

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СУИЦИДА ДЛЯ СЕМЬИ ЖЕРТВЫ

Е.В. БОРИСОНИК*,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Россия, borisonik-ev@mail.ru

Е.Б. ЛЮБОВ**,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Россия, lyubov.evgeny@mail.ru

Большое внимание уделяется помощи людям, находящимся в суицидальном кризисе, в то время как вопросы, касающиеся оказания помощи родственникам суицидентов, мало изучены. Чтобы оказывать квалифицированную поддержку семье необходимо понимать мишени психологической работы. В статье приводится анализ защитных факторов и факторов риска,

Для цитаты:

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.20162403003

* *Борисоник Евгения Владимировна*, младший научный сотрудник отдела суицидологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, borisonik-ev@mail.ru

** *Любов Евгений Борисович*, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела суицидологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, lyubov.evgeny@mail.ru

которые могут влиять на тяжесть эмоционального состояния после потери. Описаны особенности переживания детьми суицида родственников. В отличие от переживаний после естественной смерти, родственники суицидента испытывают сильное чувство вины и социальную стигматизацию, что мешает им получить неформальную помощь. Родственники суицидента находятся в группе риска развития депрессии, симптомов посттравматического стрессового расстройства, соматических болезней, злоупотребления ПАВ и суицидального поведения. Обосновывается необходимость создания программы помощи, учитывающей специфику отношений, которые были между суицидентом и членами семьи, стадию переживания горя и навыки совладания членов семьи.

Ключевые слова: суицид, семья жертвы суицида, горе, третичная профилактика.

Как в большинстве неслыханных происшествий было здесь бередащее душу «если бы», делавшее особенно мучительными размышления о том, как можно было бы предотвратить случившееся
У. Стайрон. «Выбор Софи»

С учетом зарегистрированных Росстатом (www.gks.ru) суицидов в 2015 г., не менее 150–250 тысяч россиян переживают многообразное бремя потери лишь в «отчетном году» [9]. Осколками судьбы покончившего с собой, его «напрасной смертью» [49] ранены от 6 до 32 человек [4]: близкие, знакомые, профессионалы, случайные свидетели.

По оценкам исследователей у 85% американцев кто-то из их близких или знакомых совершал суицидальную попытку [50]. Суицид относится к стрессогенным жизненным событиям, представляя угрозу жизнедеятельности, приводит к невозполнимым потерям [50], ощущается близкими как катастрофа [1], предъявляющая требования, превышающие адаптивный потенциал близких суицидента. Близких суицидента называют «выжившими» («survivors»), «оставшимися в живых жертвами» [14] после катастрофы [41], «свидетелями» [13].

Семейное бремя суицида может быть условно разделено, как бремя любой болезни, на объективное и субъективное [27]. Объективное бремя суицида может быть подсчитано в русле денежного эквивалента [8]: при расширенной позиции стоимостного анализа следует учесть медицинские издержки (оказание профессиональной помощи) и потерю (снижение) работоспособности, дохода близких суицидента как социальные издержки [25]. Влияние суицида на качество жизни близких суицидента важно учесть в стоимостном анализе. Субъективное бремя определено оценкой тяжести ситуации близкими [10].

Субъективное бремя завершеного суицида

Сложная палитра эмоций и чувств «выжившего» включает шок, вину, гнев, чувство заброшенности и одиночества, отрицание, безнадежность, отвержение, замешательство, чувства позора, обиды, унижения, несостоятельности [35]. Чем ближе человек суициденту, тем тяжелее он переносит неожиданную (в 80% случаев) для него смерть [38]. Сочетание горя, вины и раскаяния сохраняется годами и может передаваться до третьего и четвертого поколения [21]. Описывая свои эмоции, близкие суицидента нередко используют телесные эквиваленты (например, «в груди как будто острый камень давит на ребра»), что характерно для депрессии и иных психосоматических стрессогенных расстройств [4]. Близкие жертвы суицида уязвимы к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), соматических болезней [15; 50], психического расстройства [49], депрессии [4], злоупотреблению психоактивными веществами (ПАВ) [20].

С одной стороны, самоубийство близкого может снизить суицидальный порог горюющих [49], но с другой стороны, в группу суицидального риска попадают друзья и близкие родственники, не связанные кровным родством [40]. Мотивом суицида служит стремление избежать одиночества, приобщиться к погибшему и избежать душевной боли, мук самообвинения [44]. Нередко появление суицидальных мыслей сопровождается стыдом, мешающим обратиться за помощью. Горюющие, не имеющие возможности довериться кому-то, чаще имеют суицидальные мысли по сравнению с теми, кто может поделиться своими переживаниями [47]. Суицид в семье становится образцом подражания — близкие жертвы входят в группу риска суицида [49; 50] как «окончательного решения» типовых жизненных тягот, особенно при романтизации образа погибшего [5]. Девушка, сохранив предсмертную записку тети, в свой недобрый час взяла ее за образец для собственного суицида [6]. Брат Э. Хемингуэя выбрал такой же способ ухода из жизни (и оба — как их отец). Риск суицида актуализируется в годовщину потери [33]: речь идет о так называемых «юбилейных самоубийствах». Дистресс вызывает не только дата смерти, но и день рождения умершего, день свадьбы. Традиционный сбор семьи в печальные годовщины объединяет горюющих [19].

