-Sectional Study From China. Front Psychiatry. 2020;11:129. doi:10.3389/fpsy.2020.00129
28. Hallford D., Wallman E., Kaplan R., Melvin G. Suicide and coping: specific coping behaviours associated with suicidal ideation and differences between predicted and actual coping among help-seeking individuals. Preprints. PsyArXiv; 2022. doi:10.31234/osf.io/fy8vm
29. 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;347:f5519. doi:10.1136/bmj.f5519
30. Bellini S., Erbuto D., Andriessen K., Milelli M., Innamorati M., Lester D., Sampogna G., Fiorillo A., Pompili M. Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. Front Psychol. 2018;9:198. doi:10.3389/fpsyg.2018.00198
31. Spillane A., Larkin C., Corcoran P., Matvienko-Sikar K., Riordan F., Arensman E. Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. BMC Public Health. 2017;17(1):939. doi:10.1186/s12889-017-4930-3
32. Santos S., Campos R.C., Tavares S. Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. Death Stud. 2015;39(6):332-341. doi:10.1080/07481187.2014.946626
33. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. В кн.: Моховиков А.Н. (сост.) Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Москва: Когито-Центр; 2013. с. 270-352.

References

1. Harwood D., Hawton K., Hope T., Jacoby R. The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. Journal of Affective Disorders. 2002;72(2):185-194. doi:10.1016/s0165-0327(01)00462-1
2. Brent D.A., Melhem N.M., Donohoe M.B., Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. American Journal of Psychiatry. 2009;166(7):786-794. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08081244

3. Tal Young I., Iglewicz A., Glorioso D., Lanouette N., Seay K., Ilapakurti M., Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012;14(2):177-186. doi:10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung
4. Levi-Belz Y., Blank C. The longitudinal contribution of prolonged grief to depression and suicide risk in the aftermath of suicide loss: The moderating role of self-criticism. *Journal of Affective Disorders*. 2023;340:658-666. doi:10.1016/j.jad.2023.08.023
5. Magne-Ingvar U., Oejehagen A. Significant others of suicide attempters: Their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999;34(2):73-79. doi:10.1007/s001270050114
6. Chiang C.Y., Lu C.Y., Lin Y.H., Lin H.Y., Sun F.K. Caring stress, suicidal attitude and suicide care ability among family caregivers of suicidal individuals: a path analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015;22(10):792-800. doi:10.1111/jpm.12267
7. Lukashuk A.V. Self-destructive behavior of parents of girls who attempted suicide. *Zdravoohranenie Yugry: opyt i innovacii*. 2017;4(13):61-64. (in Russian).
8. Marshall P., Sansom K., Jagfeld G., Jones S., Lobban F. Caring for a friend or family member who has experienced suicidal behaviour: A systematic review and qualitative synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023;96(2):426-447. doi:10.1111/papt.12449
9. Jaffe D.H., Balkaran B.L., Yue L., Mulhern-Haughey S., Anjo J. The burden of caring for adults with depression and suicidal ideation in five large European countries: analysis from the 2020 National Health and Wellness Survey. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):550. doi:10.1186/s12888-021-03511-9
10. Deeken J.F., Taylor K.L., Mangan P., Yabroff K.R., Ingham J.M. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;26(4):922-953. doi:10.1016/s0885-3924(03)00327-0
11. Nosek C.L. Managing a depressed and suicidal loved one at home: impact on the family. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2008;46(5):36-44. doi:10.3928/02793695-20080501-11
12. Lukas K., Sejden G. Molchalivoe gore: Zhizn' v teni samoubijstva. Moskva: Smysl; 2000. (in Russian).
13. Macdonald D., Nicolopoulos A., McLachlan K., Habak S., Christensen H., Boydell K.M. Tragedies, Fates, Furies and Fuels: Narratives of Individuals Bereaved by Suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(14):8715. doi:10.3390/ijerph19148715
14. Levi-Belz Y., Hamdan S. Shame, depression, and complicated grief among suicide loss-survivors: the moderating role of self-disclosure. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023;14(1):2182820. doi:10.1080/20008066.2023.2182820
15. Fogarty A.S., Spurrier M., Player M.J., Wilhelm K., Whittle E.L., Shand F., Christensen H., Proudfoot J. Tensions in perspectives on suicide prevention between men who have attempted suicide and their support networks: Secondary analysis of qualitative data. *Health Expect*. 2018;21(1):261-269. doi:10.1111/hex.12611
16. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa. Sankt-Peterburg: Piter; 2001. (in Russian).
17. Amirjanova V.N., Erdes Sh.F. Validation of the Russian version of the general questionnaire EUROQOL - 5D (EQ-5D). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2007;45(3):69-76. (in Russian). doi: 10.14412/1995-4484-2007-691
18. Osin E.N., Rasskazova E.I. A short version of the hardiness test: psychometric characteristics and application in an organizational context. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya*. 2013;(2):147-165. (in Russian).
19. Ivanov P.A., Garanyan N.G. Testing the Coping Strategies Questionnaire (COPE). *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie*. 2010;(1):82-93. (in Russian).
20. Chernaya M.I., Kholmogorova A.B., Zubareva O.V., Zhuravleva T.V. Clinical and socio-psychological characteristics of patients with suicidal attempts. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psioterapiya*. 2016;24(3):69-88. (in Russian). doi:10.17759/cpp.2016240305
21. Lim M., Lee S.U., Park JI. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. *International Journal of Mental Health Systems*. 2014;8(1):54. doi:10.1186/1752-4458-8-54
22. Lizardi D., Sher L., Sullivan G.M., Stanley B., Burke A., Oquendo M.A. Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009;119(5):406-410. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01365.x

