

## АРТТЕРАПИЯ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ДЕФЕКТАМИ СЛУХА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

САЛЛИ БРУКЕР\*

*Эта статья представляет собой главу из готовящейся к изданию в США книги, посвященной арттерапии с глухими и слабослышащими пациентами. Автор делится опытом работы с взрослыми, которые, кроме дефектов слуха, страдают различными формами психических расстройств. Большинство из пациентов, упоминаемых в статье, наблюдались в рамках специальной программы для глухих, находясь в психиатрическом стационаре. Автор подробно описывает содержание сессии в работе с одной группой пациентов и основные темы, возникавшие в работе другой группы, наблюдаемой на протяжении четырех лет. Каждая из групп представлена по четырем параметрам: состав, характеристики группы, цели и эффективность лечения.*

Начну статью с некоторых исторических сведений, которые помогут понять, почему арттерапия так много значит в лечении глухих и слабослышащих пациентов, страдающих, к тому же, еще и психическими расстройствами. Они касаются истории служб, предоставляющих помощь взрослым глухим пациентам, специфики психических заболеваний, связанных с глухотой, а также – некоторых особенностей ведения арттерапевтических групп с такими больными.

---

\* *Брукер Салли (Brucker Sally)* – М.А., MSW, арттерапевт в области психиатрической помощи детям, подросткам и взрослым; возглавляет студию «На первом этаже» (Studio Downstairs), реализующую программу помощи людям с психическими заболеваниями ([www.studiodownstairs.org](http://www.studiodownstairs.org)), преподаватель и тренер арттерапии, художник.

## **Психические заболевания у глухих пациентов: распространенность и доступность лечения**

В США распространенность психических заболеваний в популяции людей, страдающих глухотой, равна распространенности этих заболеваний среди слышащих и составляет примерно 10 процентов. Это означает, что примерно 25000 из 250000 глухих взрослых в течение жизни хотя бы единожды встречаются с необходимостью обращения в психиатрические службы. К сожалению, остается фактом, что медицинские организации, специализирующиеся на предоставлении помощи глухим, значительно уступают по своему числу подобным учреждениям, предоставляющим помощь пациентам с нормальным слухом.

Еще в недавнем прошлом страдающие глухотой люди, которым требовалась госпитализация по поводу психического заболевания, оказывались в весьма затруднительном положении в связи с отсутствием учреждений, отвечающих требованиям обслуживания пациентов с дефектами слуха. Как правило, их помещали в обычные стационары. И лишь отдельные представители медперсонала могли общаться с этими пациентами с помощью жестов и письменной речи. Отсутствие общего языка между пациентами и врачами оказывалось тяжелым испытанием, как для первых, так и для вторых (*Брауэр*, 1980; *Райнери* и др., 1969), вело к взаимному непониманию, что, в свою очередь, становилось порой причиной постановки ошибочного диагноза. А это лишало глухих, страдающих эмоциональными расстройствами, надежды на успешность лечения (*Альтшулер*, 1974; *Робинсон*; 1978).

Задача организации специализированных психиатрических стационаров для людей с тяжелыми нарушениями слуха долго занимала умы психиатров и сурдологов. Борьба за реализацию подобных программ в США была весьма сложной. Отчасти это являлось следствием и недостаточной информированности психиатров относительно психологических последствий глухоты и особенностей психологических потребностей данных пациентов (*Альтшулер*, *Райнер*, 1968).

Первая психиатрическая программа для глухих была открыта в 1955 году в Нью-Йорке (*Правительственная психиатрическая программа Нью-Йорка для глухих*) (*Остерхаус*, 1985). А по прошествии восьми лет психиатр ЛютэРН Робинсон основал в больнице Св. Елизаветы в Вашингтоне свою программу психиатрической помощи глухим, не получавшим специализированного лечения. Больница принимала пациентов со всей территории США. Проект доктора Робинсона стал образцом для лечебных и обучающих программ в области психиатрической помощи глухим. Начиная с 1963 года эта практика распространилась по всем Соединен-

ным Штатам. К 1984 году подобных программ насчитывалось уже около ста (Остерхаус, 1985).

### **Принципы лечения: терапия выразительными искусствами (the expressive arts therapies)**

В психиатрической программе, в которой я работала, выразительные искусства включали в себя художественную и танцевально-двигательную терапию, психодраму, а также базовые элементы, общие для всех видов терапии выразительными искусствами. Эти формы работы, обращенные в немалой степени к невербальным формам самовыражения, предлагают инструменты, которые дают возможность глухим и слабослышащим клиентам выразить свои чувства, мысли и реакции. В целом, арттерапия в этих случаях проводится так же, как и в работе с нормально слышащими психически больными, у которых отмечаются симптомы спутанности мыслей, поведенческие расстройства, депрессия, нарушение контакта с реальностью и пр. В этих условиях слова часто перестают быть адекватным средством самовыражения. Терапия выразительными средствами приобретает особую важность тогда, когда пациенты претерпели фрустрацию в выражении своих глубинных чувств, и, столкнувшись с непониманием со стороны окружающих, вообще оставили попытки вступить в контакт с другим человеком. Так как терапия искусствами позволяет выразить мысли и чувства символическим способом, она часто оказывается тем ключом, который может «отворить дверь» из заключения в многолетней изоляции. Открытие новых способов общения посредством выразительных средств танца, театра или другого вида искусства может значительно изменить жизненные перспективы клиента и восприятие им самого себя.

