

УДК 1

DOI 10.21661/r-555453

*Е.В. Одиночкина***АРТ-ТЕРАПИЯ С ПОДРОСТКАМИ-СУИЦИДЕНТАМИ,  
СКЛОННЫМИ К СЕЛФХАРМУ**

*Аннотация:* в статье рассматриваются подходы к пониманию суицидального поведения и селфхарма, представлены некоторые результаты исследования эффективности использования арт-терапии в работе с подростками-суицидентами, склонными к селфхарму.

*Ключевые слова:* подростки-суициденты, суицидальное поведение, селфхарм, арт-терапия, аффект, факторы суицидального поведения.

Проблема суицидального поведения среди подростков все также на пике актуальности. Суицид является одной из серьезных проблем современного общества, она характерна для стран с совершенно разными социально-экономическими условиями, культурными и религиозными традициями. Психологический смысл суицида чаще всего заключается в отреагировании аффекта, в снятии эмоционального напряжения, боли, а также в уходе от той ситуации, в которой может оказаться человек. Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами. Зарождается основа, причины проблемы в детстве, чаще всего ярко проявляется в подростковом возрасте, в наиболее сложном и уязвимом к различным стресс-факторам. Современный подход к вопросу суицидального риска предполагает разработку обобщенных моделей. Примером обобщенной модели суицидального риска может служить теория ABC, которая предлагает рассматривать три взаимосвязанных компонента такого риска: эмоциональное, когнитивное и поведенческое отношение к самоубийству или смерти [1]. Модель суицидального барометра (SBM) представляет самоубийство как изменчивое состояние, что имеет серьезные последствия для оценки текущего и будущего личного риска суицида.

Б.С. Положий среди суицидальных факторов выделяет детерминанты различных рангов: I (биологические, клинические, личностно-психологические), II (отсутствие социальной поддержки, собственной семьи, религиозных убеждений; злоупотребление алкоголем и прием других психоактивных веществ, соматические заболевания, психические последствия травм головного мозга или тяжелых инфекций, пережитое насилие и другие) и III (социальные и этнокультуральные факторы) [2].

Суицидальное поведение – термин, обозначающий все проявления суицидальной активности: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки и покушения на свою жизнь. Человек, совершивший попытку суицида, либо демонстрирующий суицидальные наклонности называется суицидентом, который может проявлять свои суицидальные паттерны через селфхарм (от английского self-harm) – преднамеренное повреждение своего тела по внутренним причинам. Чаще всего встречается такая форма селфхарма, при которой индивид оставляет на коже порезы, расцарапывает с помощью острых предметов, расчесывает тело до крови. Несмотря на то, что суицид изначально может не являться намерением причинить вред, связь между самоповреждением и суицидом сложная, ведь повреждение тела является потенциально опасным для жизни [3; 5]. Более того, селфхарм может существовать как неконструктивный способ снимать психическую боль без явных суицидальных намерений, так и являться симптомом суицидального поведения наряду с другими проявлениями, а именно: мыслями о смерти, желанием умереть, депрессивным состоянием, высоким уровнем безнадежности и так далее. Так или иначе риск самоубийства среди людей, которые причиняют себе вред является высоким.

Как правило самоповреждение является ответом на сильную эмоциональную боль, которая притупляется при переключении внимания на физическую. При этом могут временно ослабляться чувство вины, недовольство собой, болезненные воспоминания. Этому также способствуют эндорфины – вещества, которые выделяются в организме при физической травме, способные уменьшать боль

и облегчать эмоциональное состояние. После затухания физической боли и прекращения действия эндорфинов эмоциональные страдания возвращаются, что влечёт необходимость повторять самоповреждение вновь и вновь. Со временем самоповреждение часто превращается в привычку. В некоторых случаях самоповреждение вызвано, наоборот, ощущением внутренней эмоциональной пустоты, потерянности, одиночества. В этом случае физическая боль помогает подростку почувствовать, что он ещё жив. Это состояние опустошённости может возникнуть как у здорового человека, так и быть вызвано психическим расстройством.

