

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В. А. Тарасевич¹⁾, И. В. Басинская¹⁾

¹⁾ *Белорусский государственный университет, пр-т Независимости 4, 220004, г. Минск, Беларусь, vika.tarasevich.2001@gmail.com, basinskaya@gmail.com*

Копинг-стратегии играют ключевую роль в формировании суицидального риска, так как они непосредственно влияют на психическое здоровье и благополучие человека. Целью работы является изучение взаимосвязи и различия копинг-стратегий и суицидального риска у лиц с инвалидностью; у лиц не имеющих ограничений жизнедеятельности; а также у волонтеров, работающих с людьми, имеющими инвалидность. Обнаружили статистически достоверное различие в использовании стратегии положительной переоценки между группами, выявили прямые взаимосвязи между бегством-избеганием и суицидальным риском, а у людей без инвалидности – между самоконтролем и суицидальным риском, привели практические рекомендации на основе проведенного исследования.

Ключевые слова: стратегии совладающего поведения; копинг; копинг-стратегии; совладающее поведение; люди с инвалидностью; волонтеры; суицид; суицидальное поведение; суицидальный риск.

COPING AND PREVENTION OF SUICIDE RISK IN PEOPLE WITH DISABILITIES AND WITHOUT DISABILITIES

V. A. Tarasevich¹⁾, I. V. Basinskaya¹⁾

¹⁾ *Belarusian State University Nezavisimosti av., 4, 220004, Minsk, Republic of Belarus, vika.tarasevich.2001@gmail.com, basinskaya@gmail.com*

Coping strategies play an important role in the formation of suicide risk, as they directly affect a person's mental health and well-being. The aim of the work is to study the relationship and differences between coping strategies and suicide risk among people with disabilities, people without disabilities, and volunteers working with people with disabilities. They found a statistically significant difference in the use of a positive reassessment strategy between the groups, identified direct correlations between escape avoidance and suicide risk, and in people without disabilities, between self-control and suicide risk, and provided practical recommendations based on the study.

Keywords: coping strategies; coping behavior; people with disabilities; volunteers; suicide; suicidal behavior; suicide risk.

Совладающее поведение мы часто используем тогда, когда попадаем в какую-либо кризисную ситуацию. Кризисная ситуация включает в себя некое объективное обстоятельство и определенное отношение к нему индивида в зависимости от степени его значимости, сопровождаемое эмоционально-поведенческими реакциями различного характера и степени интенсивности [1, с.23].

Р. Лазарус и С. Фолкман утверждают, что реакция человека на экстремальную ситуацию зависит от того, как он оценивает эту ситуацию и свои возможности [2, с. 36].

Все разнообразие стратегий совладающего поведения можно разделить на два типа. *Проблемно-ориентированный* тип направлен на разрешение трудной ситуации, путем изменения среды. *Эмоционально-ориентированные стратегии* – это определенные мысли и действия, нацеленные на снижение стресса, они дают временное чувство облегчения, но не устраняют угрожающую ситуацию [3, с. 52].

Мы придерживаемся подхода Р. Лазаруса и С. Фолкмана, где совладающее поведение – это динамический процесс, постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки управлять внутренними и внешними требованиями, которые оцениваются, как напрягающие или предвосхищающие ресурсы личности [3, с.74]. Р. Лазарус и С. Фолкман предлагают восемь основных стратегий совладающего поведения [4, с.180]:

1) планирование решения проблемы – предполагает прикладывание усилий по изменению ситуации, включающих аналитический подход к решению проблемы;

2) конфронтационные стратегии заключаются в применении агрессивных действий для изменения ситуации, некоторой враждебности и готовности идти на риск;

3) принятие ответственности – признание своей роли в возникновении проблемы, в последствиях и попытке её решения;

4) самоконтроль – регулирование собственных эмоций и действий;

5) положительная переоценка – переосмысливание ситуации, стремление найти что-то хорошее;

6) поиск социальной поддержки заключается в обращении за помощью извне;

7) дистанцирование – стремление когнитивно отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость;

8) бегство-избегание – стратегия поведения, позволяющая человеку не решать проблемную ситуацию, а всячески избегать ее. Она дает только временное эмоциональное облегчение.

