

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ СУИЦИДЕНТОВ

Е.В. БОРИСНИК

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>,

e-mail: borisonik-ev@mail.ru

Актуальность. Родственники суицидентов переживают психологический кризис, находятся в группе риска развития симптомов эмоционального неблагополучия. При этом чувство стигматизации может мешать обращению за неформальной поддержкой, что делает особенно важным предоставление психологической помощи этой группе клиентов. **Цель исследования.** Изучение подходов к оказанию психологической помощи родственникам суицидентов и выделение мишеней таких интервенций. **Материалы и методы.** В статье представлен обзор зарубежных исследований эффективности различных форматов помощи семье суицидента. **Результаты.** Существуют разные формы помощи родственникам суицидентов: индивидуальная, групповая и семейная психотерапия. При этом после суицидальной попытки больше исследований посвящено семейной терапии, а после завершеного суицида групповой психотерапии для родственников суицидента. Для семейной терапии суицидального поведения наибольшее развитие на текущий момент получили два подхода: когнитивно-бихевиоральная психотерапия и психотерапия, основанная на привязанности. Мишенями работы с семьей являются: снижение уровня конфликтов и критики, увеличение сплоченности, развитие коммуникативных навыков у родственников и стабилизация эмоционального состояния членов семьи. Включение семьи в терапию суицидента после незавершенной попытки повышает эффективность лечения. Самым распространенным форматом помощи родственникам после завершеного суицида стали группы поддержки. Среди целей работы с горящими выделяют возможность поделиться тяжелыми переживаниями, возвращение ощущения контроля над жизнью, реконструкцию смысла произошедшего, остановку круга руминаций. Исследования показывают эффективность этих вмешательств для проживания горя, снижения эмоциональной лабильности и улучшения социальной адаптации. **Выводы.** Родственники суицидентов

нуждаются в своевременной психологической помощи. Наиболее универсальным подходом к оказанию помощи является когнитивно-бихевиоральная психотерапия, которая имеет программы помощи с доказанной эффективностью, как для родственников после суицидальной попытки, так и после завершённого суицида.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, психотерапия, родственники суицидента.

Для цитаты: Борисоник Е.В. Психологическая помощь родственникам суицидентов // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 99—118. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310205>

PSYCHOLOGICAL HELP FOR FAMILY AFTER SUICIDE

EVGENIYA V. BORISONIK

Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE),
Moscow, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>,

e-mail: borisonik-ev@mail.ru

Relevance. After suiced family go through a psychological crisis, relatives are at risk of developing symptoms of emotional distress. At the same time, stigmatization can interfere seeking informal help, which makes it important to provide psychological help to this group of clients. **Purpose of the study.** Examine various approaches to providing psychological help to relatives of suicides and highlight the targets of such interventions. **Materials and methods.** The article presents a literature review of foreign studies of the effectiveness of various formats of psychological help for the family of a suicide. **Results.** There are different forms of psychological help for relatives of suicides: individual, group and family psychotherapy. After a suicide attempt, more research are focus on family therapy, and after a completed suicide on group psychotherapy for relatives of a suicide. For family therapy of suicidal behavior, two approaches are the most developot — cognitive-behavioral and attachment-based psychotherapy. The goals of working with the family are to reduce conflict and criticism, increase cohesion, develop communication skills and stabilization of the emotional state of family members. Inclusion of the family in the therapy of patient after suicide attempt increases the effectiveness of treatment. Support groups have become the most popular format for helping relatives after a completed suicide. Among the goals of working with the grieving are opportunity to share difficult feelings, return control over life, reconstruction of the meaning of what happened, and stoping ruminations. Research shows the effectiveness of these interventions for coping with grief, reducing emotional lability and improving social adaptation. **Con-**

clusions. Relatives of suicidal people need opportune psychological help. The most common approach for psychological help is cognitive-behavioral psychotherapy, which has programs with proven effectiveness for both relatives after a suicide attempt and after a completed suicide.

Keywords: suicide, suicide attempt, psychotherapy, suicide survivors, family members.

For citation: Borisonik E.V. Psychological Help for Family after Suicide. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 99—118. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310205> (In Russ.).

В литературе выделяют разные термины для обозначения помощи родственникам суицидентов: в отечественной традиции ее относят к третичной профилактике суицидального поведения, в зарубежной — к поственции. Термин «поственция» приписывают Э. Шнейдману, который впервые использовал его в 1968 году на 1-ой конференции Американской ассоциации суицидологов. Э. Шнейдман определяет поственцию как вмешательства, помогающие горюющим дестигматизировать трагедию самоубийства и поддерживающие процесс исцеления, направленные на уменьшение суицидального риска у горюющих из-за осложненного горя или неразрешенной травмы [1; 27].

Психологическая помощь родственникам после суицидальной попытки

Родственники суицидентов чувствуют стигматизацию, как со стороны своего окружения, так иногда и со стороны профессионалов. Многие больницы и специалисты отказываются работать с пациентами с суицидальным поведением, что воспринимается их близкими как отвержение и приводит к избыточной стигме. При общении с суицидентом они часто чувствуют себя беспомощными и одинокими в попытках решить его трудности [16]. Согласно исследованиям, спустя год после суицидальной попытки у близких сохраняется страх, что родственник может совершить повторную попытку; при этом почти 50% респондентов, принявших участие в опросе, отметили, что они не обсуждали с пациентом эту тему. Также около половины близких суицидента хотели бы получить профессиональную консультацию, желательно вскоре после попытки самоубийства. При этом родственники часто отмечают, что они мало вовлечены в лечение, оказываемое суициденту [17]. Поственцию после суицидальной попытки, в первую очередь, рассматривают как превенцию последующих суицидальных попыток, в контексте помощи

самому суициденту [10]. Результаты лечения в большей степени акцентированы на оценку степени риска суицидального поведения (СП), и меньше внимания уделяется результатам терапии для семьи [20].