Часто самоповреждения вызваны чувством вины, действительной или мнимой. В этом случае пациент наказывает себя, нанося самоповреждения. Ещё одна причина самоповреждений – необходимость привлечь к себе внимание, удовлетворить некие потребности, об удовлетворении которых подросток по каким-то причинам не может попросить, возможно, не сформированы адекватные способы просить о чем-либо других людей. Такие самоповреждения отличаются от других демонстративностью, следы самоповреждений, вызванных другими причинами, обычно скрывают. Некоторые авторы находят в самоповреждающем поведении аддиктивные радикалы и рассматривают самоповреждение как аддикцию к достижению близких к смерти состояний [3; 5]. Б. Джозеф находил в подобном поведении аддиктивные радикалы и называл самоповреждение аддикцией, состоянием, близким к смерти [5]. В данном варианте часто речь идёт о мазохистах, испытывающих удовольствие от самоповреждения, испытывающих своеобразное удовольствие от боли и страдания. Полное излечение от самоповреждения возможно только при устранении внутренней причины, вызвавшей эмоциональную боль или чувство опустошения, которые привели к самоповреждению. Для этого психолог или психотерапевт должен сначала выявить эту внутреннюю причину (или причины) в ходе разговоров с подростком. Затем должна быть индивидуально подобрана наиболее эффективная для данного подростка психотерапия, направленная на устранение причины самоповреждений. Часто применяются когнитивно-поведенческая психотерапия, диалектическая поведенческая

терапия, психодинамическая терапия и терапевтические техники, основанные на развитии внутренней осознанности. Последняя может достигаться и через арт-терапевтические техники [4]. В данном исследовании акцент сделан именно на арт-терапевтической работе с подростками. При этом проводилась работа как индивидуально с подростком, так и совместная с родителем (каждая четвертая или пятая встреча). Между встречами подросткам и родителям необходимо было продолжать дома начатое на сессии с психологом задание. Так выстраивалась схема арт-терапевтической работы, в которую входили и техники интуитивного рисования, и сказочные метафоры, и проработка образа тела через осознанное рисование его контуров, и совместного с родителями арта. В ходе терапии подростку предлагалось заменять самоповреждение на наиболее понравившуюся технику арт-терапии и приносить все накопленные за неделю работы для обсуждения. Экспериментальная работа с подростками длилась год (30 занятий).

На констатирующем этапе исследования приняли участие 46 подростков 14–15 лет, у которых было зафиксировано самоповреждающее поведение. Было проведено обследование подростков клиническими психологами в больнице: у 43 подростков было обнаружено депрессивное состояние, суицидальные мысли и намерения, трое отказались от обследования; у 5 подростков была выявлена тревожная депрессия; у 13 подростков не обнаружено депрессивное состояние, суицидальные мысли, намерения, отмечен только селфхарм.

В экспериментальную группу вошло 15 подростков 14-ти лет, в контрольную – 15 подростков 14 лет (проходили симптоматическое медикаментозное лечение, получали непостоянную консультативную психологическую помощь).

Поскольку и в экспериментальной, и в контрольной группе подростки были уже обследованы медицинскими психологами на предмет наличия суицидального поведения, депрессии и безнадежности на момент исследования, то был использован опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой для наблюдения динамики.