Выделяют основные факторы, влияющие на формирование стратегий совладающего поведения:

Семья. Структура семьи. На формирование копинг-стратегий влияет то, в какой семье воспитывается ребенок: полной, неполной, смешанной, многодетной. Например, дети из полных семей обладают более широким репертуаром копинг-стратегий, чем дети из неполных семей, они чаще используют стратегии решения проблемы, поиска социальной поддержки, дистанцирования и интернализации [5, с.41].

Фигура родителей. Копинг-поведение детей формируется под влиянием копинга родителей, однако, не является его копией. Например, конфронтативный копинг отца способствует проявлению ребенком стратегий экстернализации – «кричу, чтобы выпустить пар» [5, с.39].

Личные особенности. Девочки достоверно чаще в дошкольном возрасте используют стратегии поиска социальной поддержки, а мальчики – стратегии, направленные на решение проблемы. Дети с нарушениями поведения достоверно чаще применяют стратегии дистанцирования [5, с.45-46].

Детско-родительские отношения. Например, демонстрация родителем сопереживания, понимания чувств и состояний создает условия для выбора стратегии «положительная переоценка» [6, с. 166-167].

Влияние сверстников, общества. В подростковом возрасте сверстники являются для ребенка наиболее значимыми людьми, поэтому они могут оказывать влияние на формирование стратегий совладающего поведения через поддержку, одобрение, порицание, наблюдение за моделями поведения или социальное сравнение.

Совладающее поведение позволяет человеку справляться со стрессом, а также возникающими кризисными ситуациями, оно оказывает определённое влияние и на возникновение суицидального риска. Суицид – добровольное, самостоятельное, осознанное, осмысленное и саморазрушительное действие, направленное на лишение себя жизни; чаще всего выступает как реакция на психотравмирующую ситуацию на основе эмоционального нарушения и как способ разрешения внутреннего конфликта [6, с.64].

Факторы, способствующие появлению суицидального поведения [7, с. 903-905]:

Генетические. Преобладание суицидального поведения у монозиготных близнецов над гетерозиготными, приемные дети, у которых биологический родственник совершил суицид, гораздо чаще уходят из жизни подобным образом, чем лица, не имеющие таких родственных связей.

Биологические. К ним относятся различные соматические и психические заболевания.

Социальные факторы. Социальная дезадаптация, разрыв семейно-микросоциальных связей, одиночество, экономические факторы (потеря работы, денежных средств к существованию), смерть любимого человека, развод и семейные конфликты, «нездоровый климат в семье».

Психологические. Определённые черты характера, враждебное отношение к миру и окружающим, особенности мышления, пол и возраст суицидента.

Рассмотрев факторы, способствующие появлению суицидального поведения, мы можем обозначить следующие группы риска:

Пол. К группе риска относятся мужчины, так как количество совершенных суицидов выше, чем у женщин. Однако, попыток к суициду предпринимают больше женщины.

Возраст. Наибольшее количество суицидов приходится на возраст после 45 лет, которое стремительно увеличивается к старости. Также максимальное количество суицидальных попыток приходится на молодой возраст от 20 до 30 лет.

Семейное положение. Уровень суицида выше у тех, кто в браке не состоит.

Религия. Наибольшее количество суицидальных попыток у атеистов в сравнении с верующими людьми. Среди представителей различных конфессий максимальное количество суицида фиксируется у буддистов, самые минимальные значения – у мусульман.

Профессиональный и социальный статус. Безработица и низкий социальный статус могут привести к чувству беспомощности и безнадёжности. Например, безработные и пенсионеры могут сталкиваться с чувством утраты смысла и социальной изоляцией.

Экономическое положение. Финансовые трудности могут вызывать стресс и чувство безысходности, особенно если человек чувствует, что не может обеспечить свою семью.