Многие принципы, которые перечисляет Г.В. Старшенбаум, для кризисной терапии суицидентов применимы и для помощи родственникам: краткосрочный формат, помощь в изменении позиции в кризисной ситуации, повышение уровня адаптации, актуализация ресурсов. Важно побуждать клиентов к анализу событий и факторов, приведших к текущей кризисной ситуации. Также Г.В. Старшенбаум отмечает пластичность коннотативной сферы суицидента, то же можно сказать и о родственниках и отношениях внутри семьи [4], кризис заставляет задуматься о привычных паттернах поведения и создает мотивацию для их изменения.

Можно выделить несколько форматов помощи близким суицидентов: индивидуальную психотерапию, семейную психотерапию и групповую психотерапию. О важности семейной терапии в организации помощи суицидентам писала еще А.Г. Амбрумова [1]. Конфликты в семье — одна из причин возникновения эмоциональной изоляции, поэтому среди целей терапии важное место занимает развитие навыков эмпатии у родственников, снижение критики и требований по отношению к суициденту. Г.В. Старшенбаум отмечает, что, в свою очередь, и у суицидентов могут быть нереалистичные ожидания в отношении членов своей семьи. Близким сложно соответствовать этим ожиданиям, их соблюдение может приводить к эмоциональному и физическому истощению [4]. Семьи суицидентов, как правило, отличаются высоким уровнем конфликтов и бедными коммуникативными навыками. Мишенями такой терапии могут стать дисфункциональные семейные убеждения, насилие, высокие семейные ожидания и высокий уровень критики. Исследование эффективности семейной терапии для подростков с депрессией и биполярным расстройством, совершивших суицидальную попытку, показало, что группа, получавшая семейную психотерапию, отличалась более низким уровнем выраженности суицидальных мыслей по сравнению с группой, чьи семьи получали только психообразование; также у них реже встречалось суицидальное поведение (интервалы между суицидальными кризисами были больше). По оценкам подростков, семейная психотерапия также снизила количество конфликтов. В исследовании семейная психотерапия проводилась в течение 4 месяцев (12 сессий); при необходимости к психотерапии добавляли медикаментозное лечение, а психобразовательная работа (фокусированная на обеспечении безопасности суицидента) длилась в течение 4 месяцев (всего 6 сессий) [18].

Для семейной терапии суицидального поведения наибольшее развитие на текущий момент получили два подхода — когнитивно-бихевиоральный и психотерапия, основанная на привязанности. При этом наиболее разра-

ботанными в настоящий момент являются программы помощи для семей подростков; в связи с дефицитом подобных программ для родственников взрослых суицидентов можно только предполагать, что аналогичная помощь этой целевой группе была бы так же эффективна [20].

Когнитивно-бихевиоральный подход делает упор на развитие конкретных навыков, которых недостает родственникам суицидентов. Подход отличается структурированностью, предлагает работу в рамках протокола. Типичная структура сессии включает проверку задания с прошлой сессии, выявление проблемных ситуаций, произошедших за неделю, использование уже изученных навыков для работы над ними, представление нового навыка и новое домашнее задание, целью которого является отработка новых навыков. В стандартном протоколе для работы с семьей подростков есть несколько модулей: первый связан с развитием коммуникативных навыков, куда включены навыки активного слушания, умения согласовывать вербальные и невербальные сообщения (избегать двойных посланий) и фокусироваться при обсуждении проблем на конкретных ситуациях и решениях. Второй модуль посвящен кризисным ситуациям и обучению семьи реагировать на опасное поведение подростка. Третий направлен на обучение родителей позитивно подкреплять подростка и друг друга и коррекцию завышенных ожиданий. Четвертый модуль направлен на развитие сплоченности внутри семьи [13].

Существует формат, когда работа с семьей ведется не отдельно, а индивидуальные сессии с суицидентом перемежаются с семейными. В данном случае работа с семьей входит в стандартный протокол КБТ для пациентов с суицидальным риском (КПТ-СП) [5]. Лечение включает 12-недельную кризисную фазу и фазу продолжения в течение 6 месяцев и ориентировано, в первую очередь, на работу с пациентами с депрессией. Кризисная фаза разделяется на начальный, средний и завершающий этапы. На первом этапе (1—3 сессии) протокола лечения для подростков семья может быть задействована в составлении плана безопасности для суицидента, а также в обеспечении более безопасной среды для суицидента (устранение любых потенциально летальных средств в окружении пациента). Психообразование включает в себя объяснение пациенту и родителям природы суицидального поведения, роли депрессии в формировании суицидального поведения. Терапевт также знакомит пациента и его семью с основными принципами и целями КПТ-СП. На среднем этапе (приблизительно сеансы 4—9), после разрешения непосредственного суицидального кризиса, основной областью вмешательства является тренировка поведенческих и/или когнитивных навыков, которая проходит в формате как индивидуальных, так и семейных сессий. Цель семейного вмешательства КПТ-СП сосредоточена на снижении риска повторного суицида путем развития поддержки внутри

семьи; улучшении навыков решения семейных проблем; изменении моделей общения в семье. На завершающем этапе терапии важно обсудить с семьей тревожные сигналы, говорящие о приближении суицидального кризиса или субдепрессивного состояния, подвести итоги терапии, обсудить влияние лечения на остальных членов семьи, стратегии лечения возможных будущих эпизодов, необходимость продолжения лечения после завершения протокола работы с суицидальным поведением. После завершения кризисной фазы формат предполагает еще около 6 сессий на протяжении четырех месяцев, половина из них в случае необходимости может быть проведена с семьей [12].