### **Арттерапия**

Фрустрация при попытках вступить в общение и невозможность выразить свои чувства по отношению к окружающим вносят негативный вклад в поведенческие расстройства и нарушения социального функционирования, что составляет общую проблему для большинства глухих пациентов. Эти нарушения, которые зачастую принимают за вторичные проявления психических заболеваний (например, шизофрении или маниакально-депрессивного психоза), были отмечены в литературе, посвященной психическим расстройствам у глухих, и выступают в импульсивности, недостаточной способности к самонаблюдению, эгоцентризме, эмоциональной незрелости, неспособности ни в чем достичь удовлетворения (Altshuler, 1976). Подобные проблемы вызваны, кроме всего прочего, нехваткой социального взаимодействия и владения социально-приемлемы-

ми формами поведения, а также – неадекватным обучением, недостатком общения со слышащими пациентами, так как те не могут выйти за пределы использования простейших жестов, иными словами – глубокой изоляцией от окружающих (*Altshuler, 1976*).

Приведу в качестве примера случай Ральфа, молодого человека 25 лет, у которого процесс творческого созидания породил опыт, приведший к заметному снижению выраженности подобных нарушений поведения.

Ральфу был поставлен диагноз «шизофрения» и сопутствующий диагноз: социально-опасное личностное расстройство. В жизни Ральф часто проявлял насилие и агрессию по отношению к окружающим. Однако он практически никогда не демонстрировал подобное поведение на занятиях арт-терапевтической группы. Во время этих занятий он, чаще всего, использовал такие материалы, как маркеры и карандаши, которые в большей мере позволяют сохранять самоконтроль, и никогда не брал глину и краски. Однажды, наблюдая за тем, как один из пациентов использует пальчиковые краски, Ральф спросил у меня, можно ли и ему попробовать поработать с ними. Озабоченная тем, что природа этого материала может спровоцировать регресс и потерю и без того неустойчивого контроля, я вначале сомневалась в целесообразности такого начинания. Чувствуя все же, что почему-то это было очень важно для Ральфа, и, полагаясь на свой профессионализм и опыт, я пошла на риск и предложила Ральфу большой лист бумаги (30×40 см), а также три баночки с краской. В процессе размягчения краски и смешивания цветов Ральф, казалось, физически расслабился. Полученные в результате рисунки не так важны, сравнительно с тем удовольствием, удовлетворением и со всей очевидностью выступившей способностью поддерживать самоконтроль, которые проявил при этом Ральф. На протяжении последующей недели работники больницы отмечали снижение агрессивности в его поведении. Ральф еще несколько занятий пользовался пальчиковыми красками, но затем перешел к рисованию и лепке.

Арттерапия может иметь значение и как способ, с помощью которого пациенты могут посредством визуальных посланий, созданных ими в графической или пластической форме, отразить сдерживаемые или неадекватно выраженные эмоции (*Silver, 1962*). Выражение чувств средствами искусства часто становится первым шагом на пути к умению узнавать, концептуализировать и сообщать важный внутренний опыт.

Материалы (краски, глина и т.д.) сообщают глухим пациентам визуальную и тактильную стимуляцию, что соответствует их основным способам восприятия мира и получения информации. Средства искусства и создание художественных объектов включают в себя элементы цвета, структуры, линии, формы и композиции. При создании объектов творчества естественным образом проявляются визуальные, моторные и кинес-

тетические реакции. Посредством нажатия при рисовании линии, а также благодаря выбору цвета, композиции и темы своей работы глухие пациенты могут выразить чувства и конструктивным образом дать выход внутреннему напряжению.

На протяжении работы арттерапевтической группы терапевт помогает пациенту справляться со своими эмоциями и приводить возникший образ к завершению, обращаясь к необходимым для этого самоконтролю и осознанию. Сам рисунок затем может быть переделан или даже выброшен. И здесь важны такие способности пациента, как умение принимать решение, самоконтроль, адекватное восприятие реальности и достижение определенного уровня компетентности. Часто эти вопросы становятся темой обсуждения в группе. Когда пациентам удается довести до завершения свое переживание, они испытывают облегчение, и ощущение изоляции теряет свою обычную остроту. В группе обсуждаются также возможности использования полученных навыков в жизни.

Завершенная творческая работа может стать «материальным», а потому твердым и устойчивым свидетельством переживаемых чувств и мыслей, которые пациент неоднократно обсуждает в группе. На протяжении процесса терапии пациенты могут вновь и вновь рассматривать свои работы с арттерапевтом, используя их в качестве визуального подтверждения осуществленного ими прогресса. Законченные работы принимают на себя важную функцию «символического языка» и памяти в группе, где степень потери слуха, а, следовательно, и возможности использования голоса или языка жестов могут сильно варьироваться (*Naumberg, 1966*). Результаты творчества нередко служат также отправной точкой в изучении сходств и различий участников группы. Подобное исследование может начаться просто с наблюдения за различиями в изобразительных стилях и, в конце концов, привести к более глубокому обсуждению таких тем, как внутригрупповые отношения, воспоминания, сны, чувства, испытываемые по поводу глухоты, эмоциональные трудности. Поддержка и доверие в группе растет по мере того, как каждый участник группы получает время, необходимое, чтобы рассказать о своем произведении; это позволяет человеку испытать удовлетворение оттого, что его ценят, «слышат» и «понимают» на глубоком эмоциональном уровне. Зачастую пациенты, которые приходят на группу с чувствами фрустрации или тревоги, признаются, что в конце занятия они начинают чувствовать себя более комфортно и уверенно.

