

КОНЦЕПТ «СДЕРЖИВАНИЯ» В АРТ-ТЕРАПИИ ПСИХОТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Н.Ю.ЖВИТИАШВИЛИ*

Статья посвящена разбору случая 47-летней пациентки, страдающей депрессией и посттравматическим стрессовым расстройством. Основным методом работы была арт-терапия. Статья состоит из двух частей. Первая – представляет собой краткий обзор литературы, посвященной применению арт-терапии в клинике психозов. Здесь рассматриваются ключевые понятия, выработанные в психотерапии психотических пациентов. Особое значение придается концепту «сдерживания», связанного с определением границ терапевтического пространства и, вместе с тем, с интеграцией фрагментированного внутреннего мира психотических пациентов, который характеризуется фрагментарностью. Вторая часть посвящена рассмотрению клинического случая, включая описание обстановки, в которой проходила терапия, историю болезни пациентки, оценку терапевтического процесса и его этапов, а также анализ концептов, на основе которых строилась работа. Представлены фрагменты сессий¹.

* **Жвितिашвили Нана Юрьевна** – искусствовед, арт-терапевт (Голдсмит колледж, Лондон), старший научный сотрудник отдела новейших течений Государственного Русского музея, лауреат Государственной премии РФ в области культуры и искусства, один из создателей (в соавторстве с О.В. Платоновой) арт-терапевтической программы «Шаг навстречу» для детей с особыми потребностями.

¹ Настоящая публикация является фрагментом итогового клинического отчета, представленного автором в ходе получения квалификации арт-терапевта в Великобритании. Работа проводилась в рамках британской модели арт-терапии, на базе одной из психиатрических клиник центрального Лондона.

Арт-терапия и психоз²: к истории вопроса

Как показал М.Фуко в своей книге «История безумия в классическую эпоху», лечение психозов издавна служило предметом споров. С развитием психоанализа в XX веке эта тенденция не только не ослабла, но даже усилилась. Х.Розенфельд (1988) рисует уникальную ретроспективу психотерапевтической работы с психотическими пациентами и развития принципов, которых придерживались разные психоаналитики в этой области на протяжении прошлого века. Несмотря на их принадлежность общему направлению в психотерапии, как выявил автор, в большинстве своем они представляли противоречивые мнения и подходы. Автор замечает: «Работа многих психоаналитиков находится под влиянием З.Фрейда, полагавшего, что психотикам не доступен перенос. Однако все большее число психоаналитиков пытаются разработать новые методики в надежде на то, что, в конечном итоге, будет достигнут контакт с психотиком, что приведет к улучшению его психотического состояния» (*Rosenfeld, op.cit.*, p.147).

Необходимо подчеркнуть, что арт-терапия (особенно в последнюю декаду XX в.) вобрала в себя некоторые аспекты понимания психопатологии психоза, которые отличают именно психоаналитический дискурс, равно как и техники работы с психотическими больными. К.Вуд (1997) описывает развитие рабочих моделей в этой сфере за почти полувековой период – с 1938 по 1995 гг. Вопреки тому, что история арт-терапии в клинике психозов, как отмечает автор, недостаточно документирована, ему все-таки удается вычленить три периода ее становления в Великобритании. Краткое рассмотрение этих этапов приводится ниже.

Первый период охватывает временной интервал между концом 30-х и второй половиной 50-х гг., когда родилась самая идея использовать искусство в условиях больницы в качестве средства терапии. Наиболее важным в то время считался момент, что расположенная в психиатрической больнице художественная студия не только может быть свидетельством уважительного отношения к пациентам, но и призвана воплощать собою идею «сдерживающего» окружения (*containing environment*³). Под-

² Термин «психоз» используется в данном случае в качестве общего обозначения для таких форм функционального психоза, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, паранойя и пограничные случаи.

³ Английское слово «contain» – содержать, вмещать, – имея общий корень со словом «contents» – содержание, – означает в то же время «сдерживать» (ср. русские слова «содержание» – например, текста, и «держать», «удерживать» – в памяти, в границах).

черкивался позитивный аспект слова «сдерживающий» (синоним «удерживающий»), означавший в применении к «окружению» прежде всего наличие *терапевтических границ* (Wood, op.cit., p.152).

Уже в это время наметились черты «недирективности» в подходе арт-терапевтов к пациентам, что было обусловлено их верой в возможность фундаментального излечения с помощью творческого процесса. Так, Адамсон пишет: «Приходящим в студию пациентам не отказывали в достоинстве и способности содействовать своему излечению. Сам факт, что они приходили в студию каждый день, перемещал ответственность на их плечи, не позволяя им становиться пассивными получателями некоего авторитарного попечения». Такой подход перекликается с идеями терапевтического сообщества «Уитимид» (*Withymead*), учрежденного в Великобритании Жильбером и Иреной Чамперноун (*Champernowne*) в конце Второй мировой войны. Данное сообщество обеспечивало своих клиентов студиями и вводило их в контекст самых разных форм искусства.

Второй период – с начала 60-х до конца 70-х – по-своему также был чрезвычайно важным этапом в развитии арт-терапии. Наряду с психоанализом возросло влияние так называемой «третьей силы» (после бихевиоризма и психоанализа) в психотерапии – идей гуманистической психотерапевтической школы. Кроме того, была создана Британская ассоциация арт-терапевтов. Но, примечательная деталь, на фоне этих прогрессивных изменений К.Вуд, тем не менее, с большим трудом обнаруживает сколько-нибудь состоятельные описания, где предметом пристального внимания было бы применение арт-терапии к психотикам. Понятие «аутсайдерского искусства», рассматривающее творчество как форму «безумия», сопутствующего гениальности, вошло в резонанс с характерным для 60-х антипсихиатрическим движением. Арт-терапевты раскололись на два лагеря. Одни из них сохранили преданность клинической работе; другие же «свели к минимуму свою терапевтическую ответственность, сконцентрировавшись на художественной составляющей своей практики» (Henzell, цит. по: Wood, 1997).

