



Г.М. Назлоян

Портретный метод в психотерапии

Гагик Назлоян

Портретный метод в психотерапии

«Когито-Центр»

2001

УДК 616.89
ББК 56.14

Назловян Г. М.

Портретный метод в психотерапии / Г. М. Назловян — «Когито-Центр», 2001

Монография Гагика Назловяна представляет собой первое систематическое изложение портретного метода психотерапии, предложенного автором более 20 лет назад и ставшего одной из наиболее интересных и оригинальных концепций современной психотерапии. Портретный метод психотерапии, а также «дочерние» методы (лечебный автопортрет, бодиарттерапия и др.) рассмотрены автором в широком контексте современных научных и клинических воззрений. Подробно проанализированы такие феномены психотерапевтического воздействия, как самоидентификация, катарсис и др. Книга предназначена для психиатров, психологов и других специалистов гуманитарных наук.

УДК 616.89
ББК 56.14

© Назловян Г. М., 2001
© Когито-Центр, 2001

Содержание

Введение	6
Глава 1	9
1.1. Метод портретной психотерапии	9
1.2. Время психотерапевтического сеанса	14
1.2.1. «Выскальзывание»	14
1.2.2. Портретное время	15
1.2.2.1. Амбивалентность портретного времени	15
1.2.2.2. Реализация портретного времени	16
1.3. Пространство психотерапии	18
1.3.1. Творческая мастерская	18
1.3.2. Мировое яйцо	18
1.3.3. Структура портретного пространства	19
1.4. Пространство и время	21
1.4.1. Сеансы и маски	21
1.5. Манера лепки	23
1.6. Материал и инструменты	24
1.7. Жанровая принадлежность лечебного портрета	26
Глава 2	27
2.1. Клинический метод и психоанализ	28
2.2. Союз с пациентом	31
2.3. Двойной договор – с пациентом и опекуном	32
2.4. Диалог	34
Конец ознакомительного фрагмента.	36

Г. М. Назлоян
Портретный метод в психотерапии

© Г. М. Назлоян, 2001

© ПЕР СЭ, 2001

* * *

Введение

Настоящая работа отражает более чем двадцатилетний опыт разрешения скрытого конфликта между «книжной психиатрией», вобравшей в себя идеи многих поколений психопатологов, и той реальностью, с которой встречается врач в своей каждодневной практике. Работа написана с мыслью о необходимости специального психотерапевтического воздействия на душевные заболевания. Ибо успехи в лечении психических расстройств возможны на пути предельной индивидуализации терапевтического процесса и комплексного использования психо-, арт- и фармакотерапии. В отношении врача к пациенту, по нашему убеждению, должен преобладать не голый анализ, но эмпатия, лейтмотивом врачебной деятельности должно быть сочувствие, сострадание.

Клиническая психиатрия – особая область медицины. Будучи «нравственно отягощенной» знанием, она развивается несколько иначе, чем другие науки о человеке. Ее развитие во многом определяется тесными связями с общественными и государственными структурами, необходимостью решать судьбу личности постановкой адекватного диагноза. В то же время, будучи наукой эмпирической, клиническая психиатрия ориентирована не на теорию, а на классификационные принципы с их определениями и ярлыками, которые периодически уточняются психиатрическим сообществом. Она также не лишена субъективности и часто зависит от вкусов, культуры, обаяния лидера той или иной школы в пределах страны или города, большого или маленького учреждения.

Критический анализ общих проблем нашей науки должен быть конструктивным, здесь нельзя огульно отрицать общепринятые стандарты или высказывать слишком смелые идеи, проводить эксперименты методом проб и ошибок. Клиническое испытание новых гипотез длится порой многие годы. В то же время психиатрия как дисциплина, возникшая на границе естественных и гуманитарных наук, нуждается в постоянном обновлении. Она не может подчиняться уже устаревшим и отвергнутым в смежных науках представлениям, пусть даже фундаментальным.

Недавние успехи клинической психиатрии вызваны интенсификацией обмена опытом между различными школами, повышением качества параклинических и патопсихологических обследований душевнобольного, появлением психофармакологических препаратов различной направленности, выделением и развитием психосоматики, геронтологии, наркологии, сексологии, значительным расширением реабилитационной службы. Эти и другие факторы привели к обеспечению стойких «ремиссий» у пациентов, к быстрому и эффективному преодолению функциональных и других расстройств, к серьезной либерализации опеки психически больных, условий их быта, к популяризации психиатрии как социально значимой науки, а также идей гуманного отношения к душевнобольным. Но в последние два десятилетия наметились признаки застоя, простого воспроизведения опыта наших непосредственных предшественников. Психиатрия не только уступает передовые позиции в медицине, но и теряет свою значимость в общественном мнении.