### **Практические замечания для слышащего терапевта**

Одна из наиболее значимых задач в работе любого терапевта – ясное и проникнутое эмпатией общение с пациентами. Слышащие терапевты,

общаясь с глухими и слабослышащими клиентами, научаются придавать большое значение зрительному контакту и языку тела (*Lowen, 1967*). Остаётся неоспоримым факт, что способность понимать концептуальное и эмоциональное содержание тональности общения с клиентом – одно из основополагающих условий для успеха терапии. Начинаящий арттерапевт в своей попытке понять глухого пациента может обнаружить себя как раз в противоположной роли. Отсутствие опыта общения с помощью жестового языка может вызывать в нем состояние такой же фрустрации, изоляции и спутанности, какое глухие люди обычно испытывают в «мире слышащих». Однако, каким бы сложным ни был этот опыт, он может стать важной основой в развитии эмпатии и открытости в обсуждении чувств, особенно, если они имеют отношение к глухоте.

Для того, чтобы способствовать общению в группе, нередко приходится обращаться к помощи переводчика. Однако, иногда его присутствие, выступая раздражающим фактором, становится препятствием в процессе установления терапевтического альянса с клиентами, и особенно – при решении вопросов о доверии и конфиденциальности (*Brauer, Sussman, 1980; Oosterhous, 1985*). Учитывая это обстоятельство, арттерапевту предлагается как можно быстрее освоить наиболее часто используемые пациентами жесты. Наряду с этим необходимо понимать культуру глухих людей, а также особенности развития глухого ребенка. Открытость арттерапевта по отношению к «трудностям коммуникации» также может оказать положительное влияние на установление доверия и готовность клиента к тому, чтобы обсуждать и выражать чувства, возникающие по этому поводу.

Условия ведения арттерапевтических групп с глухими и слабослышащими предполагают:

- 1) наличие достаточного освещения, необходимого для визуального восприятия как жестикуляции, так и творческих работ;
- 2) рассаживание пациентов таким образом, чтобы каждый мог видеть всех остальных участников группы;
- 3) установление визуальных знаков, таких, например, как включение-выключение света с целью обозначения перехода от одной части занятия к другой;
- 4) выделение достаточного времени для группового обсуждения. При этом нужно иметь в виду, что определенное время будет затрачено на прояснение сообщений других членов группы;
- 5) отбор в группу пациентов, равных по уровню развития коммуникативных навыков.

## Отбор пациентов в группы

В специальной психиатрической программе для людей с нарушениями слуха, в которой я работаю, пациенты в период их госпитализации направляются на арттерапевтическую диагностику. В зависимости от полученной информации, их помещают в одну из двух существующих групп. Отбор в группы А или Б зависит от следующих факторов: 1) общего уровня способности к общению (сюда включаются умение читать по губам, владение классическим языком жестов, дактилологией, письмом, развитость мимики, жестов и т.д.); 2) остроты симптоматики; 3) общего уровня социального функционирования.

## Формат проведения занятий в арттерапевтических группах

Две независимые арттерапевтические группы работают по 90 минут еженедельно в просторной, хорошо освещенной комнате. На занятиях каждой из групп присутствуют в среднем 7 пациентов. Занятия проводятся полностью на жестовом языке и имеют следующую структуру:

- 1) краткое групповое обсуждение;
- 2) индивидуальное или групповое творчество;
- 3) перерыв, уборка;
- 4) презентация и обсуждение творческих работ.

Процесс работы первой группы (в дальнейшем – А) рассматривается детально на протяжении одной из *сессий* с целью описания опыта проведения арттерапии. Вторая группа (Б) представлена посредством *тем* арттерапевтической работы, спонтанно возникавших на протяжении четырех лет, в течение которых шло наблюдение за этой группой. Такой способ презентации, как нам кажется, позволит получить лучшее представление о внутреннем мире наших пациентов, о трудностях и сомнениях, а также – о светлых моментах в жизни глухих людей, страдающих психическими заболеваниями.

Имена и другие персональные данные были изменены с целью сохранения конфиденциальности.

### Группа А

Данная группа состоит из пациентов от 28 до 32 лет. Их общие характеристики таковы:

- 1) двойной диагноз: глухоте сопутствует психоорганический синдром или умственная отсталость;
- 2) неспособность или сильные затруднения в обычном для глухих общении с помощью американского языка жестов, дактилологии, чтения по губам;

- 3) острая симптоматика в виде зрительных или слуховых галлюцинаций;
- 4) поведенческие расстройства, такие как компульсивные действия, агрессивное поведение по отношению к окружающим, аутизм или крайняя степень социальной изоляции.

Арттерапевтическая работа группы включала следующие задачи:

- 1) использование изобразительных средств как первичного способа демонстрации мыслей и чувств, которые невозможно или сложно сообщить другими способами;
- 2) повышение уровня социального функционирования: увеличение межличностных контактов и освоение социальных навыков;
- 3) улучшение индивидуальных навыков восприятия реальности, удержания внимания, принятия решений и независимого функционирования;
- 4) улучшение восприятия тела;
- 5) повышение адекватности самооценки.

### ***Используемые способы общения***

Общение в данной группе осуществляется, в основном, с помощью комбинации жестов, мимики, американского жестового языка, письменного общения и зрительных образов, содержащихся в творческих работах. Как можно понять, много времени тратится на то, чтобы прояснить сообщаемое и убедиться в том, что все пациенты поняли друг друга. Всю сложность процесса можно увидеть в приведенном ниже описании.

### ***Предварительное обсуждение в группе***

В час дня в четверг шесть пациентов вошли в арттерапевтическую комнату.