Особенности переживания горя «выжившими»

Существуют различия в горевании, отчасти в силу внезапности смерти, особенно когда первая суицидальная попытка становится смертельной [15; 41]. Данные о влиянии способа самоубийства противоречивые

в некоторых исследованиях было показано, что при более жестком, насильственном способе самоубийства близкие испытывают более сильный дистресс [17]. В отличие от переживаний смерти по «естественным причинам», для близких типичен вопрос смысла, мотива неожиданной смерти [35]. Бремя потери усугубляют стигматизация и самостигматизация, которым подвергаются близкие суицидента [46; 50], нередко причины смерти члена семьи скрываются от окружающих [32]. Типичным для близких суицидента является неспособность смириться, чувство отторжения умершим. Они ищут объяснение причин самоубийства. Возможны враждебность, перенесение вины на других [5], гнев на немилосердную судьбу, Бога, медперсонал, на умершего. Отрицая суицид, близкие считают его несчастным случаем [6] и требуют «расследования убийства». Чувство отверженности выражено словами: «Он предпочел смерть жизни со мной» [1]. Вопреки ритуальному безмолвию перед фактом суицида, потрясенные смертью говорят о нем иначе, чем об «обычной» кончине [23].

Существенных различий по риску депрессии, тревожного расстройства, ПТСР в группах переживающих утрату близких вследствие суицида и ненасильственных смертей не выявлено [46].

У матерей 12—28-летних погибших насильственно (убийство, самоубийство) разрешение более выраженного дистресса в течение полугода происходит медленнее, чем у отцов жертв, у них выше риск хронификации состояния [13]. Через 2 года выявлены признаки ПТСР у 21% матерей и 14% отцов убитых, причем полный синдром вдвое чаще у родителей убитых, а не жертв суицида. Потеря супруга обусловила ПТСР в 10% случаев после хронического недуга или внезапной смерти, но в 36% случаев насильственных смертей (включая суицид), в 40% случаев симптомы хронифицированы и коморбидны с депрессией [13]. Возможно, через 2—4 года различия стираются [35], но близким жертвы суицида нужно больше времени для облегчения самостигматизации и чувства вины [35, 15].

Члены семьи суицидента «оглушены горем» [1], испытывают шок, не могут поверить в реальность случившегося: «скоро очнусь от кошмара и все в порядке» [4], «увидела птичку и поняла, что брат вернулся сказать, что все хорошо». Страх недоговоренности (при надежде на благополучный исход) усилен, если суицидент при смерти: «боялась, что она умрет до того, как я поговорю с ней» [6]. Развитие ПТСР через 4—14 месяцев после трагедии зависит более от отношений родства, но не от причины смерти [24].

Неотягощенное горе протекает примерно в течение года, проходя несколько фаз: шок, отрицание, горе, реорганизация и завершение [3]. Горе, связанное с суицидом, отличается большей тяжестью, чем при

«естественной» кончине [36]. В межгрупповом исследовании с общей выборкой в 187 горюющих было выявлено, что через два года после суицида отрицательные эмоции у испытуемых перестали занимать большую часть дня [42]. Спустя шесть месяцев после трагедии, 45% близких суицидента отмечают ухудшение психического состояния, у 20% это ухудшение сопровождается физическим истощением [28]. При этом у самих близких могут быть нереалистичные ожидания относительно процесса горевания, например: «С каждым днем я буду чувствовать себя лучше» [5]. Патологическое горе (нарушение психосоциальной адаптации, депрессия) сопряжено с суицидальными мыслями близких.

Чувство вины — одно из самых сильных переживаний [1; 4]. У близких суицидента появляется руминация. Вновь и вновь, перебирая произошедшие события, они задают себе вопросы: «Как я это допустил?» и «Что можно было изменить». Люди в тревоге прибегают к магическому способу мышления как возможности защититься от непереносимой реальности: «правильный» поступок мог предотвратить трагедию [6]. Это усиливает чувство вины [1].

Эмоциональные последствия часто усиливаются из-за несоответствующей реакции близкого окружения семьи, что приводит к тому, что человек остается наедине с горем. Окружающие, стремясь помочь близким суицидента, не знают, как это лучше сделать, и совершают типовые ошибки: 1) избегают бесед об умершем, выстраивая «стену молчания»; 2) поверхностно интересуются переживаниями; 3) дают «бесполезные советы», не понимая долгосрочную природу горя, предлагая «скорее идти вперед» [1; 29]. Скрывая горе, члены семьи суицидента опасаются общественного порицания [4] и избегают общения, считая, что окружающие изменили свое отношение к ним [16]. Многие искренне хотят помочь близким суицидента, но не знают, как лучше это сделать. Неловкость и нерешительность окружающих воспринимаются семьей как неприятие и отвержение, что усиливает самостигматизацию [1; 35].