Для оценки значимости различий в параметрах экспериментальной и контрольной группы до и после проведения арт-терапевтической работы был использован статистический критерий Т-Вилкоксона. Результаты математико-статистической обработки данных с помощью критерия представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты оценки однородности показателей по опроснику суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой в экспериментальной и контрольной группе до проведения арт-терапевтической работы

Параметры	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Уровень значимости
Демонстративность	5,2	5	нет различий
Аффективность	7,3	7,2	нет различий
Уникальность	7,2	7	нет различий
Несостоятельность	7,1	7,5	нет различий
Социальный пессимизм	6,8	6,9	нет различий
Максимализм	4,6	4,4	нет различий
Слом культурных барьеров	3	3	нет различий
Временная перспектива	6,4	6,5	нет различий
Антисуицидальный фактор	0,3	0,3	нет различий

Показатели параметров по опроснику Т.Н. Разуваевой в экспериментальной и контрольной группе достаточно однородны и различий между ними не обнаружено. И в контрольной, и в экспериментальной группе перед началом исследования подростки отличались желанием привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Некоторые проявляли демонстративное суицидальное поведение, переживаемое изнутри как крик о помощи. Эмоциональная сфера подростков-суицидентов отличалась доминированием эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации, готовностью реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально вплоть до крайнего варианта – аффективной блокады интеллекта. Восприятие себя, ситуации, собственной жизни в целом как явления исключительного, не

похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. У подростков было выявлено недостаточное умение использовать свой и чужой жизненный опыт.

Также подростки отличались отрицательной концепцией собственной личности, представлением о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельности. Отрицательная концепция окружающего мира, восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими проявлялась у подростков в виде феномена социального пессимизма, тесно связанный с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. У большинства (99%) обнаружен культ самоубийства, поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте – инверсия ценности смерти и жизни. Инфантильный максимализм ценностных установок, аффективная фиксация на неудачах выявлена у всех подростков-суицидентов. Также обнаружена невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем. Атисуицидальный фактор низкий, что говорит об отсутствии чувства ответственности за близких, чувства долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. Низкий антисуицидальный фактор – это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Таблица 2

Результаты оценки различий в выраженности сдвига показателей по опроснику суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой через три месяца исследования (9 занятий) в экспериментальной и контрольной группе

Параметры	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Уровень значимости
Демонстративность	4,4	4,9	нет различий
Аффективность	5,5	7	$p \leq 0,01$
Уникальность	2,5	6,9	$p \leq 0,01$
Несостоятельность	5,5	7,2	$p \leq 0,01$
Социальный пессимизм	3,4	6,7	$p \leq 0,01$
Максимализм	4,2	4,3	нет различий
Слом культурных барьеров	1,7	2,8	$p \leq 0,01$
Временная перспектива	5,4	6,4	$p \leq 0,01$
Антисуицидальный фактор	4,4	0,9	$p \leq 0,01$

Примечание:  $T_{кр}$ . при  $p \leq 0,01 = 19$ , при  $p \leq 0,05 = 30$

Через три месяца были произведены замеры в контрольной и экспериментальной группе по параметрам опросника суицидального риска. Анализ данных показал, что по параметру демонстративности и максимализма различий в группах не обнаружено, хотя и наметилась тенденция к снижению в обеих группах (статистически значимые различия обнаружены только в экспериментальной группе). Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания все также оставалось ведущим мотивом. Инфантильный максимализм ценностных установок также статистически значимо не изменился. И через три месяца в основном сохранялась невозможность компенсации и аффективная фиксация на неудачах.

Таблица 3

Результаты оценки различий в выраженности сдвига показателей по опроснику суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой через год после начала исследования (30 занятий) в экспериментальной и контрольной группе

Параметры	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Уровень значимости
Демонстративность	1,7	4,8	$p \leq 0,01$
Аффективность	5,3	6,9	$p \leq 0,01$
Уникальность	2,1	6,9	$p \leq 0,01$

Несостоятельность	2,3	7,1	$p \leq 0,01$
Социальный пессимизм	2,3	6,5	$p \leq 0,01$
Максимализм	3,3	4,3	$p \leq 0,01$
Слом культурных барьеров	1,1	2,5	$p \leq 0,01$
Временная перспектива	5,3	5,9	$p \leq 0,05$
Антисуицидальный фактор	6,4	0,9	$p \leq 0,01$