Джо, мужчина примерно тридцати лет, полный сомнений, нерешительно подходит к двери, ожидая, что его попросят войти. На протяжении большей части времени его госпитализации, длящейся уже два года, Джо приближался к другим людям именно таким способом. Джо описывают как крайне пассивного, зависимого, отгороженного от окружающих пациента. Он редко разговаривает и вообще способен делать это с определенными ограничениями. Ему был поставлен диагноз хронической недифференцированной формы шизофрении.

Боб, с такой же неуверенностью следует за Джо. Боб находился в больнице пять лет. Вначале его рассматривали как психотического и агрессивного пациента, теперь – как пациента с органическими нарушениями, вызванными алкогольной зависимостью. Боб часто сидит в палате, практически ничего не делая. Его направили на занятия арттерапией восемь месяцев назад с целью обнаружить сколько-нибудь подходящий для него способ самовыражения; у Боба практически отсутствовали навыки коммуникации, за исключением простого кивка головой. Кажется, Боб понимает язык жестов в достаточной степени, чтобы следовать за ходом

занятия. Иногда ему нравятся творческие работы других людей. Определенно он получает удовольствие от процесса творчества, но, кроме этого, мы мало что знаем о Бобе.

Через некоторое время приходят Роза, Дора, Анна и Эллис. Роза, которой примерно сорок, кажется самой коммуникабельной из всей группы. Ей был поставлен диагноз хронической недифференцированной шизофрении с сопутствующим диагнозом легкой степени умственной отсталости. До этого момента ее помещали в терапевтические группы для слышащих, и она едва понимала язык жестов. Несмотря на то, что Роза быстро обучается, отсутствие общего языка с группой создает для нее определенные сложности: она и хотела бы выразить себя, но не знает как. Вообще, на протяжении всей жизни Роза испытывает трудности в общении с окружающими, что, по ее мнению, влияет на ее эмоциональные проблемы.

Эллис, помимо прочего, испытывает затруднения в зрительном восприятии других членов группы в связи с недавно диагностированным у нее синдромом Ашера – дегенеративным нарушением зрения, известным как «тоннельное зрение». Она была госпитализирована после острого психотического эпизода. Диагноз: органический психоз.

Энн, 27-ми лет, находилась в больнице последние три года. У нее острая психотическая симптоматика, и, несмотря на то, что Энн делает попытки сконцентрироваться на групповом обсуждении творчества других или на своем собственном творчестве, все же ей это удается с трудом, она легко отвлекается и галлюцинирует.

Дора, молодая женщина, которой был поставлен диагноз «психоорганический синдром», страдает приступообразной формой заболевания. Ей сложно контролировать движения рук при письме, и она легко расстраивается. Интересно, что в своих работах Дора без особого труда рисует мелкие детали пришедших ей на ум образов. Возможно, что процесс творчества – физиологически очень гармоничный – дает ей возможность расслабиться и координировать движения.

После того как все участники группы заняли свои места, начинается этап *предварительного обсуждения*, в ходе которого всех членов группы спрашивают об их самочувствии и о том, что произошло в их жизни за последнюю неделю. Каждый из участников группы по очереди задает этот вопрос сидящему рядом. Данный этап, будучи чрезвычайно важной частью групповой работы, направлен на достижение следующих целей:

- 1) ориентацию членов группы в месте, времени и собственной личности;
- 2) развитие социальных навыков;
- 3) создание условий для роста доверия и осознанности в группе.

Сегодня Энн рассказывает группе, что она устала. Дора говорит, что все хорошо, хотя мы знаем, что на прошлой неделе у нее были острые приступы. Эллис улыбается и говорит, что психиатр сказал ей, что, возможно, она ненадолго поедет домой. Роза сегодня расстроена. Другой пациент в группе (Боб) раздражает ее, так как никак не реагирует, когда она к нему обращается. Боб не отвечает никому в группе, включая и Розу. Он тихо сидит, держа в руке карандаш и ожидая начала рисования. Джо говорит, что чувствует себя нормально, хотя выглядит немного тревожным, в особенности, когда его спрашивают о его предстоящей выписке из больницы.

### ***Творческое созидание***

После завершения предварительного обсуждения группа начинает *работу над своими проектами*, новыми или начатыми ранее. Большая часть группы не испытывает затруднений при начале работы. Иногда, когда это уместно, предлагаются общие групповые темы. Когда есть выбор, члены группы предпочитают работать каждый над своим объектом, сохраняя необходимый для этого покой и контроль. Во время данного этапа, посвященного изготовлению предметов творчества, члены группы целиком поглощены своей работой, хотя иногда возникает и общение между ними.

### ***Время перерыва***

По прошествии примерно сорока минут, посвященных творческой работе, группа начинает готовиться к перерыву. Это включает в себя уборку, мытье кисточек, раскладывание материалов по местам. Потом пациенты могут попить чай или напитки, и им предлагается сесть в зоне отдыха, расслабиться и пообщаться друг с другом. Кто-то при желании может покинуть комнату, чтобы покурить или сходить в туалет.

### ***Обсуждение творчества***

Обсуждение начинается медленно, все участники мешкают с тем, чтобы продемонстрировать свои работы группе.

Роза обычно вызывается первой. Она описывает картину примерно так: «Это группа. Я нарисовала четырех человек и две черные кляксы». В процессе обсуждения, увлекшись, Роза забывает о жестах, и использует голос. Ей напоминают, что ее никто не понимает. Она показывает: «Прошу прощения». Энн «уходит» из пространства групповой коммуникации и, кажется, разговаривает с галлюцинаторными голосами. Боб также находится в своем собственном мире. Обоих аккуратно трогают за плечо и с помощью жестов предлагают им сконцентрироваться на работе Розы. (Эллис попросила Розу передать ей рисунок, т.к. она не может его рассмотреть из-за нарушения зрения).