Ближние жертвы суицида утрачивают «право жить без печати самоубийства» [4; 14]. У горюющего возможно ощущение: «На мне огромный плакат: мой сын — самоубийца». Трагедия умалчивается и скрывается, как психический недуг, когда семья и друзья подвергаются стигматизации по ассоциации «стигма вежливости» [31]. Семейная тайна препятствует открытости родственных связей. Если окружающие причисляют суицидентов к «ненормальным», семьи последних тоже попадают в их число: «Нас заставляют чувствовать, будто и мы больны» [6]. Большинство близких суицидентов (как и жертвы) не получают своевременной и адекватной помощи [22], ее поиск затруднен самостигматизацией [29].

Стигматизация суицидентов укоренилась и в среде профессионалов [11].

Отсутствие сопереживания, уклонение от помощи повышает риск депрессии и суицида. Порой, напротив, оправдательные мифы [35] идеализируют жертву: «А зачем он себя застрелил? — Он был очень влюблен, а когда очень влюблен, всегда стреляют себя...» (И. Бунин «Часовня»). В регионах Японии со сверхвысокими уровнями суицидов распространены мифы: «Если человек решился, суицид неизбежен», «Никто не может остановить суицидента». Эти убеждения связаны с семейной историей [47].

В качестве моделей нежелательного поведения в ответ на самоубийство близкого можно выделить: 1) поиск виновных, при непонимании наличия психической болезни у суицидента; 2) «вечный» траур вместо жизни с болью опыта; 3) чувство вины и самобичевание [5]; 4) соматизация — уход в болезнь вместо открытого выражения чувств [15; 50]; 5) самоограничение — уход от радостей жизни [6]; 6) аддиктивные формы поведения — бегство в работу, употребление ПАВ [20]; 7) суицидальное и саморазрушающее поведение [49].

Суицид и семья

Самоубийство — испытание на прочность функционирования семейной системы [2]. После суицида ребенка ухудшается ее сплоченность (эмоциональная связь) и адаптация [37]. Меняются взаимоотношения членов семьи [2], начинают происходить изменения в ее структуре. Однако изменения в семейном функционировании начинаются, вероятно, еще до суицида. Так, в случае самоповреждающего поведения у детей, повышается внимание и усиливается контроль за поведением ребенка. В некоторых случаях с целью предотвращения самоповреждений у ребенка, родители избирают непродуктивные воспитательные стратегии, основывающиеся на запретах или попустительстве. При этом повышается уровень конфликтности в семье, игнорируются эмоциональные потребности других членов семьи (в том числе и детей) [30]. Нередко у суицидентов дисфункциональные семьи: они отличаются ригидностью, неорганизованностью, неразвитыми навыками решения проблем, нечеткостью разделения ролей домочадцев, размытыми границами поколений [43], что, однако, не делает их фатально «суицидогенными». При изначальной изоляции суицидента от «семейной коалиции» близкие переживают трагедию легче. Вдова (после гибели «блудного» мужа) говорит отстраненно: «Жил бы у любовницы — был бы жив, а у меня все перегорело» [2]. Если суициду предшествовал развод, бывшие жена (муж) порой винят себя больше; их осуждают «за предательство» [15], «доведение до самоубийства». Иногда после суицида возникает чувство

облегчения, освобождения, если отношения были напряжены «невозможным поведением» жертвы [33; 35]; когда гибель близкого не столь уж внезапна [24, 35] после многократных суицидальных попыток [46], отказа от помощи вследствие мучительных душевных и/или телесных недугов (хронический суицид): «...наконец она обрела покой и не страдает» [6]. Чувство облегчения сопровождается субъективным чувством вины [81]. Если семья предполагала, что суицид может случиться, менее выражены гнев, вина, печаль [35].

Возможны конфликты в семье из-за различий в стратегиях совладания с горем. Так, уход в работу овдовевшего отца может восприниматься детьми как невнимание, бесчувствие [35]. Люди избегают раскрывать чувства, боясь, что больше огорчат себя и других [19], отдаляются друг от друга. Молчание позволяет сдерживать взаимные обвинения, но лишает взаимной поддержки. Такой образец поведения может перейти к следующему поколению [6]. Суицид — испытание на прочность функционирования семейной системы, отчуждение может происходить в тот момент, когда близким особенно важна поддержка [5].

Возрастные особенности переживания суицида

У детей жертвы суицида, по сравнению со сверстником, пережившим смерть родителя по «естественной причине», более выражены гнев, тревога и стыд, но не вина [22]. Дети переживают «предательство», одиночество, страхась полного сиротства [26]. Ощущают собственную ничтожность (погибший не ценил сына/дочь достаточно, чтобы жить) [18], отверженность и обиду («Почему меня бросили?») [6]. Дети корят себя, что непослушание, плохие оценки стали причиной суицида.