Третий период ведет свое начало с 80-х и продолжается по настоящее время. К.Вуд подчеркивает необходимость ясного понимания особенностей арт-терапевтического подхода. Рассматривая становление арт-терапии как профессии, он придает большое значение ее использованию именно в клинике психозов. При этом автор опирается на идеи, выдвинутые в работах Х.Гринвуд, Г.Лэйтон и К.Киллик (*Greenwood and Layton, 1987; Killick, 1991*), которые убедительно показывают, что арт-терапия находит все больше точек соприкосновения не только с психоанализом,

но и с другими направлениями психотерапии, в числе прочего – методами группового лечения.

Ключевые понятия арт-терапии в клинике психозов

К.Киллик, Дж.Шаверьен и Х.Гринвуд внесли значительный вклад в понимание психоза сквозь призму арт-терапии.

Дж.Шаверьен, обсуждая феномен «переноса» в лечении психоза, рассматривает «образ» не только как художественный предмет общения, но и в качестве «переходного объекта» (*transitional object*)⁴, который в треугольнике «пациент – арт-объект – терапевт» становится основой переноса. Она поясняет: «В то время как перенос на терапевта является слишком рискованным, картина представляет собой нейтральное и ограниченное определенными рамками поле для размышления. Она выявляет, захватывает и удерживает неуловимую и потенциально бесконечную игру образов... Арт-объект, выступая в такой роли, может обрести, на сознательном или бессознательном уровне, ценность фетиша или талисмана, который удерживает чувство «жизни» в рамках терапевтических отношений» (*Shaverien, 1987*).

Дж.Шаверьен выделила пять стадий в отношении пациентов к картине, проиллюстрировав их случаями из практики: отождествление с образом (он может содержать в себе «раздробленные элементы психики пациента в результате бессознательного переноса»); ознакомление (бессознательное начинает осознаваться); признание (укрепление сознательного отношения); ассимиляция (интеграция элементов в картину); избавление (как следствие сознательного решения или как бессознательный акт избавления от неприемлемой мысли) (*Shaverien, 1992*).

Как и Дж.Шаверьен, К.Киллик (1997) анализирует понятия «сдерживания» и «проективной идентификации» в остром психозе. Она отталкивается от близких ее взглядам концепций У.Биона и Д.Мельцера. Киллик подчеркивает, что обстановка во время аналитической арт-терапии способна создать «сдерживающую» (от англ. *contain* в значении *сдерживать*) среду относительно того дезинтегрированного состояния, которое присутствует во внутреннему миру пациента. Размышления Киллик связаны с метафо-

⁴ Понятие переходного объекта (*transitional object*) разработано Дональдом Винникоттом применительно к сфере отношений матери и ребенка и означает своего рода посредника между реальной матерью и образом матери, созданным ребенком. Таким переходным объектом в глазах Винникотта выступал медвежонок Винни Пух, ставший бессмертным с помощью А.А.Милна.

рой «контейнера»⁵ и «контейнирования», введенной Уилфредом Бионом и относящейся к общей теории коммуникации и взаимодействия, составляя основу любых отношений между людьми, будь то мать и ребенок, мужчина и женщина, индивид и общество. В психотерапевтическом процессе данная метафора предполагает умение аналитика понимать чувства в переносе и контрпереносе, способность «*переварить*» их, после чего бережно вернуть пациенту в интерпретации. В свою очередь, У.Бион в своих рассуждениях отправляется от понятия «поддерживающей среды» (*facilitating environment*), развитого Д.Винникоттом, который в обстановке подобного типа, создаваемой прежде всего матерью, видел необходимое условие становления психологического здоровья ребенка. Д.Винникотт (1959) подчеркивал, что психотическое состояние может быть вызвано «ранними нарушениями в окружении ребенка». Под углом зрения этих идей Киллик приходит к заключению относительно психотиков: внутренний объект, являвшийся первоначально «внешней грудью, которая отказала ребенку в интроекции, модифицирует губительную силу эмоции», разрушающей и разными способами поражающей связующие функции.

К.Киллик находится также под влиянием ранее разработанного Бик (1968 – цит. по *Killick, 1997*) понятия *кожи-вместилища/кожи-сдерживателя*. Бик пишет о дезинтегрированном состоянии, в котором «части личности ощущаются как не имеющие между собой связующей силы; поэтому их пассивная совместность обеспечивается кожей, функционирующей в данном случае как граница». Согласно Бик, *кожа-вместилище* – это внутренний объект, образующийся в процессе интроекции ребенком опыта целостности бытия.

Все эти идеи К.Киллик использует применительно к комнате для художественных занятий. Она рассматривает ее в уже знакомой нам функции «сдерживания» (удерживания), позволяющей определять и поддерживать терапевтические границы, а также самую ценность того, что происходит в процессе терапии, с тем чтобы пациент смог впоследствии *интегрировать* этот материал в свой опыт. В психотических состояниях человеком переживается дезинтеграция, при которой внутренний объект угрожает аннигиляцией личности. «Для того чтобы защитить чувство

⁵ Слово «контейнер» (container) в английском языке происходит от того же корня, что и слова «contain» – содержать, вмещать, и «contents» – содержание. Предложенная У.Бионом метафора первоначально отражала особую функцию матери – быть своего рода «контейнером» по отношению к неконтролируемым эмоциям ребенка, которые, будучи проецированными, могут стать причиной его безотчетных страхов. Метафора имеет в виду, что эти проекции абсорбируются матерью, «переводятся» на понятный ребенку язык и, наполненные смыслом, возвращаются ему.

самости от аннигиляции, эмоциональный опыт и часть сознания, отвечающая за него, вытесняются посредством проективной идентификации, оставляя эго фрагментированным, а чувство самости – исчерпанным и опустошенным».

Таким образом, К.Киллик обосновывает важность комнаты для художественных занятий. Согласно ее рассуждениям, конкретность студийного пространства, в котором содержатся не только определенные художественные материалы, но и личные папки с работами каждого из пациентов, способны «абсорбировать» «примитивные аффективные чувства», возникающие при переносе и контрпереносе, чтобы, наполнив их смыслом, вернуть пациентам.