Структура помощи и мишени в диалектико-поведенческой терапии (ДБТ) соотносится с аналогичной в КБТ. Форматы помощи, как и в КБТ, могут различаться. Семья может быть включена в семейные сессии с подростком или отдельно проходить тренинг навыков в групповом формате с родителями других подростков — программа «Семейные связи» [16]. Также возможен формат, в котором семья как группа проходит тренинг навыков (single-family skills training). Если ни один из этих форматов не возможен, то важна хотя бы одна встреча с семьей для психообразования, возможно посещение ими других групп поддержки. Также программа предполагает возможность телефонного консультирования для членов семей в случае кризисных ситуаций. Снижение эмоциональной уязвимости родителей может не только повысить их приверженность лечению, но и укрепить способность родителей к обучению новым поведенческим навыкам. Поэтому важную роль играет отношение к семье подростка. Вместо обвинения подростка в причинах кризиса важно строить отношения на сотрудничестве. Семейные сеансы обычно назначаются по мере необходимости либо могут быть назначены через равные промежутки времени. Мишенями сеансов для родителей может быть ориентация родителей на ДПТ, в том числе для психообразования; работа над улучшением общения между подростком и членами семьи в случае конфликтов; проведение цепного поведенческого анализа проблемного поведения или преодоления кризиса. ДБТ больший уклон делает именно на поведенческие техники, поэтому важной частью работы является обучение семьи неосознанно не подкреплять проблемное поведение. Терапевт также призывает родителей использовать те же навыки, которым обучают подростка [19].

Диалектико-поведенческая программа «Семейные связи» (family connection) создана для семей лиц, страдающих пограничным расстройством личности, для которых также повышен суицидальный риск. Программа «Семейные связи» проводится в течение 12 недель. Тренинг, включающий психообразование, обучение навыкам совладания со стрессом и коммуникативным навыкам, оказывает эмоциональную

поддержку, а также помогает построить систему поддержки вне группы. По данным самоотчета, программа показала себя эффективной в снижении ощущения бремени и увеличило чувство компетентности, при этом изменений в выраженности симптомов депрессии отмечено не было. Результаты показывают сохранение этих изменений и через три месяца после окончания программы. Бремя снимается, с одной стороны, за счет изменений отношений в семье, с другой стороны, за счет принятия ситуации [16]. Программа ДБТ-А для подростков, состоящая из группового тренинга для родителей в дополнении к тренингу навыков для подростков и телефонных кризисных звонков, показала свою эффективность во многих исследованиях и получила статус доказательной практики [2].

Существует отдельный протокол для работы с подростками SAFETY — ДБТ-ориентированное когнитивно-бихевиоральное лечение. Фокус этого подхода состоит в снижении у подростка чувства бремени и социальной изоляции за счет включения в работу семьи и усиления чувства поддержки и принадлежности. Протокол проводится двумя терапевтами, где первый работает с родителями, а второй с подростком. Каждая сессия проводится параллельно одним терапевтом с родителями, а вторым — с ребенком, после чего проводится совместная семейная консультация для практики новых навыков и совместного решения текущих проблем. Сессии включают в себя анализ цепочки триггеров, приведших к проблемному поведению, выявление факторов-протекторов, оценку последствий проблемного поведения. Программа состоит из следующих блоков: формулирование совладающих мыслей, развитие навыков решения проблем и эмоциональной регуляции, активного слушания и валидации, создания «коробки надежды» и плана безопасности. Лечение обычно устроено по следующей схеме: 1) обеспечение безопасных условий; 2) увеличение времени, проводимого с безопасными людьми, безопасными мыслями и безопасными реакциями на стресс. Базовый курс включает в себя 12 недель, но подчеркивается необходимость последующего наблюдения и терапии [7].

Психотерапия, основанная на привязанности, предполагает несколько подходов: теории привязанности Дж. Боулби, структурной семейной терапии и терапии, сфокусированной на эмоциях. Терапия опирается на транзакционную модель, направленную на изменение качества привязанности подростка к родителю, с целью создания для подростка более безопасных отношений, которые могут поддержать в трудные времена в целом и в кризисы, связанные с суицидальным мышлением и поведением — в частности [15]. Психотерапия, основанная на привязанности, проводится в течение 6 недель с подростками с симптомами депрессии, включает в себя как индивидуальные, так и семейные встречи. Сравнение с Enhanced Usual Care (EUC) (бригадным подходом, состоящим

из вмешательств, проводимых психологом, психиатром и социальным работником, но без участия семьи) показало большее снижение суицидальных мыслей и депрессивных симптомов, также пациенты лучше удерживались в психотерапии [9]. При этом психотерапия, основанная на привязанности, по эффективности в снижении суицидальных мыслей была сопоставима с недирективной семейной поддерживающей терапией (Family Enhanced Non-Directive Supportive Therapy (FE-NST)). Подход также направлен на помощь подросткам с депрессией и предполагает в основном индивидуальную работу. Основное упование подхода — на развитии поддерживающих отношений между подростком и терапевтом. В дополнении к ней (курс продолжительностью от 16 сессий) проводятся 1 совместная сессия и 4 дополнительных занятия для родителей, посвященные оценке риска суицида, психообразованию, поиску ресурсов и поддержке самих родителей, развитию навыков решения проблем. Несмотря на то, что ABFT является процессуально-ориентированной терапией, она предлагает четкую структуру и дорожную карту, чтобы помочь терапевтам быстро справиться с разрывом привязанности, лежащим в основе семейного конфликта. Несколько клинических испытаний и исследований процессов продемонстрировали эмпирическую поддержку модели и предлагаемого ею механизма изменений [6].