В препубертате воспоминания о потере отца в первые 25 месяцев чаще сопровождаются печалью [13]. Риск ПТСР повышен при угрозе развода родителей перед суицидом одного из них и /или обнаружении тела. Нужны годы для осознания детской травмы, воспоминания тревожат всю жизнь [6]. Так, ребенок, названный в честь дедушки и нашедший его тело, вырос и застрелился за кухонным столом как тот, повторив сценарий суицида. При этом нельзя исключить депрессии травмированного в детстве ребенка. Горе не связано тесно с депрессией [39], но может стать ее триггером. Процесс переживания детей может быть отставлен во времени, так как от оберегаемого ребенка обычно утаивают причину смерти родителя (близкого) [4; 19]. Правда может открыться из уст бестактного постороннего [6]. Возможна идентификация с погибшим (как и при естественной смерти). Дети задаются впервые вопросом: «Не смертен ли я?» [1], иные же стремятся воссоединиться с любимым через суицид. У детей не сложи-

лась концепция смерти, потому и низок порог суицидального поведения (официальная статистика указывает нижний возрастной порог в 5—7 лет). В закрытой семейной системе возможны кластерные суициды (вспомним страницы «Девственницы-самоубийцы» Д. Евгенидиса).

Овдовевшему трудно говорить с ребенком о смерти, так как тот задает безответные вопросы, мучающие его самого («Что будет с нами?») [45]. Дети могут почувствовать, что родитель эмоционально закрыт для них [37], взрослые стремятся быть «сильными», не делиться мучительными переживаниями, оберегая детей от страдания [19].

В оценочной шкале стрессовых событий Холмса-Раге потеря ребенка, родителя или супруга оценивается более тяжелой, чем смерть брата или сестры [34], но «дежурное» замечание знакомых «Какой ужас для твоих родителей» обесценивает потерю брата или сестры, чувства ребенка игнорируются. Братьям и сестрам сложнее получить неформальную и профессиональную поддержку [1]. Хотя сиблинги и отцы более печальны, матери погибшего ребенка более склонны к депрессии [13]. При гибели ребенка родители оставляют братьев или сестер суицидента без внимания [30], и те чувствуют себя заброшенными. Подростки испытывают тоску, поглощены мыслями об умершем, с трудом принимают факт смерти. Близкие по возрасту братья и сестры особо подвержены депрессии [15], страдают от недостатка внимания ушедших в горе взрослых. Страх за жизнь «выжившего» ребенка ведет к гиперопеке или всепрощению. У вдовца (вдовы) возникает ощущение одиночества и беспомощности из-за неразделенной ответственности за ребенка, последний может занять роль родителя, «взрослея на глазах»: изменяется семейная иерархия [19]. Испытание делает подростка терпимее, взрослее. Однако чрезмерная эмпатия суициденту может быть обусловлена склонностью к суициду. Особенности переживания утраты пожилых на сегодняшний день мало изучены [22].

Баланс факторов риска и буферных факторов определяет тяжесть переживания последствий суицида близкими суицидента (таблица).

Заключение

Неблагоприятное и длительное воздействие суицида на близких жертвы связано со сложной формой тяжелой нежданной утраты [13]. Бремя потери усугублено стигматизацией и самостигматизацией. «Выжившие» находятся в группе риска возникновения суицидального поведения, соматических и психических расстройств [49]. Недостаточно систематических исследований бремени «выживших»; следует детально изучить адаптивные и дезадаптивные механизмы совладания с утратой, динамику

Т а б л и ц а

**Факторы, влияющие на переживание последствий суицида
 близкими суицидента**

Усугубляющие	Облегчающие (защитные)
Индивидуальный уровень	
Молодой возраст, женский пол, мать молодого самоубийцы [15]. Низкая стрессоустойчивость. Малый опыт жизненных потерь, изначальное психическое расстройство (депрессия) [15]. Самостигматизация	Жизнестойкость. Навыки адекватного совладания с дистрессом [6; 48] Жизнеутверждающая перспектива [15], духовность (помогает смириться с трагедией как испытанием) [41]
Злоупотребление ПАВ и успокаивающими, трудоголизм, самоизоляция [1; 4]	Понимание причин случившегося (принятие факта психического расстройства суицидента) [50]
Семейный / микросоциальный уровень	
Нарушения семейной иерархии [41]. Дисфункциональные отношения перед смертью близкого [15]. Близкие (симбиотические) отношения с погибшим [50]	Высокий уровень внутрисемейной поддержки [15]
Неадекватные стратегии совладания с дистрессом в семье [27]. «Сделка»: выбор «козла отпущения» или самообвинение, «обида» на жертву суицида, соматический фасад переживаний, самоограничение, бегство от реальности [6]	
Слабая неформальная поддержка, бедная социальная сеть [4; 6; 16; 24]	
Стигматизация, осуждение (отвержение) окружающих [4; 6; 16]. «Неловкая» поддержка горящих окружающими [1]	
Макросоциальный / организационный уровень	
Стигматизация	Сведение к минимуму официальных формальностей, понимающее отношение правоохранительных органов [15]. Информирование полицейскими о службах помощи
Отказ от неформальной и/или профессиональной помощи [1]	Своевременная адекватная профессиональная помощь [15]
Религиозное осуждение — суицидент «достоин ада» [41; 50]	Поддержка общины, добровольцев, групп самопомощи [1]
Непрофессиональное освещение суицида СМИ [7; 12; 15; 29] с тенденцией к обвинению близких жертвы	Просветительская программа для населения. Ответственное освещение проблем суицидального поведения СМИ с указанием ресурсов помощи