Х.Гринвуд, в продолжение работ К.Киллик, характеризует свой метод как поддерживающую психотерапию, связанную с понятиями «сдерживание» (удерживание) (*Winnicott, 1971*) и «контейнер/содержимое» (*container/contained*) (*Bion, 1962*). Ссылаясь на работы З.Фрейда, Гринвуд останавливается на защитных механизмах эго, отражающих степень зрелости индивида и его способность приспосабливаться к окружающей среде. Она полагает, что с психотической, или незрелой, защитой можно работать эффективно в условиях поддержки, где четко определены терапевтическое пространство и структурные границы. В такой обстановке «сдерживающие элементы, вводящиеся в рамках переживания новой обстановки и ненавязчиво поданные терапевтом, постепенно интернализируются пациентом, что приводит к усилению символизирующей и связующей функции эго» (*Killick, Greenwood, 1995*).

При обсуждении психотических состояний, Киллик и Гринвуд (*op.cit.*) сформулировали рекомендации, которые позволяют терапевтам «налаживать способы опосредования между конкретным и символическим мышлением». Они обнаружили, что «пациент может вырабатывать защиту против восприятия терапевта как цельной и отдельной личности (не слитой с ним симбиотически); задача же терапевта состоит в том, чтобы найти способ поддерживать чувство собственной цельности и отдельности».

Арт-терапия с пациентами, страдающими посттравматическими стрессовыми расстройствами

Скудость англоязычной литературы по арт-терапии в применении к пациентам, страдающим посттравматическими стрессовыми расстройствами, и пациентам с пограничной симптоматикой, отражает реальный пробел в исследованиях, посвященных данной проблеме. Вместе с тем, не подлежит сомнению, что в течение последних двадцати лет наметился

рост интереса к динамической психотерапии пограничных расстройств личности. Ряд психоаналитиков (М. Balint, О. Kernberg, Х. Kohut, J. Masterson) выработали собственные подходы к психотерапевтическому лечению этой группы пациентов. Все это косвенным образом расширяет возможности и арт-терапии.

Среди американских исследований заслуживает упоминания работа Д. Сильверман (1991), в которой приводятся примеры арт-терапии с пациентами, страдающими пограничными расстройствами. Сильверман утверждает, что больным с пограничной симптоматикой арт-терапия дает возможность «символически контролировать опасные ощущения фрагментации» (*Silverman, 1991*).

В том и другом случае (у пациентов как с пограничной симптоматикой, так и с ПТСР) психотерапевты обращают особое внимание на терапевтические отношения, характер переноса и контрпереноса, а также особенности психологического развития клиента (Р. Casement, А. Marmar, I. Fonagy). Согласно точке зрения П. Резика (*Resick, 2001*), лечение ПТСР представляет собой сложный процесс выявления травматического материала в контексте прочного терапевтического союза. Основными «мишенями» лечения выступают «понятия самости, конфликты (с целью их преодоления) и связь наличествующей травмы с предыдущими».

Влияние психодинамических теорий отчетливо прослеживается в литературе по арт-терапии, хотя объем фундаментально отрефлексированного опыта клинической работы с пациентами, страдающими ПТСР, пока невелик. В имеющихся на эту тему статьях отмечается благотворное воздействие арт-терапии на пациентов с ПТСР. Так, например, по мнению Дж. Стоун (*Stone, 1998*), невербальный процесс создания образов является более адекватным и мягким способом для выражения травматических переживаний, сравнительно с «разговорной» терапией, с чем трудно спорить.

Клинический случай

Учреждение

Исследование проводилось в больнице, расположенной в центре Лондона, недалеко от главных автобусных и железнодорожных вокзалов. Пациенты больницы – достаточно разноликая публика, характеризующаяся не только большими культурными и социальными различиями, но и столь же большим охватом психических и психологических расстройств, включая шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, пограничные психотические, шизо-аффективные и личностные расстройства, посттравматический стресс и др.

Несмотря на то, что в рамках организации лечебного процесса арт-терапевт относительно не зависим в определении объемов назначаемого им лечения, он является частью команды профессионалов разных специальностей. Арт-терапия представляет в этом контексте *психодинамический подход* к лечению и назначается в больнице постоянным пациентам, находящимся в острой и психотической фазе.

Арт-терапевтическая комната

Согласно психоаналитическому пониманию психопатологии шизофрении, в основе толкования отношений арт-терапевта и пациента лежит убежденность в том, что эти отношения будут восприняты пациентом как содержащие в себе некую опасность и могут вызвать серию защитных реакций. Первой заботой терапевта является создание «сдерживающей» атмосферы, и обстановка в помещении для занятий играет в этом смысле весьма существенную роль. Арт-терапия проводится в специально отведенной для нее комнате. Столы в помещении расставлены так, чтобы дать пациентам возможность организовать личное пространство. Индивидуальные папки с художественными работами хранятся на отдельной полке. Кроме того, есть стол с большим выбором различных арт-материалов.

Мои отношения с пациенткой тестировали модель, где степень взаимности в диаде психотерапевт-пациент минимальна, в противовес другим моделям, где арт-терапия рассматривается как форма либо регрессивного слияния пациента с терапевтом, либо допускает выражение агрессии в его адрес со стороны пациента.

История болезни пациентки

Согласно описаниям лечащего врача, Лесли (назовем ее так) в течение длительного времени страдала депрессией и посттравматическим стрессовым расстройством с пограничной симптоматикой. Пациентке 47 лет. В прошлом она посещала дневной стационар. Ее преследуют суицидальные мысли, хотя попыток к самоубийству она не предпринимала, и, кроме того, тревожат воспоминания о насилии, которое она испытала в детстве. Лесли остро переживает свою социальную изолированность. Круг ее общения очень ограничен.

Пациентка родилась и выросла в многодетной семье вместе с двумя братьями и двумя сестрами. Лесли описывает длительную историю физических надругательств со стороны обоих родителей. Еще в школе она начала воровать и слыла там постоянной участницей школьных драк. С пятнадцати лет употребляла алкоголь и коноплю, а с семнадцати – героин. Она предпринимала многочисленные попытки отказаться от наркотиков, что, в конце концов, ей удалось – семь лет назад.