Эллис улыбается, узнавая себя на рисунке Розы. Роза раздраженно передает свой рисунок Бобу, а потом – Энн, спрашивая их по очереди: «Ты можешь найти себя на моем рисунке?». Боб не отвечает. Энн показывает на разные фигуры, спрашивая Розу: «Это я?», Роза раздраженно отвечает: «Нет, ты и Боб – это две черные кляксы, которые я нарисовала!». Боб впервые поднял взгляд. Роза продолжает: «Меня злит, что вы никогда не обращаете на меня внимания. Я вас не знаю. Вы не реальные люди для меня. Вы меня заставляете плохо себя чувствовать!». В то время как Боб просто продолжает смотреть, Энн в ответ оправдывается, объясняя, насколько ей трудно сконцентрироваться и «присутствовать», и сколь часто она не может контролировать свои «голоса». Роза отвечает на это, что и она в будущем постарается быть более терпимой к подобным проявлениям Энн. Она говорит, что часто испытывает фрустрацию при попытке общаться с членами группы, и затем сопоставляет этот опыт с проблемами в общении с ее слышащей мамой. Она также осознает, что отстраненность Боба от группы заставляет ее испытывать страх, что у нее может наступить ухудшение. Но после повторного взгляда на свою работу она способна сказать: «Я думаю, что я отличаюсь от Боба, т.к. я нарисовала себя как целую фигуру». Она улыбается Бобу, который в ответ улыбается ей.

Энн, Джо, Боб, Дора и Эллис по очереди демонстрируют свои работы, а потом дискуссия фокусируется на темах, которые можно обнаружить в рисунках. Джо нарисовал лодку, что символизирует его отъезд из больницы. Посредством этого образа и вопросов группы он осознает свою тревогу и страх в связи с потерей защищающего пространства больницы, а также то, как эти чувства отразились на его общении с группой сегодня.

Свой рисунок, изображающий цветы, деревья и траву, Дора описывает конкретными терминами. Группа замечает, что она также нарисовала самолет, который готовится взлететь, хотя в небе – грозное облако с молниями. Я отношу это к ее предчувствию приступов, задавая вопрос: «Пилот боится, что он потеряет контроль?». Дора, соглашаясь, кивает головой.

Рисунок Эллис изображает ее дом в далекой Грузии, по которому она очень скучает. В процессе обсуждения у нее возникают двойственные чувства по отношению к родному дому, которые она впервые смогла выразить на группе.

Энн написала на своем листе слова – смесь имен, одни из которых она считает своими, а другие – именами «друзей». Она кажется смущенной, так же как и группа, которая пытается понять ее работу. Группа обсуждает ее страх перед медсестрами и грусть по поводу того, что она скучает по своей семье. Энн предлагают на следующем занятии нарисовать образы этих людей, для того, чтобы понять «что реально, а что нереально». Соглашаясь, она принимает это предложение.

Боб часто оказывается последним, кто представляет свою работу на группе. Он медленно поднимает свой лист бумаги. Короткие линии и маленькие круги проявляются среди каракулей, которые заполняют весь рисунок. На листе появляются пятна краски. В случае Боба это надо рассматривать как улучшение, т.к. раньше он изображал только повторяющиеся карандашные каракули. Появление цвета и формы в его работах, хотя и при нехватке порядка и определенности этих форм, является основным способом общения Боба. «Симпатично», – сказала Эллис. «Что это значит?», – спросила Роза. Боб качнул плечом, как будто говоря: «Я не знаю». Я прокомментировала изменение в работе Боба, а также то, что он, все еще испытывая трудности, начинает совершать усилие, чтобы через свои работы сообщить что-то другим.

Это улучшение началось после того, как на протяжении года Боб смог терпеть при создании рисунка то обстоятельство, что делил со мной один лист бумаги. Во время этой совместной работы я предоставляла эго-поддержку, благодаря которой Боб смог организовать свои мысли и отвечать на мои послы более прямо. Для Боба этот опыт стал мостиком к коммуникации и терапевтическому альянсу. Кроме того, повысилась его способность терпеть близкое присутствие других, что постепенно помогло ему стать настоящим участником группы, принятым остальными.

#### ***Завершение занятия***

После индивидуального обсуждения творческих работ я задаю членам группы вопрос: «Что произошло сегодня?» Это – важный этап работы, т.к. он служит росту чувства принадлежности группе, а также усиливает способность выделять самое важное и воспринимать и откликаться на информацию, возникающую при обсуждении. Участники делают такие комментарии: «Роза дает нам понять, что она чувствует по отношению к группе», «Анна сегодня была смущена», «Эллис узнала что-то о своей семье», «Бобу становится лучше» и т.д.

#### ***Размышления после занятия***

На протяжении работы арттерапевтической группы и благодаря ей пациенты, которые ранее не могли вступать в общение из-за различий в уровне владения языком жестов и остроты симптоматики психического заболевания, смогли преодолеть этот барьер. Их изобразительное творчество стало инструментом, с помощью которого они смогли выразить свои чувства по отношению к самим себе и окружающим. Демонстрация работ повысила их самосознание и доверие в группе. Улучшились навыки социального функционирования, а также способность решения проблем. Процесс арттерапии в случае глухих пациентов с психическими заболеваниями (с острой симптоматикой и низким уровнем социализа-

ции) часто оказывается очень медленным и требует усилий. Пациенты, о которых шла речь выше, проходили арттерапию на протяжении 9 месяцев. Очевидно, что для достижения поставленных целей необходима длительная арттерапия. Очевидно, что она оказывает положительный эффект даже на таких наименее коммуникабельных пациентов, как Боб, ибо они в этой ситуации получают возможность использовать инструменты творческого выражения как самостоятельный язык.