Наличие психических патологий. Психические расстройства, такие как депрессия, тревожные расстройства и шизофрения, значительно увеличивают риск суицидального поведения.

Наличие физических патологий. Хронические заболевания и сильная боль могут способствовать развитию депрессии и ощущению безысходности, что также увеличивает риск суицидальных мыслей.

Попытки суицида в прошлом. Люди, которые уже делали попытки суицида, находятся в группе повышенного риска.

Суицидальное поведение родственников и значимых других. Наличие случаев суицида в семье или среди близких друзей может создать у человека ощущение, что такой выбор является приемлемым решением проблем.

Алкоголизм и наркомания. Зависимости могут усиливать депрессию и приводить к импульсивному поведению, что также увеличивает риск суицида.

В рамках данной работы было организовано и проведено эмпирическое исследование для выявления различий в использовании стратегий совладающего поведения и суицидального риска, а также взаимосвязи между этими переменными у лиц, имеющих инвалидность; у лиц, не имеющих ограничений жизнедеятельности; а также у волонтеров, работающих с людьми, имеющими инвалидность.

В исследовании приняло участие 90 испытуемых в возрасте от 18 до 40 лет. Из них 30 лиц, имеющих инвалидность (далее – ЛИИ), 30 – не имеющих ограничений жизнедеятельности (далее – ЛНИОЖ) и 30 волонтеров или работающих с людьми, имеющими инвалидность (далее – ВРЛИИ).

Диагностический комплект исследования включал в себя методику П.И. Юнацкевича для выявления склонности к суицидальным реакциям (Тест «СР-45» П.И. Юнацкевич) [8, с.42] и методику «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус, С. Фолкман; адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой) [3, с.138].

Рассмотрим предпочтительные стратегии для каждой группы испытуемых (далее приведены средние значения в виде $\bar{x} \pm \delta$, где $\bar{x}$ – среднее арифметическое значение показателя, δ – среднеквадратичное отклонение от $\bar{x}$). Для ЛИИ наиболее характерны будут эмоционально-ориентированные стратегии: бегство-избегание ($57,00 \pm 7,66$) и положительная переоценка ($57,00 \pm 11,10$). У ЛИИ выраженными будут стратегия бегства-избегания – 12 человек (40%) и положительная переоценка – 15 человек (50%). Это говорит о том, что люди с инвалидностью предположительно чаще будут преодолевать сложные ситуации посредством изменения своих эмоций и отношения к проблеме или игнорирования ее. Реже всего встречаются такие стратегии, как поиск социальной поддержки ($49,87 \pm 12,41$), принятие ответственности ($50,33 \pm 8,62$) и самоконтроль ($51,33 \pm 9,41$).

У ЛНИОЖ также наиболее проявлена стратегия бегство-избегание ($60,23 \pm 9,44$), причем ее использование значительно превышает остальные виды копинга. Она является выраженной у 50% испытуемых. Наименее популярными стратегиями здесь будут положительная переоценка ($50,17 \pm 10,09$) и принятие ответственности ($50,27 \pm 8,44$).

Для ВРЛИИ также наиболее популярной будет стратегия бегства-избегания ($59,17 \pm 7,29$). Она выражена у 50% испытуемых. Заметно редкое использование стратегии дистанцирования ($51,10 \pm 9,99$) и принятия ответственности ($51,77 \pm 8,53$).

Можно предположить, что такие данные по трем выборкам говорят нам о тенденции роста инфантильного, эмоционально-ориентированного поведения, вне зависимости от социального положения.

Среди ЛИИ, 1 испытуемый (3,33%) имеет высокий уровень суицидального риска – возможно проявление склонности к суицидальным реакциям, он в данный момент находится в ситуации внутреннего и/или внешнего конфликта, нуждается в медико-психологической помощи; 3 человека (10,00%) имеют уровень выше среднего, что означает возможное совершение суицида или возникновение саморазрушающего поведения при трудностях адаптации; 7 человек (23,33%) показали средний уровень суицидального риска, что означает наличие «потенциала» склонности к суицидальным реакциям.