Первая сессия. Лесли пришла вовремя. Она вбежала в комнату и довольно резко спросила, не я ли арт-терапевт. Я ответила утвердительно и предложила ей присесть. Она сразу же начала говорить о том, в какой гнев и раздражение привел ее работник регистратуры. Я ответила, что ее раздражение, вполне возможно, вызвано мной. Лесли согласилась и сказала, что ее смущает мое спокойствие. С самого начала сеанса все это выглядело как атака на терапевта. Лесли продолжала рассказывать о «снедающем ее» раздражении, и позднее это стало одной из главных тем нашей терапии. Без побуждений с моей стороны она начала рассказывать о своей жестокой семье – оба ее родителя применяли в отношении нее как физическую силу, так и крепкие выражения. Было впечатление, что Лесли по несколько раз воспроизводила одни и те же воспоминания. Она рассказывала, что в течение многих лет употребляла наркотики и шесть лет назад ей удалось отказаться от них. В этот момент голос ее стал плаксивым, а в интонации появились нотки извинений. Я поддержала ее, сказав, что ей, должно быть, трудно вспоминать прошлое, и заверила, что арт-терапия дает возможность для выражения любого рода переживаний.

В этот момент я задумалась о внезапности, с какой Лесли перешла от раздражительности к слезам, и мне показалось, что раздражение как бы «прикрывало» чувство боли и обиды. Я ощущала печаль и некоторую беспомощность по поводу ее истории, и предложила Лесли задавать вопросы, относящиеся к арт-терапии. Однако ей никак не удавалось сосредоточиться, и поэтому я сама объяснила несколько ключевых моментов. Я сказала, что важно соблюдать *расписание*, то есть приходиться и уходить вовремя; разъяснила вопросы, касающиеся *конфиденциальности* (сведения, всплывшие в курсе арт-терапии, остаются конфиденциальными, но могут обсуждаться с персоналом больницы, прежде всего лечащим врачом, чтобы сделать лечение более эффективным), и вопросы *хранения работ* (в течение всего курса арт-терапии они будут храниться в папке и по окончании курса их можно будет забрать). Я также постаралась донести до нее, что арт-терапия представляет собой процесс *сотрудничества*, в котором четко определены ответственность и обязанности обеих сторон (пациента и терапевта).

Я предложила ей пользоваться любыми материалами и инструментами, находящимися в комнате, и указала на их разнообразие. Она выбрала краски и красную бумагу, пробормотав «ну если Вам так хочется...», и пересела за другой стол. Я заметила, как «работает» пространство студии. Именно такого образа действий – сначала сидеть и разговаривать за одним столом, а потом пересаживаться за другой для рисования – Лесли

придерживалась в течение всего курса арт-терапии. Два способа общения были явно разделены. Лесли порисовала в течение десяти минут, а потом сообщила мне, что работа окончена. Я спросила, хочется ли ей обсудить ее, она согласилась, и я пересела к ее столу.

Картинка, вышедшая из-под рук Лесли, представляла линии и фигуры, расположенные друг над другом. Лесли объяснила, что разные линии выражают последовательность переживаний, которые возникали у нее во время занятия («ломанные линии внизу соответствуют раздражению, пятна и волнистые линии — спокойному состоянию»). Я поинтересовалась, что означает последовательность треугольников, и Лесли определила треугольник как стабильную форму, «форму целостности и нормального состояния». Она начала рассказывать о недостатке нежности, теплоты и близости с матерью, от чего она так страдала в детстве; говорила о том, как пыталась восполнить этот недостаток с помощью наркотиков: «Наркотики заменили мне все это». Она поведала мне, что сразу после рождения ее забрали от матери на три месяца, и что мать всегда воспринимала ее появление на свет как несчастье и неудачу. Лесли практически не давала мне возможности спрашивать, анализировать или комментировать то, что она нарисовала: ее «всепоглощающие» рассказы и слезы стали своего рода моделью поведения для всей последующей терапии.

Когда я спросила, какие чувства они испытывала при рисовании, она ответила, что у нее было «трогательное, детское, глуповатое чувство», и заметила, что ей всегда хотелось хорошо рисовать. Я напомнила ей, что для арт-терапии не требуется никаких особых умений и что ее результаты совершенно не обязательно должны быть эстетически безупречными. В конце занятия мы определили время, место и продолжительность следующей встречи.

Анализ. Было два вопроса, которые мне хотелось обсудить с супервизором.

Во-первых, мой контрперенос и вызванное им чувство печали и, во вторую очередь, чувство беспомощности, которое чрезмерно побуждало меня поскорее понять и проинтерпретировать ее опыт. Стала очевидна двусмысленность: мое желание придать смысл ее работе было частью контрпереноса. На самом деле мне следовало бы воздерживаться от всяких интерпретаций и опасного желания наполнить смыслом то, что делала Лесли в процессе рисования, дав ей возможность *самой* разобраться в своих ощущениях, мыслях и фантазиях.

Во-вторых, оставило вопросы эмоциональное состояние Лесли. По сравнению с длительностью вербального общения, рисование заняло незначительное время. Одно из объяснений этого, на мой взгляд, состоя-

ло в том, что говорение помогало Лесли контролировать ситуацию: такая форма выражения пережитого казалась ей более безопасной. Возможно, она боялась, что я жду от нее каких-то необыкновенных достижений в умении рисовать. И так же не исключено, что это могло быть выражением изначального нежелания Лесли признавать какую-либо ценность за «арт-объектом», которое затем сменилось интересом к самому процессу работы над ним. На более поздних стадиях терапии это вылилось в ее неудовлетворенность своими художественными пробами.

В конечном итоге, важно было с самого начала более четко оговорить условия, которые поставили бы под сомнение те неоправданные ожидания, какие, вполне возможно, Лесли питала по отношению к нашей совместной работе.