К 70-м годам, когда началась наша клиническая практика, основная масса душевнобольных во всем мире уже прошла интенсивную медикаментозную терапию и принимала амбулаторные в лучшем случае дозы нейролептиков или их пролонгов. Уже получила известность большая часть современных, в высшей степени активных препаратов, были разработаны и внедрены существующие до сих пор стандарты их применения. Лекарственный патоморфоз и бурный рост атипических форм фактически разрушил классификацию Э. Крепелина во всех ее вариантах способом «от противного», причем произошло это за короткое время. Каждый случай, попадавший в поле нашего внимания, выходил за пределы книжных описаний, нуждался в индивидуальном подходе, чего нельзя было достичь в условиях стационара, где терапия

напоминает конвейер, а многие врачебные функции отданы на откуп младшему и среднему медицинскому персоналу.

Это обусловлено, думается, тем не учтенным еще фактом, что категориальный аппарат клинической психиатрии формировался в середине XIX века на почве грубого физиологизма и вульгарного материализма. Он сохранился до нашего времени, препятствуя внедрению новых масштабных идей и мировоззрений, в отличие от психологии, педагогики, лингвистики, этнологии. Чрезмерная ортодоксальность представителей клинической психиатрии обусловлена тем, что многие из них не до конца осознают уникальность своего предмета в системе медицинских наук.

Когда исследователь находится в трудном положении, он обращается к истокам своей дисциплины. Так и мы совершили экскурс к началам клинической психиатрии, пытаясь найти предпосылки для формирования новых методологических позиций, изобретения новых способов воздействия на патологическое начало. Это было важно не столько ради «чистого творчества», сколько ради помощи каждому из пациентов, доверивших нам свою жизнь. Цели настоящего исследования формировались в гуще клинической практики, а отдельные догадки обсуждались не только с консультантами и коллегами по работе, но и с опекунами наших больных – представителями различных профессий. Новая психотерапия возникла на фоне разочарования в традиционных методах лечения душевнобольных – от суггестивных до психодинамических.

Из всех конструктивных идей, сложившихся в клинической психиатрии, наиболее перспективна, на наш взгляд, концепция патологического отчуждения, аутизма. Ее выдвинул швейцарский психопатолог, один из классиков психиатрии Ойген Блейлер. Она осталась во многом незавершенной и нераспознанной современниками, будучи интуитивно выдвинутой и явно опередившей свое время, как и близкие по смыслу идеи М. М. Бахтина, М. Бубера, Л. С. Выготского, О. Розенштока-Хюсси. Эвристический потенциал этого понятия мы попытались, как и наш предшественник, раскрыть в клинической практике, выразить то, что, мы полагаем, не договорил выдающийся ученый.

В наши задачи входило создание новых методов воздействия на психические расстройства, строго привязанных к завету «не навреди». За первые десять лет нашей работы в стационарах, диспансерах, кабинетах, комиссиях возможности официальных лечебных учреждений были для нас исчерпаны, и мы основали психотерапевтическое учреждение, свободное от бюрократической опеки и контроля. Такие не зависящие от государственной системы здравоохранения структуры создаются, чтобы расширить диапазон возможностей врача, освободить его от рутинного формализма.

Институт маскотерапии – одно из таких учреждений альтернативной психиатрии. Последние десять лет, пользуясь большей, чем у наших коллег, степенью свободы, мы стремились преодолеть стереотипы лекарственного воздействия на патологию, развить концепцию клинической психиатрии, добавить к научному подходу недостающее звено. Пересмотр важнейших постулатов клинической психиатрии произошел не сразу, он развивался на основе принципиально новых наблюдений и самонаблюдения, критического взгляда на действующие правила опеки и лечения. Такая возможность появилась благодаря предельной индивидуализации лечебного процесса, длительному (до сотен часов) ненормированному общению с душевнобольным в удобной для него и для врача обстановке. Кроме возникновения совершенно новых техник психотерапии, формировался несколько иной способ применения уже известных лекарственных средств – в целях большей их эффективности и безопасности для больного. В частности, мы отказались от излишней опеки пациентов и курсового назначения шоков и больших нейролептиков – последнего оплота карательной психиатрии.

Портретный метод психотерапии разрабатывался в психиатрических отделениях, где мы искали подтверждение некоторых идей, возникших в период нашей работы над проблемами

психологии научного творчества в ИИЕиТ АН СССР. Нас интересовало не только творчество душевнобольных, но и различные формы нарушения творческих функций. Общий корень всех этих форм мы нашли в феномене патологического отчуждения. На него вывело нас одно место книги А. А. Ухтомского «Доминанта как фактор поведения», где автор дает суммарные образы нетворческих людей – аутиста и схоласта (*Ухтомский*, с. 311).