### **Группа Б**

Группа Б состоит из четырех женщин и трех мужчин в возрасте от 25 до 48 лет. Пациенты, включенные в эту группу, соответствуют одной или более характеристикам, представленным ниже:

- 1) способность более или менее хорошо общаться с помощью комбинации чтения по губам, языка жестов или жестового английского языка;
- 2) средние и хорошие навыки социального взаимодействия;
- 3) способность использования навыков абстрагирования, необходимых для инсайт-ориентированной арттерапии;
- 4) отсутствие сопутствующего диагноза, черепно-мозговых травм и задержки умственного развития.

Общие цели группы включают:

- 1) проявить и проработать личные проблемы и конфликты, имеющие отношение к прошлым и настоящим ситуациям;
- 2) установить доверие в группе и исследовать групповую динамику посредством обсуждений от первого лица тем и контекста творческих работ, созданных на групповых занятиях.

### ***Способ общения и роль арттерапевта***

В данной группе основной способ общения – язык жестов. Однако несколько членов группы все еще использовали чтение по губам и голос, поскольку навыки общения с помощью языка жестов были ими приобретены только недавно. Иногда группе приходилось останавливаться и прояснять то, что было сказано, однако это не представляло такой сложной проблемы, как в группе А.

Моя роль со временем становилась менее активной по сравнению с той, которую надо было играть в группе А. Поначалу члены группы воспринимали это изменение и мою новую позицию как отчуждение, что вызывало у них некоторое недовольство, отдаление и сопротивление. Однако после того, как мы исследовали такое изменение позиций в группе, ее участники смогли принять ответственность за проведение обсуждения на себя, и в результате группа стала более независимой и готовой принимать риск. Моя задача на данном этапе сводилась к тому, чтобы побуждать, прояснять и поддерживать групповой процесс.

В обсуждении группы Б мне хотелось бы не описывать групповой процесс полностью (как это было сделано в случае группы А), а только представить основные темы творчества участников. Наше внимание будет сконцентрировано, главным образом, на том влиянии, которое специфика выбранных тем оказывает на группу.

### ***Тематика творчества***

#### *I. Символическое значение рта*

Рот оказался важным символом в творчестве группы Б, и на протяжении четырех лет существования группы наблюдалось преувеличение и искажение его графического и пластического изображения. Обсуждение этой темы на группе фокусировалось на ранних фрустрирующих попытках установить непосредственный контакт со слышащими родителями.

Работы Линн, глухой женщины 29 лет, которой был поставлен диагноз «шизофрения», представляют детеныша морского котика. Котик, как описывает Линн, «криком просит еды, ждет, когда мама покормит его... кричит». Некоторые члены группы восприняли преувеличенно большой рот котика как «пустой» и действительно нуждающийся в пище. На примере этого образа члены группы начали осознавать, каким образом неудовлетворенная потребность в кормлении и зависимость от взрослого оставили у них чувство пустоты и до сих пор иногда вызывают гнев. Другие пациенты создали, по крайней мере, еще 9 спонтанных образов, на которых рисунок рта был преувеличен. Этот процесс и во мне породил контрпереносные чувства, так как с самого начала я ощущала переполняющую потребность группы во внимании и «подпитке». Поняв источник данной потребности и обсудив эту проблему в группе, участники начали лучше осознавать то, что с ними происходит, и оказались способны постепенно стать менее зависимыми от других.

#### *II. Общение*

Поиск новых форм общения оставался предметом постоянного обсуждения в группе. Зачастую творчество членов группы касалось проблемы иностранного языка как символа трудностей взаимопонимания или представляло попытку изобрести новый визуальный язык.

На своем рисунке Элис, женщина 30 лет с диагнозом тяжелой формы депрессии, нарисовала многоцветное изображение, которое она описала как «китайское». Групповое обсуждение сконцентрировалось на том, что никто не мог понять, что нарисовала Эллис, ибо никто не знал китайского языка. Эллис призналась, что и она тоже не знает этого языка, и что порой ей трудно донести до других то, что она хочет сказать. Она высказала желание, чтобы общение стало более легким, и признала, что рисунок исходил из фрустрации, которую она испытывает при коммуникации со своей слышащей семьей.

Джон, глухой мужчина 23 лет, которому был поставлен диагноз «хроническая недифференцированная шизофрения», попытался в своем творческом процессе создать совершенно новый язык для себя и группы. Во время обострения болезни Джон демонстрировал необычное поведение и часто начинал говорить на непонятном языке. Создание своего собственного языка, который даже глухие люди не могли понять, давало ему ощущение контроля и силы, которых ему так не доставало в обычной жизни.

### *III. Искаженное самоощущение*

Пациенты, страдающие психическими расстройствами, зачастую показывают себя в своих произведениях как странных или непохожих на других (*Prinzhorn, 1972*). Автопортреты, созданные пациентами группы Б, отражали не только сами психические расстройства, но и чувства пациентов по отношению к глухоте.

Например, Сэнди, 27-ми лет, которой был поставлен диагноз пограничного психического расстройства, нарисовала несколько автопортретов, где она была изображена в виде инопланетянки. Один рисунок особенно впечатлял. Он показывал пугающее одноглазое существо («инопланетянина»). Его застрелил космонавт, по той причине, что он «другой, некрасивый».

Другие пациенты рисовали перевернутые изображения живого тела, что также свидетельствует об искаженном восприятии собственного тела и отвращении к нему.