Вторая сессия. Важность второго занятия была обусловлена тем, что Лесли выбрала другой материал, сравнительно с предшествующей сессией. Она начала с жалоб на свое физическое состояние: у нее болела спина и она чувствовала себя истощенной. Обсуждение ее физического самочувствия неким образом перекликалось с ее эмоциональной неустойчивостью, но мне казалось, что Лесли было проще говорить о своем теле, чем обсуждать чувства и эмоции. Даже чувство раздражения, о котором она чаще всего упоминала, коренилось в ее теле. Она описывала его как «пламя в животе, сжигающее ее изнутри», но при этом отклоняла любые вопросы, которые могли бы связать это навязчивое раздражение с прошлыми переживаниями.

Лесли вспомнила свой сон, который определила как страшный, и я спросила, не может ли она передать его художественными средствами. Я стала перечислять имеющиеся материалы, и пациентка не без любопытства выбрала глину. Однако, поработав минут пять, сказала, что ей очень трудно, и попросила меня присоединиться. Несмотря на то, что это прозвучало как требование, я решила подсесть к ней. Она описывала снившиеся ей какие-то непонятные, серые, гладкие объекты, которые подкатывались к ней и атаковали ее. Рассказывая, она продолжала делать цилиндрические фигуры разного размера, разглаживала их и смачивала водой. Я спросила, чем, все же, могли бы быть эти объекты. Лесли сказала, что понятия не имеет. Я сделала еще одну попытку, задав вопрос о цвете глины. Она описала его как «имеющий привкус «Ничто», безо всякого выражения». Я почувствовала диссонанс: объекты описывались как страшные, но в то же время «с привкусом Ничто». Я высказала свои сомнения. Лесли начала рассказывать о своей матери и о своем гневе по отношению к ней, а затем несколько раз пронзила самый большой цилиндр инструментом для лепки. Потом она смяла большой кусок глины и

стала с помощью того же инструмента прорабатывать на нем лицо. Это похожее на рану лицо с искаженной улыбкой было составлено из глубоких линий. Как будто обращаясь к нему, Лесли несколько раз требовательно повторила: «Улыбнись, ну, улыбнись же!». Я спросила, не может ли быть так, что художественные объекты будят воспоминания о какой-то ситуации в прошлом, вызывая при этом переживания, которые нуждаются в обсуждении с терапевтом. Посмеиваясь, она продолжала преобразовывать кусок глины, то добавляя новые элементы, то разрушая уже проработанные. В процессе работы она постоянно повторяла в приказном тоне: «Улыбайся, я сейчас научу тебя улыбаться... Прекрати плакать!». Я спросила, с кем она разговаривает, и Лесли объяснила, что воспроизводит то, что мать когда-то делала по отношению к ней. Она нередко заставляла дочь улыбаться, насильно растягивая ей рот. Потом Лесли добавила «слезы» на глиняном лице и рассмеялась. Смех ее звучал почти садистически. С одной стороны, Лесли игнорировала мои расспросы, с другой же, все ее действия я воспринимала как сообщение для меня.

С нарастающей интенсивностью я стала перечислять то, что она делает, чтобы поддержать свое присутствие и не «исчезнуть» под воздействием ее ярости. У меня возникло предположение, что эта ярость могла быть направлена против родительской фигуры, то есть против «плохой матери», однако яростное нападение на глиняные формы могло оказаться и актом идентификации с объектом садистической любви. Была ли ярость направлена также и против меня?

Процесс трансформации глиняной фигуры ускорился, и мне не удалось вычленить какую-либо значительную тему, так что я просто продолжала фиксировать непрерывный поток материала. В конце занятия она разрушила почти все куски, либо разрезав их на более мелкие части, либо раскатав в лепешку, а потом сказала, что чувствует себя как «полуличность». На мой вопрос, что это «полу» могло бы обозначать и кому оставлена другая половинка, ответа не последовало. Надо признать, что ее ответы практически не оставляли пространства для исследования. Как правило, Лесли говорила «я не знаю», и продолжала рассказывать о себе, как будто бы она и по сей день оставалась ребенком, которого мучают и подвергают издевательствам.

Я поинтересовалась, не желает ли она оставить какую-либо из фигур, объяснив, что во время следующего занятия можно будет продолжить работу над нею. Она решила оставить фигуру с лицом и завернула ее во влажную материю. Истребление всякого намека на глубину в других объектах, казалось, было вызвано стремлением избежать столкновения с провоцирующими тревогу темами. В конце занятия Лесли сказала,

что она никогда раньше не лепила из глины и что сегодняшней опыт пришелся ей по душе.

Анализ. При разговоре с супервизором я осознала опасность «символического слияния» с клиентом. Мой первоначальный контрперенос (печаль) был своего рода идентификацией с ролью жертвы, в которой ощущала себя Лесли. Сочувственное отношение, которое помогло мне почувствовать, как она приводит себя в состояние жертвы, в то же время сделало очевидной опасность чрезмерного отождествления себя с пациентом. Именуя все происходящее во время второго занятия, я могла в известной мере определять ход и рамки процесса, сохраняя тем самым дистанцию между собой и пациентом и не становясь «второй половиной» Лесли.

Объекты, изготовленные Лесли из глины, допускали множество интерпретаций. К.Киллик справедливо замечает по этому поводу: «Изображения и образы пациента – если он вообще производит какие-то изображения – часто могут оказаться соблазнительно богатыми символическими значениями для терапевта, который желает “организовать” материал и придать ему форму “знания”». Однако мне казалось важным отслеживать те интерпретации, какие предлагала сама пациентка. На мой взгляд, работа с глиной показала некоторые аспекты примитивных переносов, которые могли быть хаотичными и неоднозначными.

Описывая терапевтические возможности занятий, где используются трехмерные материалы, Ф.Фостер отмечает: «Мне представляется, что “пластическая живость” переживаний, которые человек испытывает при работе с глиной и пластилином, связана не только с “телесностью”, но и с “живостью” этих материалов» (Foster, 1997). Фостер связывала свой опыт с понятием проективной идентификации, интерпретируемой, в духе Мелани Кляйн, как «защитный механизм, направленный против психотической тревоги». Согласно Кляйн, проективная идентификация, содержа в себе деструктивные импульсы, может также включать и «части примитивного Я, связанные с эмоционально нагруженными частями тела – такими как грудь, пенис и т.п.». Следовательно, по крайней мере те внешние объекты, на которые распространяются деструктивные проекции, воспринимаются как угрожающие. Именно так можно рассматривать и трехмерные объекты из глины: пациенты, как правило, либо избегают их, либо преобразуют в плоские куски. Защитная процедура, которую Лесли продельвала, разбивая и уничтожая трехмерные объекты, была нацелена, главным образом, на удаление потенциальной опасности, но, возможно, давала также некоторое чувство контроля над телом. Таким образом, у нее была возможность почувствовать свою власть над угрожающим объектом.