Но умозрительные представления, внесенные в клиническую практику, преломляются своеобразно и приводят к самым неожиданным результатам. Ведь психиатрическое отделение отличается от экспериментальной базы других наук тем, что здесь выводы и наблюдения формируются при оказании медицинской помощи. Другими словами, обнаружение и изучение феномена патологического одиночества сочетаются с его лечением. И поскольку стандарты психофармакологического воздействия на аутистические расстройства не определены, возникла необходимость в усилении психотерапевтического компонента терапии психозов.

Психотерапию душевных болезней до недавнего времени и практические врачи, и теоретики отечественной психиатрии считали невозможной. Это мнение было основано на том несомненном факте, что большинство принятых в здравоохранении техник терапии психических расстройств не приводило к убедительным результатам. До 1986 года мы были вынуждены, подчиняясь инструкциям стационара, сочетать психотерапию с назначением психотропных препаратов, затем стали применять наши методы неограниченно. Главным среди них остается портретная психотерапия, особенность которой в том, что скульптурный портрет создается не профессиональным художником, а самим лечащим врачом. Это полностью меняет атмосферу психотерапии душевных заболеваний, структуру взаимоотношений врача и пациента.

Глава 1

Пространство и время психотерапевтического сеанса. Стилистика лечебного портрета

1.1. Метод портретной психотерапии

Метод портретной психотерапии, который будет здесь обсуждаться, предопределил формирование целого комплекса способов и приемов лечения душевнобольных¹. В структуре новой терапии соединились диагностические и этические принципы клинической психиатрии, а также механизмы реализации художественного творчества. Клинический анализ и клиническая беседа (так называемая медицинская психотерапия) были перемещены в атмосферу взаимоотношений художника и модели.

Идеи К. Ясперса о необходимости «вживания», «вчувствования» в суть переживаний больного, непосредственного созерцания его «души» приобретают для нас реальное содержание (Каннабих, с. 472). Придерживаясь клинических позиций, мы получили «инструмент» эмпатии и сострадания. Терапевтический контакт с больным в этом случае предметный; предметом служит становящееся во времени произведение искусства, цель которого состоит в материализации зеркального облика пациента.

Работу над скульптурным портретом проводят дипломированные врачи, свободно пользующиеся приемами изобразительного искусства. Такие явления двойного профессионализма изучает так называемая *кентавристика* – наука о сочетаемости традиционно несочетаемых областей знания. Известный исследователь этой проблемы науковед Д. С. Данин в своих лекциях (Данин, с. 3) выделяет «двойное подданство» в искусстве или в науке, называя людей этой категории *квази-кентаврами*. Далее он обсуждает группу творческих лиц, «чье двойное подданство проявлялось не одновременно», а в смене одного рода деятельности другим. Причисляя портретную терапию к творчеству «истинных кентавров», он считает, что нам удалось осуществить слияние науки и искусства и создать модус существования на границе этих областей знаний².

Другой особенностью наших техник является то, что они применяются в плоскости разработанной нами концепции патологического одиночества. Содержание этой концепции подробно излагалось в ряде публикаций (Назлоян, 1988, 1994, 2000). Таким образом, наш метод терапии, характер отношений с больным и его опекунами, реабилитационные мероприятия возникли на пути преодоления аутистических нарушений. Приемы маскотерапии взаимозаменяемы и могут сочетаться в психотерапевтической практике.

Главным остается метод скульптурной психотерапии, который сначала проводился в поддержку лекарственной терапии, как некий альтернативный способ ведения клинической беседы. Однако уже на первых сеансах были зафиксированы во многом неожиданные психо-

¹ Метод сформировался в 1978 г. на одной из клинических баз кафедры психотерапии ЦОЛИУВ – в Рузской психиатрической больнице № 4 Московской области.

² Эту мысль высказал еще мой научный руководитель, профессор М. Г. Ярошевский: «Созданный Г. М. Назлояном метод созрел в условиях неопределенности и риска на стыке науки и искусства» (Ярошевский, с. 73). В 1978 г., занимаясь проблемами психологии творчества, я стоял перед выбором между умозрительным построением системы доказательств этой концепции или же ее практической реализацией. Я выбрал способ Т. Хейердала, поступил на работу в загородную психиатрическую больницу и продолжил поиски в условиях реальной клинической практики.

терапевтические явления, которые стали бурно развиваться в нашей практической деятельности. Со временем были выработаны новые способы лечения душевнобольных и обучения стажеров этой достаточно сложной технике. Проведем некоторые параллели с общепринятыми принципами психотерапии³.