### *IV. Импульсивная агрессивность – гнев*

Многие рисунки, представленные группой, содержали образы открытого или скрытого проявления ярости. Например, эта тема присутствует в рисунках описанного ранее Ральфа, глухого мужчины 31 года. Ему был поставлен диагноз параноидной шизофрении, и до того как попасть в арттерапевтическую группу, он находился на протяжении года в заключении. Его характеризовали как крайне агрессивного больного, способного совершить нападение на других. Несмотря на это, Ральф смог с большой степенью контроля использовать средства искусства.

Его автопортрет отражал примитивного, дикого человека с длинными непричесанными волосами, окрашенными в зеленый цвет. У этого человека также были нарисованы большие зубы с цветными рисунками на них. Эти рисунки на зубах, по словам Ральфа, обозначали лекарства. Несмотря на то, что данный портрет никак не напоминал самого Ральфа, он выражал его чувства по отношению к тому, что окружающие воспринимают его как дикого, странного человека, а также его гнев по поводу заключения, госпитализации, необходимости приема лекарств. Кроме того, в рисунке отразилась его потенциально взрывчатая внутренняя ярость.

Другие пациенты изображали вулканы или костры и описывали их как внутреннюю суматоху и ярость, которые они испытывали на протяжении нескольких лет.

#### *V. Слуховые галлюцинации*

В литературе описано существование слуховых галлюцинаций у глухих пациентов, страдающих психическими расстройствами (Cooper, 1976; Critchley, 1981 и др.). В данной группе спонтанно выявилось около пяти рисунков, указывающих на наличие этого явления.

Дэн, глухой пациент, которому был поставлен диагноз острого эпизода шизофрении, нарисовал себя как «того, кто слышит голоса дьявола». На вопрос об этих голосах, он ответил, что слышит их.

Другой пример – Лиза, женщина 27 лет, с диагнозом «шизоаффективное расстройство». Ее рисунки были созданы как автопортреты, отражающие ее желание «прекратить голоса». Экстернализация «внутренних голосов» принесла ей временное облегчение и ощущение комфорта оттого, что группа поняла ее.

#### *VI. Потеря слуха и ее влияние на обыденную жизнь*

Несколько пациентов нарисовали образы, выражающие их желание слышать. С помощью этих образов они смогли поделиться своими чувствами утраты и грусти, связанными с потерей способности общаться со слышащими людьми. Самой большой утратой в этой группе считалась потеря возможности слышать музыку.

#### *VII. Анализ группы*

Открытие возможности выражать свои чувства по отношению к группе, используя средства искусства, стало поворотной точкой в жизни ее участников. До этого момента члены группы проявляли мало интереса друг к другу, предпочитая формировать взаимоотношения со мной. Подобного рода зависимость от слышащего человека является общепринятым паттерном поведения у глухих; он проявлялся и в данной группе. В конце каждой сессии я часто чувствовала себя уставшей из-за того, что вступала в общение с каждым членом группы индивидуально, а не с группой в целом. Такой тип отношений является нормальным для начальной стадии ведения любых арттерапевтических групп с пациентами психиатрического стационара, однако в этом случае мне казалось, что этот этап длится дольше обычного и проявляется более интенсивно. Причиной такого положения дел было то, что я взаимодействовала с символическим и искаженным содержанием мышления психически больных людей, у которых, ко всему прочему, была абсолютно новая для меня языковая система. Зачастую язык в восприятии психически больных пациентов является чем-то крайне запутанным, соответственно он и выступает у них в

формах, достаточно неадекватных. В результате, язык жестов пациента часто не могли понять даже опытные переводчики или глухие работники больницы.

На одной из сессий участникам была предложена тема «группа». Нас интересовало, как они рассматривают групповой процесс и как члены группы воспринимают друг друга. Каждого члена группы попросили нарисовать реалистическое или абстрактное изображение на выбор: а) чувств, испытываемых по отношению к группе, б) своих представлений или фантазий о группе. Участники с готовностью откликнулись на это задание. Одни из них нарисовали рисунки, изображавшие группу как переплетение нескольких нитей, связанных и независимых одновременно. Другие – создали образы, говорящие о том, что члены группы могли бы быть ближе друг к другу. Неопределенные и двойственные изображения выражали спутанность чувств, испытываемых по отношению к группе. В результате такого выражения чувств и представлений, а также – их обсуждения, у пациентов начало вырабатываться чувство групповой идентичности, члены группы смогли постепенно принять ответственность за собственное присутствие в группе и свое участие в групповом обсуждении. Некоторые участники сумели перенести эти изменения за пределы сессии, например, приняв на себя ответственность за то, чтобы напоминать другим о времени начала занятий. Кроме того, они взяли на себя контроль над посещаемостью, а также задачу побуждения членов группы к высказыванию во время обсуждений. Растущая взаимосвязь между членами группы и возникновение у них веры в возможность влиять на обстановку в группе привели к постепенному уменьшению зависимости от терапевта.

### **Заключение**

Группа Б на протяжении определенного времени могла использовать средства искусства в качестве способа выражения широкого спектра мыслей и чувств, касающихся их личных и общих проблем. Трудности, которыми они делились, имели отношение к их заболеванию, к госпитализации, к глухоте, к семейным и межличностным отношениям, а также к опыту пребывания в группе. Возможность делиться с другими, близкими им по несчастью людьми, укрепило доверие участников группы друг к другу и способствовало индивидуальному росту. Все процессы, происходившие в группе Б, аналогичны всему тому, что можно наблюдать и в любой иной группе. Я делаю акцент на этом своем последнем утверждении, так как наличие какого-то необычного фактора, например, глухоты, часто подталкивает людей к поиску чего-то необычного и экзотического,

поддерживающего их отношение к глухим как к «другим». Примером подобного отношения может служить вопрос, который мне часто задают как арттерапевту, работающему с глухими: «Отсутствуют ли уши на автопортретах глухих пациентов?». На протяжении шести лет индивидуальной и групповой работы более чем с пятьюдесятью пациентами я обнаружила подобное явление лишь в двух или трех случаях. Возможно, дальнейшая работа и исследования подтвердят или опровергнут какие-то из утверждений, сделанных в этой работе.