Третья сессия. Лесли опоздала на десять минут. Я думала, не является ли ее поведение признаком возмущения: это была наша последняя встреча, накануне наступающего Рождества. В своей обычной манере она начала с описания преследующих ее физических недугов, а потом переключилась на монолог по поводу чувства раздраженности. Я заметила, что причиной ее раздраженности могу быть и я, поскольку это наша последняя встреча, за которой последуют каникулы. Лесли не стала спорить и добавила, что она не может справиться со своими чувствами. Нехотя она начала рисовать – две пастели, одну за другой. Выбор материала оставался практически постоянным на всем протяжении терапии (пастель и мелки), не менялась и продолжительность рисования (от десяти до пятнадцати минут).

Первая картинка представляла собой текст «Я раздражена», заполнявший весь лист бумаги. На второй картинке была изображена ее охваченная пламенем мать и сама Лесли с дубиной в руке. Текст передавал обмен оскорблениями между ними. В ответ на мой вопрос о картинках Лесли начала рассказывать о том, как жестоко обращалась с ней мать, как отвергала ее. Лесли сказала, что мать постоянно критиковала ее, обидно указывая, что она «слишком тощая или слишком страшненькая». Потом расплакалась и заметила, что чувствует «боль внутри». Затем она вкратце рассказала о своей младшей сестре и отце-алкоголике, которого описала как «грустного человека». То, что она привлекла новых персонажей, было для меня важным знаком – это давало возможность продвигаться дальше в терапии. Но Лесли остановилась на переживаниях раздражения и собственной бесполезности.

Она жаловалась, что неудобно ощущает себя внутри самой себя, чувствует себя бесполезной, и что ей хочется, чтобы ее кто-то качал и обнимал. Она продолжала: «Я кажусь себе такой одинокой. Не знаю, что я буду делать во время этих длинных каникул». В том, как она вела себя, можно было почувствовать некоторые моменты переноса: Лесли проецировала на меня роль матери, отвергающей ее и лишаящей тепла и заботы. Я попыталась истолковать это ее высказывание, уверив, что хотя у нее могло появиться чувство, что я оставляю ее так же, как мать некогда оставляла ее, после каникул мы обязательно продолжим арт-терапию, если ей кажется, что она идет ей на пользу. Лесли немного помолчала в нерешительности, но потом подтвердила, что придет после каникул. Я добавила, что, несмотря на то, что терапевт и пациент на некоторое время расстанутся, они все равно думают друг о друге – так и я буду думать о ней.

Во время занятия я порой тоже чувствовала себя бесполезной, как будто я присоединилась к чувству бесполезности, присущему Лесли. Грядущий перерыв в занятиях сыграл свою роль, усилив некоторые аспекты «страха расставания».

Анализ. После разговора с супервизором стало очевидно, что перенос имел большое значение в моем общении с Лесли. Давнишняя фрустрация по поводу матери смешалась с ощущениями, вызванными приближением каникул: все это выглядело как сочетание реалистических и фантазийных интернализаций прошлых отношений с объектом привязанности и соответствующих защитных механизмов, таких как раздражение и чувство утраты некой обретенной было ценности. Многие психотерапевты понимают всякое разделение (сепарирование) в терминах тревоги расставания, возникающей в периоды отделения от матери. Переживалось ли это расставание как гневная атака, направленная на оставляющий объект – терапевта? Было ли оно попыткой сделать из терапевта продолжение ее самой?

Картинки Лесли были «заряжены» раздражением и фрустрацией. Если пользоваться терминологией Дж.Шаверьен, их можно было определить как «диаграмматические». Шаверьен проводит различие между картинками «олицетворяющими» (бессознательные процессы) и «диаграмматическими», которые могут пробуждать бессознательные процессы через цепь связанных с ними ассоциаций. Жесткая символизация и готовые идеи доминировали в картинках Лесли на протяжении всего курса арт-терапии: сдержанные, фигуративные и конкретные образы, почти никогда не переступающие границу осознанного.

В супервизии было решено, что будет полезно проанализировать «ландшафт» жизни Лесли, концентрируясь на ее отношениях с другими членами семьи, поскольку они могли олицетворять разные аспекты ее личности.

Последующие сессии. Занятия в основном были посвящены исследованию семейных отношений в жизни Лесли. Такие темы, как выстраивание родственных отношений, любовь и жестокое обращение, взаимное раздражение, вновь и вновь всплывали на всем протяжении арт-терапии.

Лесли создала несколько рисунков, посвященных семье. При обсуждении работ ее описания поначалу были крайне схематичными, но впоследствии она «классифицировала» членов семьи, давая им лаконичные характеристики. Отец – «грустный алкоголик», матери никогда «ни до чего нет дела», сестра угасает в депрессии и думает о самоубийстве, брат постоянно «озлоблен», младшая сестра – «связующее звено» между всеми членами семьи, а жизнь другого брата, похоже, вновь налаживается после развода. Меня занимала фигура самой Лесли, которая определила свою роль как «маменькиной угодницы и подлизы». Было очевидно, что ей недостает целостного и последовательного восприятия себя и понимания значимости других. Я спрашивала себя, как помочь ей развить образы себя и других, чтобы они приобрели широту измерений и стали более целостными, – другими словами, как интегрировать фрагментиро-

ванные представления? Я размышляла, какие черты были преувеличены, а какие просто не принимались во внимание.

Доминирующая часть эго, которую Лесли демонстрировала на занятиях, – «обиженный ребенок-жертва», испытывающий раздражение по отношению ко мне как «репрессивной матери». Себя она представляла в роли обделенной вниманием и подобострастной девочки, которая ждет не дождется, когда мама обнимет и прижмет ее к себе.