Примечание:  $T_{кр.}$  при  $p \leq 0,01 = 19$ , при  $p \leq 0,05 = 30$

Анализ данных показывает наличие достоверных различий между показателями параметров суицидального риска в экспериментальной и контрольной группе после проведения арт-терапевтической работы. Наблюдается положительная динамика в развитии антисуицидального фактора. В контрольной группе также наметилось повышение антисуицидального фактора, не достигающего, однако, уровня статистической значимости. Таким образом, можно предположить, что возможные эффекты от разовых или непостоянных психологических консультаций и медикаментозного лечения есть, но они неустойчивы.

Через год коррекционной работы в экспериментальной группе достоверно снизились показатели демонстративности, уникальности и несостоятельности: снизилось желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания через деструктивное самоповреждающее поведение, которое заменил творческий подход к удовлетворению потребности во внимании. Интеллектуальный контроль в оценке ситуации вышел на первый план: арт-терапевтические технологии позволили заменить эмоциональную и поведенческую реактивность и импульсивность на новый способ творческого диалога с собой, собственными эмоциями и другими людьми. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально заменилась на осознанный выбор поведения. Восприятие себя, ситуации, собственной жизни в целом расширилось, возникло понимание и чужого опыта (особенно, в контексте совместного арта подростков-суицидентов и родителей, при котором формировалось понимание своих и чужих границ).

Отрицательная концепция собственной личности сменилась на более принимающую и целостную. Отрицательная концепция окружающего мира через



мягкую арт-терапию совместно с родителем сменилась на восприятие мира как достаточно безопасного, хотя некоторые подростки высказывали свои опасения, что все может вернуться в исходную точку. Экзистенция смерти еще интересует подростков, но уже без определения ее как единственно возможного выхода из трудной, а как возможности осознать и спланировать свой дальнейший путь. Все еще выражена фиксация на неудачах, но уже больше отваги на раскрытие своих ресурсов, на исследование мира, на риск движения вперед даже при наличии психической боли. У подростков в экспериментальной группе сформировалась тенденция на конструктивное планирование будущего без сильного страха поражений и неудач. Развилось глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга перед ними, уважение к себе. Появилось внутреннее представление о запрете самоубийства и селфхарма, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий.

Таким образом, арт-терапия подростков-суицидентов при условии ее постоянства и включения в совместную работу родителей, дает статистически значимые устойчивые результаты, обладает множеством достоинств, среди которых глубокая и бережная проработка причин антивиталяного поведения, восстановление контакта с собственными чувствами, с родителями, развитие возможности выдерживать чувства без их реактивного и аутоагрессивного отыгрывания. Предстоит еще понять, какие формы и техники арт-терапии более эффективны и в сочетании с какими подходами.

### *Список литературы*

1. Морозова И.С. К проблеме систематизации теоретических подходов к изучению аутодеструктивного поведения в традиционной и постнеклассической психологии / И.С. Морозова, К.Н. Белогай, Е.В. Евсеенкова // Общество: социология, психология, педагогика. – 2018. – №8. – С. 59–67.
2. Павлова Т.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодёжи / Т. С. Павлова, Г. С. Банников // Психологическая наука и образование: электрон. журн. – 2013. – №1 [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

[http://psyedu.ru/files/articles/psyedu\\_ru\\_2013\\_4\\_Pavlova\\_Bannikov.pdf](http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2013_4_Pavlova_Bannikov.pdf) (Дата доступа: 10.06.2021).

3. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б.С. Положий // Суицидология. – 2015. – №1 (18). – С. 3–7.

4. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми: руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми / М.В. Киселева. – СПб.: Речь, 2008. – 160 с.

5. Skegg, K. Self-harm / K. Skegg // Lancet. – 2005. – V. 366. – P. 1471–1483.

---

**Одиночкина Елена Викторовна** – педагог-психолог, УО «Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины», Республика Беларусь, Гомель.

---