Терапия FFT, сфокусированная на семье, имеет 3 блока — психообразовательный, коммуникативный и блок навыков, направленных на решение проблем [18]. Что в целом похоже на набор навыков, предлагаемый в диалектико-поведенческой терапии для самих суицидентов. FFT состоит из 12 часовых сеансов (8 еженедельно, после чего еще 4 раза в две недели.) Результаты показали снижение суицидального риска и повышение семейной сплоченности, уменьшение конфликтов внутри семьи, а также снижение дистресса и чувства бремени у родителей.

Существуют интегративные подходы, которые присоединяют к своей теоретической базе практические навыки из диалектико-поведенческой терапии. Так, например, нарративный подход предполагает интеграцию отдельных навыков из ДБТ-терапии при работе с семьей суицидента (цепной анализ проблемного поведения, навыки осознанности). Терапевт может менять свой подход в зависимости от текущего уровня суицидального риска клиента без необходимости внедрения новой модели [14].

Можно отметить большую схожесть программ между собой в плане формируемых у родственников суицидентов навыков — основной упор делается на коммуникативных навыках и навыках регуляции эмоций. Различие состоит в продолжительности получаемой помощи, ориентации на разные заболевания. Большая часть программ составлена для подросткового возраста. Такая сфокусированность исследований объясняется особой актуальностью вовлечения семья в терапевтический процесс для

эффективной профилактики суицидального поведения у подростков [2]. При этом мало исследовано оказание психологической помощи супружеским парам, а также детям, чьи родители совершили суицид [20].

Психологическая помощь родственникам после завершеного суицида

Многие работы описывают переживания родственников после завершеного суицида, но о работе с таким горем написано намного меньше [10]. Среди целей работы с родственниками в случае завершеного суицида можно выделить облегчение чувства вины и стыда, остановка круга руминаций и самообвинений, выделение возможных причин случившейся трагедии вместе с близкими, ищущими ответ на вопрос «почему», нормализация переживаний и рассказ о процессе горевания [3]. А также более клинически ориентированные цели — уменьшение суицидального риска, снижение выраженности симптомов депрессии, тревоги, посттравматического стрессового расстройства, стресса, снижение риска возникновение патологического горя, снижение ощущения стигматизации [26].

При высокой актуальности такой работы и явной потребности в поддержке, родственники мало обращаются за помощью, что, с одной стороны, связано с небольшим количеством групп, малой информированностью о них, а с другой — стигматизацией и непродуктивными копинг-механизмами членов семьи суицидента, которые препятствуют получению такой помощи. Статистика по обращению за помощью варьируется от исследования к исследованию; но с годами количество людей, обратившихся за помощью, становится больше. Так, в опросе 2010 года только каждый четвертый человек получил помощь, в 2017 году уже три четверти родственников отмечают, что получили поддержку. Также исследования показывают, что групп помощи с годами становится все больше [8; 24]. Попытки суицида чаще совершают лица, как раз не обращавшиеся за помощью. А среди тех, кто оказывал помощь, нередко был просто врач общей практики (20%).

В Великобритании провели масштабное исследование с участием более 7 тысяч респондентов, на участие в исследовании согласились преимущественно женщины. В выборку вошли друзья суицидентов (19%), родители (16%), сиблинги (16%), дети (14%) и т. д. Также сильно различалось и время, прошедшее с момента суицида. Сорок процентов горюющих обратились за профессиональной помощью: к врачам общей практики (16%), за индивидуальными консультациями к психотерапевту (14%), в группу онлайн-поддержки (13%), к специализированым сервисам, оказывающим помощь горюющим после суицида (9%),

группам самопомощи (7%), психообразовательные материалы искали 6%. Горюющие отмечали, что не искали помощи по нескольким причинам: 40% чувствовали поддержку от семьи и друзей — что достаточно высоко, учитывая, что классически в литературе суицид считается табуированной темой и многие не могут говорить об утрате даже со своими близкими; 37% считали, что способны справиться сами; 35% не знали о существовании подобных услуг; 20% — что им не были доступны местные службы поддержки [21].

Ранняя поственция. Важное значение имеет время начала проведения психообразовательной помощи. Еще в 70-х годах Э. Шнейдман говорил о важности как можно более ранней поственции (в первые 24 часа). Эту идею в своих работах развил F. Campbell в 1997, предложив активную модель поственции (Active postvention Model (APM)). В пассивной модели поственции близкие суицидента сами ищут ресурсы для помощи. Активная поственция предполагает как можно более раннее начало работы, в идеале — непосредственно после совершения суицида, родственникам объясняются возможные пути получения дальнейшей помощи. Подчеркивается важность не только разговора с родственниками на месте происшествия, но психологической работы с близким окружением суицидента, которых также мог затронуть суицид. Такую работу, согласно модели, могут осуществлять сотрудники кризисных центров, а также волонтеры, которые сами имеют опыт переживания суицида близкого, прошедшие дополнительное обучение. Активная модель поственции ставит психологическую помощь в один ряд с традиционными службам реагирования: полицией, персоналом скорой медицинской помощи, следователями — и предполагает бригадный подход: так, например, полиция может предоставить информацию для последующей связи с родственниками жертвы [10]. Целью такой разъяснительной работы ставится информирование родственников о наличии группы помощи, где они могут поговорить с другими горюющими, которые пережили потерю; нормализация переживаний; предоставление ресурсов для помощи, включая книги самопомощи и список служб поддержки (предпочтительно групп поддержки для близких суицидентов). При этом предполагается, что этот этап — в первую очередь психообразовательный, в него не включено консультирование или медикаментозная помощь [11].

Можно выделить несколько конкретных задач на этапе ранней поственции:

- эмоциональная поддержка;
- информирование о протоколах действия врачей, следователей и т. д., которые используются на месте происшествия;
- предоставление информации о возможности предоставления донорских органов;

— предотвращение возможной самостигматизации;

— отдельно выделяется сложный вопрос с осмотром тела покойного.