психосоциального восстановления «выживших», в связи с чем перспективен качественный анализ (нарративы, полуструктурированный опрос). Программа помощи близким жертвы суицида в рамках третичной профилактики (поственции) должна стать интегральной частью типовой анти-суицидальной междисциплинарной и межведомственной программы на федеральном и региональном уровнях с привлечением ресурсов неформальной помощи (обученные и организованные в группах самопомощи добровольцы, религиозные и благотворительные организации). Своевременная помощь облегчит бремя утраты, проявляющееся во многих сферах жизни (экономической, клинической, макро- и микросоциальной).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алавердова Л.* Брат мой, брат... М.: Изд-во Новые возможности, 2014. 270 с.
2. *Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И.* Семейная диагностика и вопросы профилактики суицидального поведения // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии М.: Изд-во НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1984. С. 62—77.
3. *Василюк Ф.* Пережить горе // Психология мотивации и эмоций: учеб. пособие / Под. Ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. М.: Изд-во ЧеРо; Омега-Л; МПСИ, 2006. С. 581—590.
4. *Гроллман Э.* Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее / Под ред. А.Н. Моховикова. М.: Изд-во Когнитивный Центр, 2001. С. 270—352.
5. *Данн-Максим К., Данн Э.Дж.* Семья в процессе превенции и поственции самоубийств: образовательные перспективы в сфере психического здоровья // Напрасная смерть. Причины и профилактика самоубийств: пер. с англ. / Под. ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005. С. 254—264.
6. *Лукас К., Сейден Г.* Молчаливое горе: Жизнь в тени самоубийства: пер. с англ. М.: Смысл, 2000. 255 с.
7. *Любов Е.Б.* СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. 2012. № 4. С. 10—22.
8. *Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И.* Суициды: социо-экономическое бремя в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 2. С. 38—44.
9. Официальный сайт Госкомстата [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru.htm> (дата обращения: 22.07.2016).
10. *Петрюк П.Т.* К изучению бремени психических и поведенческих расстройств // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Економічні аспекти в управлінні охорони здоров'я». Харків, 2004. С. 83—87.
11. *Руженкова В.В.* Стигматизация суицидентов (клинико-социальный и реабилитационно-профилактический аспекты): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2016 с.

12. Симонова А.Ю. Влияние специфических онлайн-сообществ на суицидальное поведение среди подростков и молодежи: курс. раб. М.: МГППУ, 2012.
13. Тукаев Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. Вып. 1. С. 151—163.
14. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 316 с.
15. Beautrais A.L. Suicide postvention: support for families, friends and significant others after a suicide: a literature review and synthesis of evidence. New Zealand: Ministry of Youth Affairs, 2004. 54 p.
16. Begley M., Quayle E. The lived experience of adults bereaved by suicide / Crisis. 2007. Vol. 28 (1). P. 26—34.
17. Bhise M.S., Behere P.B. A case—control study of psychological distress in survivors of farmers' suicides in Wardha District in central India // Indian J. Psychiatry. 2016. Vol. 58(2). P. 147—151. doi: 10.4103/0019-5545.183779
18. Bille-Brahe U., Stenager E. Suicidal ideation and suicidal transmission: long term effects of frequencies of suicidal behavior // Proceed. Am. Suicidology. 1992. Vol. 25. P. 227—229.
19. Bowlby-West L. The impact of death on the family system // J. Fam. Ther. 1983. Vol. 5. P. 279—294.
20. Brent D. What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention // Eur Psychiatry. 2010. Vol. 25. P. 260—263. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.009
21. Carson J. Spencer Foundation, Crisis Care Network, National Action Alliance for Suicide Prevention, American Association of Suicidology. A manager's guide to suicide postvention in the workplace: 10 action steps for dealing with the aftermath of suicide. Denver, Colorado: Carson J. Spencer Foundation, 2013. 20 p.
22. Cerel J., Jordan J., Duberstein P.R. The Impact of Suicide on the Family // Crisis 2008. Vol. 29 (1). P. 38—44. doi:10.1027/0227-5910.29.1.38
23. Cettour D. Essai sur la narration du suicide // Nervure. 1999. T XII. № 5. P. 26—32.
24. Cleiren M., Diekstra R. After the loss: bereavement after suicide and other types of death / B. Mishara, (Ed.) // The Impact of Suicide. NY: Springer Publishing Co, 1995. P. 7—39.
25. Corso P.S., Mercy J.A., Simon T.R. et al. Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States // Am. J. Prev. Med. 2007. Vol. 32. P. 474—482. doi: 10.1016/j.amepre.2007.02.010
26. Dalke D. Therapy-assisted growth after parental suicide: from a personal and professional perspective // Omega. 1994. Vol. 29. P. 113—151.
27. Deeken J.F., Kathryn L.T., Mangan P. et al. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers // J. Pain Symptom Manage. 2003. Vol. 26. P. 922—953.
28. Douglas G., Jacobs M.D., Chair Ross J. et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA, 2010. 183 p.
29. Feigelman W. The Stigma of Suicide and How It Affects Survivors' Healing // Postvention newsletter. 2008. Vol. 5. № 2. P. 1—7.
30. Ferrey A., Hughes N.D., Simkin S. et al. Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study// Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2016. Vol. 2. P. 10—20. doi: 10.1186/s13034-016-0110-y.