В беседе с супервизором я осознала, насколько важно помочь Лесли разобраться в своих ощущениях, побуждая ее к тому, чтобы она проявила интерес к разным аспектам собственного «Я» и других. Несмотря на то, что нарисованный ею коллективный портрет членов семьи не отражал символического уровня событий, он облегчил обсуждение, в ходе которого выявились некоторые стороны ее объектных отношений, обнаружилась степень их важности.

Проецированные части ее «Я», представленные членами семьи (такие как «отказ», «депрессия», «осознание», «раздраженность») необходимо было идентифицировать посредством переноса и интегрировать, прежде чем соотносить с их бессознательными истоками в прошлом. Другим важным для меня вопросом была произошедшая в Лесли перемена поведения, связанная со стратегиями уклонения и жесткой защиты. Перенос отношений «мать-ребенок» в ходе арт-терапии был сфокусирован на одном аспекте/функции «фигуры матери»: на подпитке ее идеями («кормящая грудь»), поскольку я представляла собой не целостный объект, а только его часть. Желание пациентки, вовлеченное в эти отношения, превращало меня в преследующий объект, который необходимо было контролировать. Всепроницающий контроль и проективная идентификация могут использоваться как защитные механизмы, направленные против неоднозначных чувств, то есть стремления к установлению отношений и в то же время стремления избежать их потенциальной опасности (О. Kernberg).

Лесли продолжала испытывать на прочность временные и содержательные границы терапии – опаздывала, уходила раньше, не приходила вовсе, а также, придавая большое значение вербальному общению, часто отказывалась рисовать. Временами я сомневалась в том, что элементы поддержки, обычные для терапевтической ситуации, могли создать для Лесли достаточную опору, – напротив, она могла воспринимать интенцию поддержки как вторжение и попытку подавления с моей стороны.

На одном из занятий Лесли изобразила себя на природе, нарядно одетой и окруженной цветами и птицами. Несмотря на то, что картинка изображала предположительно приятную сцену, во мне она вызвала печаль, поскольку картинка представляла собой фантазию о том, чего у Лесли

никогда не было. Была ли это идеализированная картина, относящаяся к «хорошей половине» ее личности, или мир мечтаний, указывающий на ее нереалистичные ожидания, отчаянную жажду счастья? А казалось, что Лесли жестко отделяла агрессию от любви, плохое от хорошего.

В беседе с супервизором обсуждалась «основная структуризация», важная для моего клиента. В рамках психодинамического подхода я стремилась облегчить процесс интеграции фрагментированных элементов и приведения их в соответствие друг с другом, воссоздавая мир отношений и восстанавливая их историю с помощью рисунков Лесли. Последняя картинка побудила меня обратиться к принадлежащему К.Киллик различию между «конкретными» и «символизирующими» элементами в мышлении пациентов: был ли метод интерпретации так уж уместным в работе с Лесли? В ходе супервизии я поняла, что прежде чем интерпретировать аспекты переноса, важно было установить границы реальности, общие для меня и пациентки. В этом смысле арт-объект мог служить хорошей контрольной точкой в потоке быстро сменяющихся реакций, имеющих природу переноса или контрпереноса. Я испытывала грусть по поводу последнего рисунка Лесли, который демонстрировал одиночество и отстранение, словно говоря, что она отвергает всякую поддержку со стороны терапевта и предупреждает его вмешательство в ее жизнь. Согласно Н.Спрингхэму, такие «райские картинки» «передают природу идеального объекта и нереалистичные ожидания, которые должны в конечном итоге найти выражение в терапевтическом дискурсе» (*Springham*, 1998). Должны найти, но не всегда находят.

Я чувствовала фрустрацию по поводу склонности Лесли отрицать или просто не принимать во внимание то, что я говорю. Чаще всего это происходило, когда мои высказывания были направлены на то, чтобы связать между собой ее фрагментированные мысли. Лесли постоянно мешала мне устанавливать такие связи. В.Бион (1984) описывает психотическую составляющую личности пациента как деструктивно реагирующую на все, что представляется ему функционирующим в качестве связи.

Постепенно я стала осознавать, что Лесли использует проективную идентификацию не только для того, чтобы проецировать нежелательные чувства, но и пытаясь сообщить мне свой опыт. Я задавала себе вопрос, старается ли она дать мне возможность пережить свою фрустрацию и желание осмысленного общения со своей матерью? Несмотря на отсутствие сколько-нибудь явного ответа, выявление нежелательных чувств и сохранение их в течение некоторого времени было важной частью терапии. Таким образом, даже в том случае, когда пациент склонен отвергать предложения терапевта, важно очертить для него путь и ждать, пока он окажется способным им воспользоваться.

Один из последующих рисунков, появившихся в процессе терапии, представлял «трясущуюся изможденную женщину» в ее «грязной квартире» и был испещрен надписями. Перечень жалоб: «устала, все достало, плохо себя чувствую, язва желудка, больная спина, очень устала». Перед глазами сразу же возник предыдущий «идеализированный» рисунок. Разница между ними привела к мысли об искажении Эго, описанном Д. Винникоттом в понятиях «подлинного Я», которое включает истинные нужды и эмоциональные реакции человека, но нередко пребывает в инфантильном состоянии, и второго, «фальшивого Я», препятствующего проявлениям первого (Winnicott, 1960).

Мой опыт общения с Лесли, как отмечалось выше, по исходному замыслу демонстрировал модель, где степень взаимности, характеризующей отношения психотерапевт-пациент, минимальна и отношения строятся преимущественно как нейтральные. Она была задумана в виде альтернативы двум другим моделям, где арт-терапия рассматривается как форма либо регрессивного слияния пациента с терапевтом, либо выражения агрессии со стороны пациента в адрес терапевта.

Прогноз. Ближе к концу арт-терапии я пришла к заключению, что Лесли почти не способна выносить свою потребность в других людях. Защитные механизмы, которые она использует, чтобы избежать переживания этой потребности, мешают ей устанавливать здоровые отношения с другими. Качество объектных отношений, степень интеграции эго и потенциал работы с арт-объектами позволяют думать, что пациентке принес бы большую пользу длительный курс арт-терапии.