Специалист может сопровождать при осмотре тела, а также помочь с выбором, осматривать ли тело. Сама потенциальная возможность увидеть тело важна для процесса горевания. В противном случае может возникнуть сильный гнев, который переключает родственников с собственного процесса горевания [10].

При оказании активной поственции после суицида выше вероятность, что родственник раньше обратится за дальнейшей помощью [10]. По данным разных исследований, это срок — от двух месяцев до 4,5 лет, в то время как при активной модели — около месяца. Родственники чаще посещали группы помощи и в общей сложности посетили большее количество занятий [11]. При этом и сами горюющие в опросе отмечают, что хотели бы получить помощь рано: 65% опрошенных сообщили, что предпочли бы, если бы им предложили поддержку в течение первой недели после смерти, еще 25 % хотели бы получить информацию о существующих видах помощи в первый месяц после суицида [21].

Форматы психологической помощи. Помощь горюющим может осуществляться как в индивидуальном, так и в групповом форматах. Наиболее доступный и рекомендуемый формат поственции для родственников суицидентов — группы поддержки; первые группы появились в 80-х годах [8]; [2]. Группы поддержки уповают на взаимоподдержку участников группы и возможность поделиться чувствами. Т. Джойнер отмечает чувство принадлежности как важный антисуицидальный фактор; именно чувство общности и поддержки может предоставить группа помощи [8]. Помощь в группе включает в себя важные составляющие — она дает возможность участникам почувствовать, что они не одиноки в своем горевании, групповая сплоченность играет важную психотерапевтическую роль [26]. За рубежом много групп поддержки, которые организуются как при психологических центрах, так и при церквях, среди них есть общие для всех горюющих и специализированные для родственников суицидентов.

Группы для родственников суицидентов обычно являются небольшими — около 6 человек, однако встречаются групповые форматы вплоть до 10—20 человек. Продолжительность терапии сильно варьируется. Много открытых групп, в которые участник может приходить, пока у него есть запрос, частота встреч в таких группах чаще всего раз в месяц. Бывают группы, ограниченные по времени — 8—14 недель. Также различаются и ведущие; группу могут вести психолог, психиатр, медсестра с психиатрическим профилем специализации, социальный работник; также соведущими могут выступать родственники суицидентов, которые уже пережили острый кризис. Результаты исследований показывают,

что психотерапевтические групповые интервенции влияют на уменьшение симптомов депрессии и снижение эмоциональной лабильности, улучшение социальной адаптации. Родственники суицидентов отмечают, что чувствуют отличия в своих запросах и потребностях в сравнении с другими горяющими, что делает важным создание гомогенных групп. Исследования показывают, что группы все чаще ведут волонтеры, сами потерявшие близкого после суицида. Волонтеры с соответствующей подготовкой могут быть положительными образцами для подражания, показывая, что боль может уменьшиться [25; 11].

По данным разных исследований, от 65% до 88% процентов отмечают полезность полученной помощи [8]. Большинство исследований сосредоточено на характеристиках и феноменологии горя, а не на эффективности интервенции. Исследования эффективности группы помощи показывают снижение интенсивности отрицательных чувств после прохождения 8-недельной программы помощи, но не во время проведения. Другое исследование показывает снижение симптомов депрессии и тревоги и выраженности стресса. Из-за отсутствия контрольных групп мало что известно об эффективности потенциально эффективных компонентов, таких как психообразование, признание своего горя, обмен опытом и получение/предоставление поддержки внутри группы [22].

Современные исследования показывают, что психотерапевтическая работа с гореванием может быть эффективна и в случае оказания помощи через Интернет. Тем не менее, среди программ помощи родственникам суицидентов лишь для немногих были проведены исследования с доказанной эффективностью психотерапевтических интервенций. Родственникам суицидентов, несмотря на высокие риски, не склонным сами обращаться за помощью, возможная анонимность помощи через Интернет может помочь преодолеть стыд и вину и обратиться за помощью, не чувствуя стигматизации. Еще одним важным преимуществом онлайн-помощи является ее доступность для разных регионов страны, что особенно важно для небольших районов, где нет доступа к специализированной помощи [26].

Существуют программы помощи, в основе которых лежит какой-либо психотерапевтический подход. Рассмотрим несколько примеров таких групп. Например, программа помощи, основанная на нарративном подходе. Модель 8-недельного вмешательства состоит из пяти частей. Часть первая, введение, происходит в течение первой недели. Вторая часть длится от двух до четырех недель и дает каждому участнику время поделиться своей историей и обсудить потерю любимого человека. Третья часть состоит из интерактивных презентаций о суицидологии, психообразование основано на нейробиологической модели