31. *Goffman E.* Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963. 147 p.
32. *Harwood D., Hawton, K., Hope, T.* The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and casecontrol study // *J. Affect Disord.* 2002. Vol. 72. P. 185—194.
33. *Hoff L.* People in crisis: understanding and helping. 3rd ed. Redwood City: Addison- Wesley Publishers, 1989. 525 p.
34. *Holmes T.H., Rahe R.H.* The social readjustment rating scale // *Journal of Psychosomatic Research.* 1967. Vol. 11. P. 213—218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
35. *Jordan J.R.* Is Suicide Bereavement Different? // *Suicide Life Threat Behav.* 2001. Vol. 31(1). P. 91—103.
36. *Knieper A.J.* The suicide survivor's grief and recovery // *Suicide Life-Threat. Behav.* 1999. Vol. 29. P. 353—363.
37. *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. P. 32—49
38. *McDonell M.G., Short R.A., Berry C.M. et al.* Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality // *Fam. Process.* 2003. Vol. 42 (1). P. 91—103.
39. *Melhem N.M., Day N., Shear M.K. et al.* Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide // *Am J. Psychiatry.* 2004. Vol. 161 (8). P.1411—1416.
40. *Pitman A.L., Osborn D.P.J., Rantell K. et al.* Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults [Электронный ресурс] // *BMJ Open.* 2016. Vol. 6. URL: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009948.full> (Accessed 7.06.2016) doi:10.1136/bmjopen-2015-009948
41. *Pompili M., Shrivastava A., Serafini G.* Bereavement after the suicide of a significant other // *Ind. J. Psychiatry.* 2013. Vol. 55 (3). P. 256—263. doi:10.4103/0019-5545.117145.
42. *Rabalais A.M, Wilks S.E., Geiger J.R. et al.* Prominent Feelings and Self-Regard Among Survivors of Suicide. Does Time Heal All Wounds? // *Illness, Crisis & Loss.* 2016. Vol. 14. doi: 10.1177/1054137316637189
43. *Richman J.* Family determinants of suicide potential / D.B. Anderson, J. McLean (Eds.) // *Identifying suicide potential.* New York: Behavioral Publications, 1971. P. 33—54.
44. *Sakinofsky I.* The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement // *Can. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 52. P. 129—136.
45. *Schonfeld D.J, Quackenbush M.* After a loved one dies — how children grieve and how parents and other adults can support them. NY: Publ. New York Life Foundation, 2009. P. 27.
46. *Sveen C.A., Walby F.A.* Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies // *Suicide Life-Treat. Behav.* 2008. Vol. 38. P. 13—29. doi: 10.1521/suli.2008.38.1.13.
47. *Tsukahara T., Arai H., Kamijo T. et al.* The relationship between attitudes toward suicide and family history of suicide in nagano prefecture // *Int J. Environ Res Public Health.* 2016. Vol.13 (6). P. 623-634. doi:10.3390/ijerph13060623

48. Vessier-Batchen M., Douglas D. Coping and complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents // J. Forensic Nurs. 2006. Vol. 2(1). P. 25—32. doi: 10.1111/j.1939-3938.2006.tb00050.x
49. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention // Eur Psychiatry. 2012. Vol. 27. P. 129—141.
50. Young I.T., Iglewicz A., Glorioso D. Suicide bereavement and complicated grief // Dialogues Clin Neurosci. 2012. Vol. 14 (2). P. 177—186.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES FOR THE FAMILIES OF SUICIDE VICTIM

E.V. BORISONIK*,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia,
borisonik-ev@mail.ru

E.B. LYUBOV**,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia.
lyubov.evgeny@mail.ru

A lot of attention is paid to people in suicidal crisis, while the problems of helping the relatives of the suicide victim are studied less extensively. To offer expert support to the family it is necessary to understand the aims of psychological work. The article presents analysis of protective factors and risk factors that may affect the intensity of the emotional state after the loss. Characteristics of children's experience of relative's suicide are described. In contrast to the experience of natural death, relatives of a suicide experience more feelings of guilt and social stigmatization that prevents them from getting informal support. Relatives of a suicide are at risk of developing depression,

For citation:

Borisonik E.V., Lyubov E.B. Clinical and Psychological Consequences for the Families of Suicide Victim. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 25—41. doi: 10.17759/cpp.20162403003. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Borisonik Evgeniya Vladimirovna*, Junior Researcher, Suicidology Department of Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russia, Moscow, email: borisonik-ev@mail.ru

** *Lyubov Evgenii Borisovich*, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Suicidology Department, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russia, Moscow, email: lyubov.evgeny@mail.ru

symptoms of post-traumatic stress disorder, physical illness, drug addiction and suicidal behavior. Literature data shows the need to develop a program of prevention that should be based on the relationship between the survivor and the person who committed suicide, to consider the stage of grief and coping skills he/she possesses.

Keywords: suicide, family of suicide victims, grief, prevention.