Общие соображения. Три тесно взаимосвязанных понятия были взяты мной из арт-терапевтической литературы для работы с клинической ситуацией. Это *перенос-контрперенос*, «сдерживание» и *объектные отношения*. Они отражают различные планы терапевтической работы.

Из всего поистине необъятного количества работ, посвященных понятию *переноса-контрпереноса* при работе с пациентами с психозами и пограничной симптоматикой, наиболее полезным для меня оказалось разработанное Дж. Шаверьен понятие переноса в треугольнике отношений между клиентом, арт-объектом и терапевтом. К. Киллик и другие исследователи анализируют понятие переноса как «двойной ловушки»: «один аспект внутреннего мира пациента может проецироваться на картинку, а другой – на терапевта. Это приводит к «работе с двойным переносом» (Luzzatto, 1994, р.67). Это прозрачное для клинической работы понятие помогло мне задуматься о сложности явлений переноса в клинике психозов.

Понятию «сдерживания», разработанному К.Киллик и Х.Гринвуд, также принадлежала чрезвычайно существенная роль в моей работе с

пациентом. Оно служило едва ли не основным ориентиром в процессе терапии. Конкретные границы (время и место) помогали пациентке в определенной мере восстановить чувство целостности, связать фрагментированные части своей личности и попытаться заново установить диалог между прошлым, настоящим и будущим.

Идентифицируя объекты в арт-работах пациента и побуждая его именовать изображаемое, терапевт может помочь ему вернуть контроль над объектом, утраченный на ранних этапах развития его личности.

Теория объектных отношений (M.Balint, D.Winnicott, J.Bowlby) также была основой моей работы, поскольку она помещает человека в двойственную систему внешних и внутренних отношений. Твердые, устойчивые или неустойчивые взаимодействия моей пациентки основывались на дефектном отношении к реальности, а также на трудностях с оценкой других людей как автономных личностей. Моя работа с Лесли подсказала мне, что терапевту следует усиливать способность пациента воспринимать себя и других реалистически, как автономных и самостоятельных индивидов.

Поскольку в процессе терапии я, скорее, следовала возникавшим темам, нежели навязывала пациентке какую-либо заранее продуманную структуру для работы, у меня была возможность подстраиваться под реалии ее психики, пытаясь создавать соответствующую атмосферу для их разбора. При этом, заданная для этого случая модель кратковременной терапии вызвала у меня определенные сомнения. Здесь уместно вспомнить замечание Г.Мандер, согласно которому «рамки короткой терапии не предполагают достаточного времени для медленного развертывания тем» и что «большинство относящихся к ней техник нацелено на ведение терапевтического диалога, в котором участники должны занимать *активные* позиции» (Mander, 2000, p.60). Имея в виду эту реплику в адрес краткосрочной терапии, я поняла, что создание арт-объектов объективно послужило для моей пациентки важной составляющей терапевтического процесса, восполнившей все то, что наверняка не возникло бы и было утрачено, если бы жанр краткосрочной терапии был применен здесь в своем чистом виде.

ЛИТЕРАТУРА

Foster F. (1997). Fear of Three Dimensionality: Clay and plasticine as Experimental Bodies. In: Killick K. and Schaverien J. (1997) (Eds.) Art, Psychotherapy and Psychosis . Routledge, London. USA.

Greenwood H. (1997) Psychosis and the Maturing Ego. In: Killick K. and Schaverien J. (1997) (Eds.) Art, Psychotherapy and Psychosis. Routledge, London.

Greenwood H. and Layton G. (1987) An Outpatient Art Therapy Group. Inscape, Summer, pp.12-19.

Killick K. (1991) The practice of arttherapy with patients in Acute Psychotic states. Inscape. Winter, pp.2-6, London.

Killick K. (1997). Unintegration and containment in acute psychosis. In: Killick K. and Schaverien J. (1997) (Eds.) Art, Psychotherapy and Psychosis. Routledge, London.

Killick K. and Greenwood H. (1995) Research in art therapy with people who have psychotic illnesses. In: Gilroy A. and Lee C. (Eds) (1995) Art and music: therapy and research. Routledge, London.

Killick K. and Shaverien J. (Eds.) (1997) Art, Psychotherapy and Psychosis. Routledge, London.

Mander G. (2000) A Psychodynamic Approach to brief therapy. SAGE Publications, London.

Resick P. (2001) Stress and Trauma. Psychology Press Ltd.

Rosenfeld H. (1988) On the treatment of Psychotic States by Psychoanalysis: A Historical Approach. In: Buckley P. (Eds) (1988) Essential papers on psychosis. New York University Press.

Shaverien J. (1987) The scapegoat and the talisman: Transference in art therapy. In: Dalley et al. (1987) Images of Art therapy. Tavistock, London.

Shaverien, J. (1992) The Revealing image. Analytical Art Psychotherapy in Theory and practice. Jessica Kingsley Publishers, London.

Schaverien, J. (1997) Transference and transactional objects in the treatment of psychosis. In: Killick K. and Schaverien J. (1997) (Eds.) Art, Psychotherapy and Psychosis. Routledge, London.

Silverman, D. (1991) Art Psychotherapy: an Approach to Borderline Adults. In: Landgarten H., Lubbers (Eds) (1991) Adult Art Psychotherapy. Issues and Application. Brunner/Mazel Publishers, New York.

Springham N. (1998) The Magpie's eye: Patient's resistance to the engagement in an art therapy group for drug and alcohol patients. In: Skaife S., Huet V. (Eds) (1998) Art Psychotherapy Groups. Between pictures and words. Routledge, London.

Stone J. (1998) 'Trauma and Post Traumatic Stress Disorder'.

Winnicott D.W. Ego distortion in terms of the true and false self. In: The maturational processes and the facilitating environment (pp.140-152). NY: International Universities Press, 1965.

Winnicott D.W. (1971) Playing and Reality. Penguin, London.

Wood C. The history of art therapy and psychosis (1938-95) In: Killick K. and Schaverien J. (1997) (Eds.) Art, Psychotherapy and Psychosis. Routledge, London.