Следовательно, в определенной зоне риска находится 11 человек (36,67%), которые нуждаются в психолого-профилактических мероприятиях.

У ЛНИОЖ также имеется 1 испытуемый (3,33%) с высоким суицидальным риском, 2 (6,67%) демонстрируют риск вышесреднего, и 6 человек (20,00%) – со средним риском. Следовательно, риск возникновения суицидоопасного поведения есть у 9 человек (30%).

Среди ВРЛИИ нет людей с высоким суицидальным риском и суицидальным риском выше среднего. Интересен тот факт, что практически половина группы 13 человек (43,33%) имеет средний суицидальный риск, что может говорить о наличии потенциальной возможности развития саморазрушающего поведения и суицидального риска.

Для проверки существования взаимосвязи между стратегиями совладающего поведения и суицидальным риском в каждой группе нами был проведен корреляционный анализ с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

У ЛИИ существует прямая взаимосвязь между стратегией бегства-избегания и суицидальным риском ($r_s = 0,409$; $p \leq 0,05$). Значит, чем больше ЛИИ используют стратегию бегства-избегания, тем выше у них, с определенной долей вероятности, будет суицидальный риск.

В группе ЛНИОЖ найдены две значимые корреляции: между бегством-избеганием и суицидальным риском ($r_s = 0,420$ и $p \leq 0,05$); между самоконтролем и суицидальным риском ($r_s = 0,406$ и $p \leq 0,05$). Можно предположить, что избегание проблем, и, как следствие, последующее их накопление, а также чрезмерный самоконтроль своего состояния, способны фрустрировать и приводить к возрастанию суицидального риска.

В выборке ВРЛИИ присутствуют две отрицательные взаимосвязи: между поиском социальной поддержки и суицидальным риском ($r_s = -0,439$ и $p \leq 0,05$); между положительной переоценкой и суицидальным

риском ($r_s = -0,417$ и $p \leq 0,05$). Следовательно, чем чаще ВРЛИИ обращаются за помощью и поддержкой к другим людям и чем больше положительного они могут увидеть в своих проблемах, тем меньше будет суицидальный риск.

Для проверки существования различий суицидального риска и копинг-стратегий в трех выборках, нами был использован непараметрический статистический U критерий Мана-Уитни.

Анализ результатов показал, что существуют значимые различия в использовании стратегии положительной переоценки ($U=283$; $p \leq 0,05$) – ЛИИ используют ее чаще, чем ЛНИОЖ. Возможно, именно наличие инвалидности приводит к необходимости формирования способности видеть в кризисных событиях и проблемах что-то положительное, умение их переосмысливать. Анализ различий суицидального риска и копинг-стратегий между ЛНИОЖ и ВРЛИИ, а также между ЛИИ и ВРЛИИ не показал статистически достоверных результатов.

Исходя из данных, полученных в результате эмпирического исследования, считаем нужным рекомендовать следующие направления работы:

Профилактика суицидального риска для лиц, имеющих инвалидность:

Организовать групповые тренинги по развитию навыков принятия ответственности за возникающие проблемы, повышению самооценки и управлению эмоциями.

Обучить навыку «просьба о помощи» путем индивидуальной работы с психологом, а также тренинговых или терапевтических групп.

Помочь в формировании сети поддержки посредством вовлечения в группы взаимопомощи (включая онлайн-сообщества) и развитие коммуникативных навыков.

Проинформировать людей с инвалидностью и их близких о возможности получения психологической и психиатрической помощи в случае кризисных состояний или депрессивных эпизодов.

Обеспечить группу риска доступом к регулярным консультациям с психологом для развития эмоциональной осознанности, преодоления трудностей, овладения проблемно-ориентированными стратегиями и снижения избегающего поведения, а также для работы с возможными зависимостями.