23. Fornaro M., Grunebaum M.F., Burke A.K., Mann J.J., Oquendo M.A. Comparison of familial and non-familial suicidal behaviors among people with major depressive disorder: Testing the discriminative predicting role of high-yield clinical variables. *Journal of Psychiatric Research*. 2018;102:118-122. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.02.021
24. Aleksandrova E.A., Gerry J.K., Kind P., Khabibullina A.R. Population indicators of health-related quality of life using the EQ-5D questionnaire. *Zdravoohranenie Rossijskoj federacii*. 2018;62(6):295-303. (in Russian). doi:10.18821/0044-197X-2018-62-6-295-303
25. Efimova O.I., Salakhova V.B., Egorova O.I. Hardiness as a preventive factor in suicidal behavior of an individual. *Obrazovanie lichnosti*. 2019;(3-4):142-150. (in Russian).
26. Rabalais A.M., Wilks S.E., Geiger J.R., Bates S.M. Prominent Feelings and Self-Regard Among Survivors of Suicide. Does Time Heal All Wounds? *Illness, Crisis & Loss*. 2016; 0(0):1-15. doi: 10.1177/1054137316637189
27. Liang J., Kõlves K., Lew B., de Leo D., Yuan L., Abu Talib M., Jia C.X. Coping Strategies and Suicidality: A Cross-Sectional Study From China. *Front Psychiatry*. 2020;11:129. doi:10.3389/fpsy.2020.00129
28. Hallford D., Wallman E., Kaplan R., Melvin G. Suicide and coping: specific coping behaviours associated with suicidal ideation and differences between predicted and actual coping among help-seeking individuals. *Preprints. PsyArXiv*; 2022. doi:10.31234/osf.io/fy8vm
29. 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;347:f5519. doi:10.1136/bmj.f5519
30. Bellini S., Erbuto D., Andriessen K., Milelli M., Innamorati M., Lester D., Sampogna G., Fiorillo A., Pompili M. Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Front Psychol*. 2018;9:198. doi:10.3389/fpsyg.2018.00198
31. Spillane A., Larkin C., Corcoran P., Matvienko-Sikar K., Riordan F., Arensman E. Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. *BMC Public Health*. 2017;17(1):939. doi:10.1186/s12889-017-4930-3
32. Santos S., Campos R.C., Tavares S. Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Stud*. 2015;39(6):332-341. doi:10.1080/07481187.2014.946626
33. Grollman E. Suicid: prevenciya, intervenciya, postvenciya. V kn.: Mohovikov A.N. (sost.) *Suicidologiya: proshloe i nastoyashchee: problema samoubijstva v trudah filosofov, sociologov, psihoterapevtov i v hudozhestvennyh tekstah*. Moskva: Kogito-Centr; 2013. (in Russian).