суицида. Четвертая часть посвящена адаптивным навыкам и стратегиям совладания, а последний раздел (на восьмой неделе) посвящен завершению группы и обсуждению ресурсов для постоянной поддержки. Обмен личными рассказами был назван многими участниками как самое сильное целительное средство. Терапевтическим упованием этой группы служит развитие у горюющих агентных нарративов (изображающих события таким образом, чтобы предположить, что рассказчик контролирует ситуацию, несмотря на травматические жизненные события), благодаря чему человек чувствует возвращение ощущения контроля как над своей текущей жизнью, так и над процессом горевания (например, ощущение наличия выбора, целенаправленные действия и самоопределение), в противовес виктимным нарративам, в которых события, влияющие на жизнь рассказчика, контролируются внешними силами. Виктимные рассказы изображают жизнь рассказчика, как контролируемую умершим. Для лиц с сильно агентным нарративом, часто сопровождающимся самокритикой, понимание биологических факторов суицида помогает снизить чувство вины за суицид близкого. Агентные нарративы важны для формирования будущего. Как отметил один из участников: «Я продолжал спрашивать себя, почему? Что я делал или не делал? Но вопрос не в этом. Вопрос в том, как прощать и жить». Переход от виктимных к агентным нарративам еще больше стимулируется, когда обсуждение фокусируется на использовании адаптивных копинг-стратегий. Можно привести следующий пример реструктуризации виктимного нарратива. Одна из участниц группы, рассказывая свою историю впервые, описала свое поведение после смерти брата: «Иногда мне так грустно, так одиноко за него, я просто захожу в шкаф, обнимаю его куртку и плачу. Я не знаю...» Здесь она видит, что ее жизнь контролируется ее братом; она не оценивает свое поведение и не берет на себя ответственность за свои действия. Через несколько недель она перешла к такому описанию этого действия: «Иногда, когда мне очень плохо, я обнимаю его куртку. Я чувствую его запах и чувствую себя ближе, как будто он все еще здесь. И он есть, конечно, потому что я знаю, что он на небесах. Это заставляет меня чувствовать себя лучше». Это серьезное изменение по сравнению с ее предыдущим повествованием, в котором объятия куртки были чем-то вне ее контроля и понимания, она исследует свое поведение, рассказывая группе, как ей помогает объятие куртки («Я чувствую его запах и чувствую себя ближе»). Появляется способность осуществлять осмысленный контроль над своей жизнью и процессом скорби [25].

Другая программа помощи основывается на когнитивно-бихевиоральной терапии и может быть проведена онлайн. Продолжительность группы — 12 встреч. Для работы были выделены следующие мише-

ни — чувство вины и стигматизации, реконструкция смысла и обсуждение отношений с умершим. Группу ведут совместно психотерапевт и родственник суицидента, уже переживший острую фазу. Количество участников — не более 10, продолжительность вебинара — полтора часа. Когнитивно-бихевиоральная терапия может быть направлена на прекращение дезадаптивного поведения, связанного с гореванием, восприятием ответственности за суицид близкого, снижение тревожности и депрессивных симптомов. Работа включала в себя психообразование, когнитивное реструктурирование, развитие навыков совладания с такими эмоциями, как вина, стыд, снижение суицидального риска. В основу программы положено социальное научение — каждый вебинар начинается с видео-ролика, где актер, играющий горюющего, рассказывает, как он справлялся с той или иной проблемой — например, чувством вины или суицидальными мыслями. Монолог актера включал в себя 3 составляющие: как проблема проявлялась в начале горевания (первые дни и недели), как проблема менялась с течением времени, что происходит на текущий момент («сегодня»). Видео-герои служат ролевыми моделями для горюющих. Истории для сценариев были взяты из интервью, проведенного с фокус-группой горюющих. После просмотра видео встреча проходит по следующей структуре: психообразование по выбранной теме, групповое обсуждение. В конце выдаются индивидуальные домашние задания между группами (например, написание прощального письма). Через вебинары были затронуты следующие темы: физические и психологические аспекты самоубийства; горевание; посттравматические стрессовые реакции; поиск ответов на вопрос «почему»; вина; собственные суицидальные мысли; стыд и чувство стигматизации; как говорить о суициде с другими; ритуалы, связанные с гореванием; поиск новой роли для себя в будущем. Во время лечения у участников может наблюдаться ухудшение в настроении. Такое ухудшение настроения нормально в процессе интенсивного горя [26].

Другая группа была построена на основе мультимодальной терапии. Горюющих, согласно многим исследованиям, волнует вопрос, почему близкий совершил суицид; техники мультимодальной групповой терапии направлены на реконструкцию смысла: пересказ нарратива о смерти, воображаемый разговор с умершим, интеграция воспоминаний. Качественный анализ записи встреч говорит о том, что терапия способствовала проживанию горя [23].

Подходы к оказанию помощи могут быть разные, но ставят они похожие задачи — выделить место для горевания и переживаний, дать возможность поделиться болезненными эмоциями, переоценить свою роль в суицидальном поведении близкого, попробовать понять какие факторы повлияли на то, что близкий совершил суицид, снизить выражен-

ность симптомов эмоционального неблагополучия, переориентироваться с руминаций о прошлом на текущую жизнь.

Выводы

1. Несмотря на разность кризисных ситуаций при работе с родственниками лиц, совершивших завершённый суицид и суицидальную попытку, можно выделить общие принципы оказания помощи. Обе группы чувствуют стигматизацию, вследствие чего больше подходит работа в гомогенных группах. Важным фактором, способствующим своевременному получению помощи, является ранняя поственция: предоставление информации о ресурсах помощи для родственников суицидентов. Также программы помощи для родственников, как после завершённого суицида, так и после суицидальной попытки, должны включать в себя психообразование о факторах, влияющих на формирование суицидального поведения.

2. Среди подходов к оказанию помощи родственникам суицидентов после незавершённого суицида наибольшее распространение получили два: терапия, основанная на привязанности, направленная на изменение качества привязанности между суицидентом и семьей, и когнитивно-бихевиоральная терапия, направленная на развитие коммуникативных навыков и навыков совладания со стрессом не только у самого пациента, но и у его родственников. Мишени работы с семьей также включают в себя снижение уровня конфликтов и критики, увеличение сплоченности внутри семьи, а также эмоциональную поддержку самих родственников. Продолжительность программ помощи и частота встреч с семьями суицидентов во многом зависят от диагноза и возраста суицидента. Большая часть программ сфокусирована на оказании помощи родственникам подростков, так как для эффективной терапии суицидального поведения у подростков необходимо вовлечение семьи. При этом родственники взрослых суицидентов (супруги, дети, сиблинги и т. д.) также могут нуждаться в эмоциональной поддержке после суицидальной попытки близкого и могут испытывать симптомы эмоционального неблагополучия, что делает необходимым составление программ помощи для этой группы клиентов.