Повысить осведомленность населения о признаках суицидального поведения и о правилах взаимодействия с людьми, находящимися в состоянии суицидального риска.

Профилактика суицидального риска для волонтеров, работающих с людьми, имеющими инвалидность:

Обучить созданию безопасной среды общения через установление чётких границ и правил взаимодействия с лицами с инвалидностью.

Обеспечить ознакомление с доступными ресурсами помощи, включая услуги психиатров, психологов и социальных служб.

Провести тренинги для формирования навыков релаксации и управления стрессом (например, медитации и дыхательных упражнений), а также обучить техникам позитивной переоценки ситуаций, поиску социальной поддержки и принятию ответственности.

Организовать регулярные консультации с психологом для мониторинга эмоционального состояния и предотвращения профессионального выгорания.

Для работы с группой лиц, не имеющих ограничений жизнедеятельности, рекомендуем

Информировать население о конструктивных проблемно-ориентированных стратегиях копинга, преимуществах их использования, а также разъяснение последствий чрезмерного самоконтроля, избегающего поведения и риска развития зависимого поведения (через средства массовой информации, социальные сети, проведение лекций и семинаров в образовательных учреждениях).

Популяризировать волонтерскую деятельность, ввиду ее положительного влияния на формирование конструктивных стратегий совладающего поведения, путем рекламы волонтерской деятельности в социальных сетях, СМИ.

Повышать осведомленность о кризисах, депрессии и поддержке близких через бесплатные лекции, семинары, а также посредством онлайн-форматов.

Обеспечить доступность психологической помощи для всех слоев населения путем подготовки специалистов, содействия их работе на предприятиях и в учреждениях, поддержки создания благотворительных центров и привлечения частных инвестиций.

Для эффективной профилактики суицидального риска и обучения конструктивным стратегиям совладающего поведения лиц с инвалидностью, волонтеров, работающих с инвалидами, и лиц, не имеющих ограничений жизнедеятельности, необходим комплексный и многогранный подход. Считаем целесообразным проводить дальнейшие исследования для более тщательной проверки гипотезы о наличии различий в стратегиях совладающего поведения и суицидального риска в данных группах населения на большей выборке с использованием иного ряда методик для подтверждения полученного результата.

Библиографические ссылки

1. *Абабков В. А.* Адаптация к стрессу. Проблемы, теории, диагностики, терапии. Санкт-Петербург : СПбГУ, 2004.
2. *Фролова Ю. Г.* Медицинская психология: учебник. Минск : Высшэйшая школа, 2016.
3. *Lazarus R. S., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
4. *Тарасевич В. А., Басинская И. В.* Образовательная среда и совладающее поведение как антисуицидальные факторы у людей с инвалидностью // Перспективы развития высшей школы: материалы V межд. науч.- конф., Тюмень, 25 мая 2024 г.: в 3 т. / Тюменский индустр. ун-т; ред.: Л.К. Иляшенко. Тюмень, 2024. Т.2. С. 179.
5. *Михайлова Н. Ф., Смирнова А. В.* Формирование совладающего поведения у детей [Электронный ресурс] // Российский психологический журнал. 2006. №3. С. 38. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-sovladayuschego-povedeniya-u-detey> (дата обращения: 25.02.2025).
6. *Трунов Д. Г.* Определение суицида: поиск критериев [Электронный ресурс] // Суицидология. 2016. №1 (22). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opredelenie-suitsida-poisk-kriteriev> (дата обращения: 25.02.2025).
7. *Тарасевич В. А., Басинская И.В.* Проблема суицидального риска у людей с инвалидностью // Человек. Культура. Общество: материалы XXI ежегодн. науч.- конф., Минск, 26 апр. 2024 г. : в 1 т. / Белорус. гос. ун-т; рекол.: Т. В. Бурак (отв. ред.) и др. Минск, 2024. Т. 1. С. 903.
8. *Пергаменичик Л. А.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Санкт-Петербург: изд. Гревцова, 2012.