REFERENCES

1. Alaverdova L. Brat moi, brat... [Oh brother, my brother...]. Moscow: Publ. Novye vozmozhnosti, 2014. 270 p.
2. Ambrumova A.G., Postovalova L.I. Semeinaya diagnostika i voprosy profilaktiki suitsidal'nogo povedeniya [Family diagnostics and prevention of suicidal behavior]. *Problemy profilaktiki i reabilitatsii v suitsidologii* [Problems of prevention and rehabilitation of suicidology]. Moscow: Publ. NII psikhatrii MZ RSFSR, 1984, pp. 62—77.
3. Vasilyuk F. Perezhit' gore [Going through grief]. In Gippenreiter Yu.B., Falikman M.V. (ed.) *Psikhologiya motivatsii i emotsii: uchebnoe posobie* [The psychology of motivation and emotion]. Moscow: Publ. CheRo: Omega-L, MPSI, 2006, pp. 581—590.
4. Grollman E. Suitsid: preventsiya, interventsiiya, postventsiiya [Suicide: prevention, intervention, and postvention]. In A.N. Mokhovikova (ed.). *Suitsidologiya: proshloe i nastoyashchee* [Suicidology: past and present]. Moscow: Publ. Kognito-Tsentr, 2001, pp. 270—352.
5. Dunne-Maxim K., Dunne E.J. Sem'ya v protsesse preventsii i postventsii samoubiistv: obrazovatel'nye perspektivy v sfere psikhicheskogo zdorov'ya [Family involvement in suicide prevention and postvention: a psychoeducational perspective]. In Wasserman D. *Naprasnaya smert'. Prichiny i profilaktika samoubiistv*: per. s angl. [Suicide. An unnecessary death]. Moscow: Publ. Smysl, 2005, pp. 254—264. (In Russ.)
6. Lukas C., Seiden H. Molchalivoe gore: Zhizn' v teni samoubiistva: per. s angl. [Silent grief: living in the wake of suicide]. Moscow: Publ. Smysl, 2000, 255 p. (In Russ.)
7. Lyubov E.B. SMI i podrazhatel'noe suitsidal'noe povedenie. Chast' II. Preduprezhdenie samoubiistv: resursy professionalov SMI [Media and imitative suicidal behavior. Part II. Suicide prevention: resources for media professionals]. *Suitsidologiya* [Suicidology], 2012, no. 4, pp. 10—22.
8. Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Suitsidy: sotsio-ekonomicheskoe bremya v Rossii [Suicide: the socio-economic burden in Russia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and clinical psychiatry], 2013. Vol. 23, no. 2, pp. 38—44.
9. Ofitsial'nyi sait Goskomstata [Elektronnyi resurs]. Available at: <http://www.gks.ru.htm> (Accessed 22.07.2016).
10. Petryuk P.T. K izucheniyu bremeni psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv [Study of the burden of mental and behavioral disorders]. *Materiali naukovopraktichnoi konferentsii z mizhnarodnoyu ucha-styu «Ekonomichni aspekti v upravlinni okhoroni zdorov'ya»* [Economic aspects in the management of health]. Kharkiv, 2004, pp. 83—87.
11. Ruzhenkova V.V. Stigmatizatsiya suitsidentov (kliniko-sotsial'nyi i reabilitatsionno-profilakticheskii aspekty) avtoref diss. ... kand. med. nauk. [Stigmatization of sui-

- cides (clinical, social, rehabilitative and preventive aspects) Ph.D. (Medical) Thesis]. Moscow, 2016.
12. Simonova A.Yu. Vliyanie spetsificheskikh onlain-soobshchestv na suitsi-dal'noe povedenie sredi podrostkov i molodezhi: kurs. rab. [The effect of specific online communities on suicidal behavior among adolescents and youth]. Moscow: Publ. MGPPU, 2012.
 13. Tukaev R.D. Psikhicheskaya travma i suitsidal'noe povedenie: analiticheskii obzor literatury s 1986 po 2001 gody [Mental trauma and suicidal behavior: review of literature from 1986 to 2001]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2003. Vol.13, no. 1, pp. 151—163.
 14. Shneidman E. Dusha samoubiitsy: per. s angl. [The suicidal mind]. Moscow Publ.: Smysl, 2001. 316 p. (In Russ.).
 15. Beautrais A.L. Suicide postvention: support for families, friends and significant others after a suicide: a literature review and synthesis of evidence. New Zealand: Ministry of Youth Affairs, 2004. 54 p.
 16. Begley M., Quayle E. The Lived Experience of Adults Bereaved by Suicide. *Crisis*, 2007. Vol. 28, no. 1, pp. 26—34.
 17. Bhise M.S., Behere P.B. A case—control study of psychological distress in survivors of farmers' suicides in Wardha District in central India. *Indian J Psychiatry*, 2016. Vol. 58, no. 2, pp.147—151. doi: 10.4103/0019-5545.183779
 18. Bille-Brahe U., Stenager, E. Suicidal ideation and suicidal transmission: long term effects of frequencies of suicidal behavior. *Proceed. Am. Suicidology*, 1992. Vol. 25, pp. 227—229.
 19. Bowlby-West L. The impact of death on the family system. *J. Fam. Ther.*, 1983. Vol. 5, pp. 279—294.
 20. Brent D. What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention. *Eur Psychiatry*, 2010. Vol. 25, pp. 260—263. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.009
 21. Carson J. Spencer Foundation, Crisis Care Network, National Action Alliance for Suicide Prevention, American Association of Suicidology. A manager's guide to suicide postvention in the workplace: 10 action steps for dealing with the aftermath of suicide. Denver, Colorado: Carson J. Spencer Foundation, 2013. 20 p.
 22. Cerel J., Jordan J., Duberstein P.R. The Impact of suicide on the family. *Crisis*, 2008. Vol. 29, no. 1, pp. 38—44. doi:10.1027/0227-5910.29.1.38
 23. Cettour D. Essai sur la narration du suicide. *Nervure*, 1999. Vol. XII, no. 5, pp. 26—32.
 24. Cleiren M., Diekstra R. After the loss: Bereavement after suicide and other types of death. B. Mishara (Ed.). *The Impact of Suicide*. NY, 1995, pp.7—39.
 25. Corso P.S., Mercy J.A., Simon T.R. et al. Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States. *Am. J. Prev. Med*, 2007. Vol. 32, pp. 474—482. doi: 10.1016/j.amepre.2007.02.010
 26. Dalke D. Therapy-assisted growth after parental suicide: From a personal and professional perspective. *Omega*, 1994. Vol. 29, pp. 113—151.
 27. Deeken J.F., Kathryn L.T., Mangan P. et al. Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *J Pain Symptom Manage*, 2003. Vol. 26, pp. 922—953.

28. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA, 2010. 183 p.
29. Feigelman W. The stigma of suicide and how it affects survivors' healing. *Postvention newsletter*, 2008. Vol. 5, no. 2, pp. 1—7.
30. Ferrey A., Hughes N.D, Simkin S. et al. Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2016. Vol. 2, pp. 10-20. doi: 10.1186/s13034-016-0110-y.
31. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963. 147 p.
32. Harwood D., Hawton K., Hope T. The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and casecontrol study. *J Affect Disord*, 2002. Vol. 72, pp. 185—194.
33. Hoff L. People in crisis: understanding and helping. 3rd ed. Redwood City: Addison-Wesley Publishers, 1989.
34. Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967. Vol. 11, pp. 213—218.
35. Jordan J.R. Is Suicide Bereavement Different? *Suicide Life Threat Behav.*, 2001. Vol. 31, no. 1, pp. 91—103.
36. Knieper A.J. The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide Life-Threat. Behav.*, 1999. Vol. 29, pp. 353—363.
37. 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, pp. 32—49.
38. McDonnell M.G., Short R.A., Berry C.M. et al. Burden in schizophrenia Caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam. Process*, 2003. Vol. 42, no.1, pp. 91—103.
39. Melhem N.M., Day N., Shear M.K. et al. Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Am J Psychiatry.*, 2004. Vol. 161, no. 8, pp. 1411—1416.
40. Pitman A.L., Osborn D.P.J., Rantell K. et al. Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 2016. Vol. 6. Available at: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009948.full> (Accessed 7.06.2016) doi:10.1136/bmjopen-2015-009948
41. Pompili M., Shrivastava A., Serafini G. Bereavement after the suicide of a significant other. *Ind. J. Psychiatry*, 2013. Vol. 55, no. 3, pp. 256—263. doi:10.4103/0019-5545.117145.
42. Rabalais A.M, Wilks S.E., Geiger J.R. et al. Prominent Feelings and Self-Regard Among Survivors of Suicide. Does Time Heal All Wounds? *Illness, Crisis & Loss*, 2016. Vol. 14. doi: 10.1177/1054137316637189
43. Richman J. Family determinants of suicide potential. In D.B. Anderson, J. McLean (eds.). Identifying suicide potential. New York: Behavioral Publications, 1971, pp. 33—54.
44. Sakinofsky I. The aftermath of suicide: Managing survivors' bereavement. *Can. J Psychiatry*, 2007. Vol. 52, pp. 129—136.
45. Schonfeld D.J., Quackenbush M. After a loved one dies — how children grieve and how parents and other adults can support them. NY: Publ. New York Life Foundation, 2009. P. 27.

46. Sveen C.A., Walby F.A. Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life-Treat. Behav.*, 2008. Vol. 38, pp. 13—29. doi: 10.1521/suli.2008.38.1.13.
47. Tsukahara T., Arai H., Kamijo T. et al. The relationship between attitudes toward suicide and family history of suicide in Nagano prefecture. *Int J Environ Res Public Health*, 2016. Vol. 13, no. 6, pp. 623—634. doi:10.3390/ijerph13060623
48. Vessier-Batchen M., Douglas D. Coping and complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents. *J. Forensic Nurs.*, 2006. Vol. 2, no. 1, pp. 25—32. doi: 10.1111/j.1939-3938.2006.tb00050.x
49. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*, 2012. Vol. 27, pp. 129—141.
50. Young I.T., Iglewicz A., Glorioso D. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 2012. Vol. 14, no. 2, pp. 177—186.