3. После завершённой попытки наиболее распространенным форматом помощи являются группы помощи, которые могут быть организованы как в рамках какого-то конкретного психотерапевтического подхода (когнитивно-бихевиорального, нарративного, мультимодального), так и как группы поддержки. Ключевая задача таких групп — помочь человеку прожить свое горе, создать безопасную среду, где можно делиться эмоциями.

Важную роль может оказывать ведение групп не только специалистами в области психического здоровья, но родственниками суицидентов, уже пережившими острую фазу, которые могут выступать ролевыми моделями, показывающими способы справиться с утратой и дающими надежду на то, что эмоциональная боль уменьшится с течением времени. Мишени работы также могут включать в себя возвращение ощущения контроля над жизнью, прекращение руминирования и переклечение фокуса на текущую жизнь, реконструкцию смысла произошедшего.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика и вопросы профилактики суицидального поведения // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии / Под ред. А.Г. Амбрумовой. М.: Изд-во НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1984. С. 62—77.
2. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Гаязова Л.А. Психотерапия суицидального кризисного состояния у несовершеннолетних: анализ современных подходов и методов// Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Том 31. № 2. С. 89—93.
3. Любовь Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы // Суицидология. 2017. Том 8. № 4 (29). С. 56—75.
4. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.
5. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 3. С. 144—163. DOI:10.17759/cpp.2016240309
6. A randomized controlled trial: attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal / Diamond G.S. et al. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2019. № 58 (7). P. 721—731.
7. Adolescent Suicide Attempt Prevention: Predictors of Response to a Cognitive-Behavioral Family & Youth Centered Intervention / Babeva K.N. et al. // Suicide Life Threat Behav. 2020. № 50(1). pp. 56—71.
8. Aguirre R.T.P., Slater H. Suicide Postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the united states // Death Studies. 2010. № 34. P. 529—540.
9. Attachment-based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial / Diamond G.S. et al. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2010. № 49(2). P. 122—131. DOI:10.1097/00004583-201002000-00006
10. Campbell F.R. The Influence of an Active Postvention on the Length of Time Elapsed Before Survivors of Suicide Seek Treatment. Diss. ... Doctor of Philosophy. LSU Historical Dissertations and Theses. 2001. 397 p. DOI:10.31390/gradschool_disstheses.397
11. Cerel J., Campbell F.R. Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model // Suicide Life Threat Behav. 2008. № 38 (1). P. 30—34. DOI:10.1521/suli.2008.38.1.30

12. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability / Stanley B. et al. // *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009. № 48 (10). P. 1005—1013. DOI:10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe
13. Cognitive Behavior Therapy Manual for TADS / Curry J.F. et al.: manual. Publ. Duke University Medical Center, 2000. 271 p.
14. *Émilie E.A.* Critical, Relational Approach for Working with Suicide in Family Therapy // Special Issue: Integrative Practice in Family Therapy. 2022. № 43 (1). P. 104—117.
15. *Ewing E.S.K., Diamond G., Levy S.* Attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents: theory, clinical model and empirical support // *Attach Hum Dev*. 2015. № 17 (2). P. 136—156. DOI:10.1080/14616734.2015.1006384
16. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder / Hoffman P.D. // *Fam. Process*. 2005 № 44 (2). P. 217—225. DOI:10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x
17. *Magne-Ingvar U., Öjehagen A.* Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999. № 34. P. 7379.
18. *Miklowitz D.J., Taylor D.O.* Family-focused treatment of the suicidal bipolar patient // *Bipolar Disord*. 2006. Vol. 8 (5 Pt. 2). P. 640—651. DOI:10.1111/j.13995618.2006.00320.x
19. *Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M.* Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York / London. Publ: The Guilford Press. 2006. 346 p.
20. Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior / *Frey L.M.* et al. // *J. Marital Fam. Ther.* 2022. № 48 (1). P. 154—177. DOI:10.1111/jmft.12568
21. Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey / *McDonnell S.* et al. // *Suicide Life Threat. Behav.* 2022. № 52 (5). P. 887—897.
22. Suicide postvention service models and guidelines 2014–2019: A systematic review / *Andriessen K.* et al. [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2019. № 10. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02677/full> (Дата обращения: 27.04.2023).
23. *Supiano K.P., Haynes L.B., Pond V.* The transformation of the meaning of death in complicated grief group therapy for survivors of suicide: A treatment process analysis using the meaning of loss codebook // *Death Stud*. 2017. Vol. 41 (9). P. 553—561. DOI:10.1080/07481187.2017.1320339
24. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults [Электронный ресурс] / *Pitman A.L.* et al. // *BMJ Open*. 2017. № 7 (5). DOI:10.1136/bmjopen-2016-014487. URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e014487> (Дата обращения: 27.04.2023).
25. The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors / *Mitchell A.N.* et al. // *Issues Ment. Health Nurs*. 2003. № 24 (1). P. 91—106. DOI:10.1080/01612840305308
26. *Wagner B., Hofmann L., Maaß U.* Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled

trial [Электронный ресурс] // *Trials*. 2020. № 21 (1). DOI:10.1186/s13063-019-3891-5. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31915044/> (Дата обращения: 27.04.2023).