Группа Б получила возможность оставить использование старых непродуктивных способов общения и продемонстрировала уменьшение или даже исчезновение проблем коммуникации, сравнительно с группой слышащих пациентов с теми же диагнозами. Возможность общения на общедоступном языке стала наиболее значимым фактором в этом случае. Члены группы Б владели в совершенстве языком жестов и поэтому у них было гораздо меньше проблем с семантикой языка, по сравнению с группой А. То, что тематическое содержание творческих работ данной группы может быть характерно для большинства глухих взрослых пациентов с психическими заболеваниями, все еще не доказано. Однако стало более чем очевидным, что у этих людей существует острая потребность в том, чтобы поделиться опытом, чувствами и мыслями, имеющими место в группе. Тот факт, что искусство дало возможность данным пациентам продвинуться в понимании себя и других, убедительно свидетельствует о возможности использования искусства как терапевтического инструмента и визуального языка.

*Перевод с англ. М.Игельник*

## ЛИТЕРАТУРА

- Altshuler K.Z.* (1974). The Social and Psychological Development of the Deaf, *American Annals of the Deaf*, 119: 365-376.
- Altshuler K.Z., Deming W.E., Vollenweide J., Rainer J.D., Tendler R.* (1976). Impulsivity and Profound Early Deafness, *American Annals of the Deaf*, 121: 331-345.
- Altshuler K.Z., Rainer J.* (1968). Mental health and the Deaf: Approaches and Prospects. U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Social and Rehabilitation Service.
- Boulton B.* (1976) (ed.). *Psychology of Deafness for Rehabilitation Counselors*, Baltimore University Park Press.
- Brauer B., Sussman A.E.* (1980). Experiences of Deaf Therapists with Deaf Client. *Mental Health*, No. 4, Fall, NIMH, DHHS Pub. No. (ADM) 81-1047.
- Cooper A.F.* (1976). Deafness and Psychiatric Illness, *British Journal of Psychiatry*, 129: 216-226.

- Critchley E.M.R.* et al. (1981). Hallucinatory Experiences of Prelingually Profoundly Deaf Schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 138, 30-32.
- Dickens D.* (1979). The Mental Health Program for the Deaf at Saint Elizabeth's Hospital. in *Hearing and Hearing Impaired*, (Eds.) L.Bradfords, W.G.Hardy: Grune and Stratton, Inc.
- Donahue R.J.* (1968). The Deaf Personality. *Journal of Rehabilitation of the Deaf*, 2, 1968, p.37-52.
- Furth H.G.* (1966). *Thinking Without Language: Psychological Implications of Deafness*, NY: Free Press.
- Harris Robert I.* (1982). *Communication and Mental Health. The Deaf American*, Vol. 34, no.4.
- Levine E.S.* (1960). *Psychology of Deafness*, NY, Columbia University Press, p.303-308.
- Lowen Alexander* (1967). *The Betrayal of the Body*, MacMillan, New York
- Lowenfeld V. and Brittain L.W.* (1964). *Creative and Mental Growth*, 4th edition, MacMillan, New York.
- Mykelburst H.R.* (1966). *The Psychology of Deafness*. New York: Grune & Stratton, Inc.
- Naumburg M.* (1966). *Dynamically Oriented Art Therapy: It's Principles and Practice*. New York: Grune and Stratton, Inc.
- Oosterhous S.* (1985). *Dance Movement Therapy with the Deaf: The Relationship Between Dance/Movement Therapy and American Sign Language*, Unpublished Masters Thesis, Goucher College, Towson, Md.
- Prinzhorn H.* (1972). *Artistry of the Mentally Ill*, New York: Springer-Verlag.
- Robinson L.D.* (1978). *Sound Minds in a Soundless World*, Dept of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH, DHEW, Pub. No. (ADM) 77-560.
- Rubin J.A.* (1984). *Child Art Therapy: Understanding and Helping Children Grow Through Art*, 2nd edition, Van Nostrand, New York.
- Schein J., Delk M.* (1964). An Eye for an Ear? Social Perception, Non-verbal Communication, and Deafness. *Rehabilitation Psychology*, 21: 56-57.
- Silver R.* (1962). Potentials in Art for the Deaf. *Eastern Arts Quarterly*, Vol. 1, no.2, Nov. – Dec.
- Stein M.,* (1976). *Role Playing and Spontaneity in Teaching Social Skills to Deaf Adolescents*. unpublished masters thesis.
- Swink D.* (1979). *Therapists and Therapies with Deaf People: The Need for Specialized Training, Attitude Exploration and Novel Approaches.*, unpublished paper presented at the Southeast Regional Institute on Deafness, Oct., Birmingham, Ala.
- Vernon M.C.* (1969). Techniques of Screening for Mental Illness Among Deaf Clients. *Journal of Rehabilitation of the Deaf*, 2 April p. 30.
- Vernon M.C.* (1978), *Deafness and Mental Health, Some theoretical Views*, Gallaudet Today, Fall, 78, p.9-13.