EMOTIONAL STATE AND STRESS COPING STRATEGIES IN RELATIVES OF INDIVIDUALS WITH VARIOUS FORMS OF SUICIDAL BEHAVIOR

Borisonik E. V.

E-mail: borisonik-ev@mail.ru.

SPIN: 4640-0152;

Web of Science ID: ABS-3333-2022;

ORCID: 0000-0002-4643-239X.

Senior Lecturer, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow; Researcher, Department of Acute Poisoning and Somatopsychiatric Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow Department of Healthcare, Moscow.

Kholmogorova A.B.

E-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru.

SPIN: 5774-2928.

ORCID: 0000-0001-5194-0199

Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow; Leading

**Researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow
Department of Healthcare, Moscow.**

Badalyan A. V.

E-mail: badalyanav@sklif.mos.ru

ORCID: 0000-0003-4429-2503.

**MD, Head of the Acute Poisoning Department for Mental Health Patients, Leading
Researcher, Department of Acute Poisoning and Somatopsychiatric Disorders, N.V.
Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow Health Department;
Associate Professor, Department of Clinical Toxicology, Russian Medical Academy of
Postgraduate Education, Ministry of Health of the Russian Federation,**

Abstract: Background. Suicidal behavior in a family member has a traumatic impact on other family members. Data from international studies demonstrate a risk of developing symptoms of depression and posttraumatic stress disorder in the immediate family. However, little is known about the differences in the impact of different forms of suicidal behavior on family members.

Objective: To compare the emotional state and stress coping strategies of relatives whose loved ones exhibit different forms of suicidal behavior.

Materials and Methods: The sample consisted of 114 relatives of individuals with different forms of suicidal behavior (current suicidal ideation, single suicide attempts, multiple suicide attempts, and completed suicide). The study utilized a battery of measures aimed at assessing the severity of emotional distress symptoms and quality of life, as well as a battery of measures for assessing stress coping strategies.

Results: 70% of the sample of relatives of individuals with different forms of suicidal behavior exhibited depressive symptoms of varying severity. Relatives of individuals who completed suicide have more pronounced symptoms of depression and anxiety, while relatives of individuals whose loved ones experience suicidal ideation more often exhibit subdepressive symptoms and have lower scores on the anxiety scale ($p < 0.01$). Relatives of individuals who completed suicide and have made multiple attempts are characterized by reduced levels of resilience ($p = 0.028$). The coping strategy of acceptance promotes help-seeking ($p = 0.029$), while denial (-0.349), avoidance (-0.475), and emotional venting (-0.271^{**}) are associated with reduced resilience.

Conclusions. Completed suicide and multiple suicide attempts in a family member are more traumatic for relatives than suicidal ideation or a single attempt and reduce the relatives' ability to cope with stressful life events in the future. The ability to accept the problem when coping with stress, as opposed to unconstructive avoidance coping, is an important factor in preventing crises in relatives of individuals with various forms of suicidal behavior.

Key words: suicide, suicide attempt, multiple suicide attempts, completed suicide, grief, suicidal behavior.

For citation: Borisonik E.V., Kholmogorova A.B., Badalyan A.V. Emotional state and stress-coping strategies in relatives of individuals with various forms of suicidal behavior // Medical Psychology in Russia: Online Scientific Journal. 2026. Vol. 18, No. 3(91). Pp. 82-98. URL: <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-2-81-97>.

Дата принятия 01.05.2026

Accepted for publication 01.05.2026.for all articles № 3(91) 2026