27. Why We Need to Enhance Suicide Postvention / Erlich M.D. et al. // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2017. Vol. 205 (7). P. 507—511. DOI:10.1097/NMD.0000000000000682

REFERENCES

1. Ambrumova A.G., Postovalova L.I. Semeinaya diagnostika i voprosy profilaktiki suitsidal'nogo povedeniya [Family diagnostics and prevention of suicidal behavior]. In A.G. Ambrumova (ed.). *Problemy profilaktiki i reabilitatsii v suitsidologii* [Problems of prevention and rehabilitation of suicidology]. Moscow: Publ. NII psikiatrii MZ RSFSR, 1984, pp. 62—77.
2. Bannikov G.S., Vikhristyuk O.V., Gayazova L.A. Psikhoterapiya suitsidal'nogo krizisnogo sostoyaniya u nesovershennoletnikh: analiz sovremennykh podkhodov i metodov [Modern psychological approaches to the therapy of suicidal crisis in children and teens]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikihiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2021. Vol. 31 (2), pp. 89—93. (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Lyubov E.B. Kliniko-sotsial'noe bremya blizkikh zhertvy suitsida: esli by [Clinical and social burden for suicide survivors: if i had dealt with it properly]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2017. Vol. 8 Is. 4(29), pp. 56—75. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Starshenbaum G.V. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya [Suicidology and crisis psychotherapy]. Moscow.: Publ. «Kogito-Tsentr», 2005. 376 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Kholmogorova A.B. Suitsidal'noe povedenie: teoreticheskaya model' i praktika pomoshchi v kognitivno-bikheviornoi terapii [Suicidal Behavior: Theoretical Model And Practical Implications In Cognitive-Behavioral Therapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2016. Vol. 24 (3), pp. 144—163. DOI:10.17759/cpp.2016240309 (In Russ., abstr. in Engl.).
6. A randomized controlled trial: attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal / Diamond G.S. et al. // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019. Vol. 58 (7), pp. 721—731.
7. Adolescent Suicide Attempt Prevention: Predictors of Response to a Cognitive-Behavioral Family & Youth Centered Intervention / Babeva K.N. et al. // *Suicide Life Threat Behav.* 2020. Vol. 50(1), pp. 56—71.
8. Aguirre R.T.P., Slater H. Suicide Postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the united states. *Death Studies*. 2010. Vol. 34, pp. 529—540.
9. Attachment-based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial / Diamond G. S. et al. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010. Vol. 49(2). pp. 122—131 DOI:10.1097/00004583-201002000-00006
10. Campbell F.R. The Influence of an Active Postvention on the Length of Time Elapsed Before Survivors of Suicide Seek Treatment. Diss.... Doctor of Philosophy. LSU Historical Dissertations and Theses. 2001. 397 p. DOI:10.31390/gradschool_disstheses.397

11. Cerel J., Campbell F.R. Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide Life Threat Behav.* 2008. Vol. 38(1), pp. 30—34. DOI:10.1521/suli.2008.38.1.30
12. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability / Stanley B. et al. // *Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009. Vol. 48 (10), pp. 1005—1013. DOI:10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe
13. Cognitive Behavior Therapy Manual for TADS / Curry J. F. et al.: manual. Publ. Duke University Medical Center, 2000. 271 p.
14. Émilie E.A. Critical, Relational Approach for Working with Suicide in Family Therapy. *Special Issue: Integrative Practice in Family Therapy.* 2022. Vol. 43, Is.1, pp. 104—117.
15. Ewing E.S.K., Diamond G., Levy S. Attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents: theory, clinical model and empirical support. *Attach Hum Dev.* 2015. Vol. 17 (2). pp. 136—156. DOI:10.1080/14616734.2015.1006384
16. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder/ Hoffman P.D. // *Fam. Process.* 2005 Vol. 44 (2), pp. 217—225. DOI:10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x
17. Magne-Ingvar U., Öjehagen A. Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 1999. Vol. 34, pp. 73—79.
18. Miklowitz D.J., Taylor D.O. Family-focused treatment of the suicidal bipolar patient. *Bipolar Disord.* 2006. Vol. 8 (5 Pt. 2), pp. 640—651. DOI:10.1111/j.13995618.2006.00320.x
19. Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York / London. Publ: The Guilford Press. 2006. 346 p.
20. Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior / Frey L.M. et al. // *J. Marital Fam. Ther.* 2022. Vol. 48(1), pp. 154—177. DOI:10.1111/jmft.12568
21. Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey / McDonnell S. et al. // *Suicide Life Threat. Behav.* 2022. Vol. 52 (5), pp. 887—897.
22. Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: A systematic review / Andriessen K. et al. [Electronic resource]. *Frontiers in Psychology.* 2019. Vol. 10. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02677/full> (Accessed: 27.04.2023).
23. Supiano K.P., Haynes L.B., Pond V. The transformation of the meaning of death in complicated grief group therapy for survivors of suicide: A treatment process analysis using the meaning of loss codebook. *Death Stud.* 2017. Vol. 41 (9), pp. 553—561. DOI:10.1080/07481187.2017.1320339
24. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults [Electronic resource] / Pitman A.L. et al. // *BMJ Open.* 2017. Vol. 7 (5). DOI:10.1136/bmjopen-2016-014487 Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e014487> (Accessed: 27.04.2023).
25. The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors / Mitchell A.N. et al. // *Issues Ment. Health Nurs.* 2003. Vol. 24 (1), pp. 91—106. DOI:10.1080/01612840305308

26. Wagner B., Hofmann L., Maaß U. Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled trial [Electronic resource]. *Trials*. 2020. Vol. 21 (1). DOI:10.1186/s13063-019-3891-5. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31915044/> (Accessed: 27.04.2023).
27. Why We Need to Enhance Suicide Postvention/ Erlich M.D. et al. // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2017. Vol. 205 (7), pp. 507—511. DOI:10.1097/NMD.0000000000000682

Информация об авторах

Борисоник Евгения Владимировна, преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>, e-mail: borisonik-ev@mail.ru

Information about the authors

Evgeniya V. Borisonik, lecturer, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>, e-mail: borisonik-ev@mail.ru

Получена 30.04.2023

Received 30.04.2023

Принята в печать 30.05.2023

Accepted 30.05.2023