Большинство психотерапевтических техник традиционно связано с лечением неврозов. Невротик, в отличие от психотика, способен рассматривать свои патологические переживания в одной плоскости с терапевтом, симптомы его болезни репрезентативны. Значительное место отводится сумме конкретных переживаний, или болезненных фрагментов. Невротик как личность является полноценным соучастником лечебного процесса, чего нельзя сказать о психотике. Однако клиницисты, как и психотерапевты, идут тем же путем – выискивают, шифруют, упорядочивают симптомы психического заболевания. Заслуга представителей психодинамического, аналитического, феноменологического и других направлений заключается в постановке проблемы личности в психиатрии. Эти фундаментальные направления имеют, на наш взгляд, лишь один недостаток: они не опираются на глобальный психопатологический феномен, в котором сконцентрировано множество разрозненных симптомов психического заболевания (см.: Хьелл, 1997).

Психотические и невротические расстройства обычно заносятся в списки, имеющие определенную структуру (комплексы). В таком реестре есть разделы, связанные с биографией пациента, с его жалобами, с протоколом беседы, с результатами параклинических обследований. А это значит, что диагностическая мысль психиатров и психотерапевтов направлена от частного к общему. В одном случае она завершается в классификационной нише (*международная классификация болезней*), в другом сводится к той или иной системе интерпретации психопатологических явлений. Классический пример – принцип определения психозов по исходу патологического состояния и психоаналитическая концепция дифференцированного бессознательного.

Портретная же терапия направлена от общего к частному, оставляя в поле зрения врача только те клинические симптомы, которые позволяют следить за динамикой текущего состояния пациента. А лечение болезни одиночества, единственного из известных нам патологических признаков, касающихся психического и телесного «я», ставит новую психотерапию в особые условия. Пока отметим, что, по нашему глубокому убеждению, личностные подходы к диагностике и лечению психических расстройств могут существовать только на границе искусства и науки, арт- и психотерапии. Только благодаря такому слиянию удастся фиксировать универсальные, конкретные и индивидуальные свойства человека.

Камнем преткновения для традиционных техник психотерапии оказывается *сопротивление* психотиков («недоступность», «сторожевой пункт»), которое в портретной психотерапии успешно преодолевается. Причем преодоление сопротивления в классических школах преследует цель выявить скрытую информацию, патологические знаки, нуждающиеся в расшифровке и оказании глубокого лекарственного или словесного воздействия. Для нас сам факт преодоления сопротивления гораздо важнее, возникновение диалога с больным является самоцелью и порой исчерпывает лечебный процесс. Вот конкретный пример.

Р. Д., 1973 г.р., сын сельского учителя. Высокий, нескладный, с длинными конечностями и небольшой головой молодой человек. В седьмом классе стал изредка замыкаться. Тогда же обнаружилось, что забывал самые обычные предметы, перестал воспринимать новое. Возникла «жалость к себе», однажды плакал над своей судьбой. В нем возникла и быстро укоренилась идея жесткой детерминации человеческого существования. «Если все подчинено законам при-

³ Об этом писал, в частности, М. Г. Ярошевский: «Назлоян делает не психоанализ... перед нами человек, открывший одну из психотерапий» (Назлоян, 1991, с. 63).

роды, то и само существование не имеет смысла...». Обращался к учительнице химии с просьбой открыть ему формулу синильной кислоты, тщательно скрывая от окружающих доминирующую суицидальную тенденцию – мгновенно и безболезненно умереть. Однажды сказал матери: «Пропали эмоции». Родители не обращались к врачам, пока не стали свидетелями серьезного возбуждения. Помимо криков и беспорядочного агрессивного поведения матери запомнились учащенное дыхание, «вытаращенные» глаза, общий тремор. Затем он внезапно почувствовал полный упадок сил, странное явление «переливов в голове». Стал избегать общения, перестал посещать школу. Его уже не покидало ощущение того, что он сходит с ума, и перед лицом надвигающегося безумия он создавал для себя множество причудливых ритуалов, призванных защитить остатки здравомыслия. Вскоре Р. Д. был госпитализирован в психиатрическую больницу г. Полтавы с диагнозом «шизофрения параноидная, неблагоприятный вариант». Получал нейролептики, инсулинокоматозную терапию (более 20 шоков). Временное улучшение наступило внезапно и длилось весь июль, но в августе к уже имеющимся расстройствам добавились слуховые и обонятельные галлюцинации, а также идеи электрического и магнитного воздействия. «Защищался» сложной системой металлических экранов и заземляющих устройств, запрещал включать телевизор, потребовал убрать холодильник и везде, где было возможно, выключал свет. Из своей комнаты унес зеркало, другие зеркала в доме завесил тряпками. Родные обратились в Институт маскотерапии. На первом приеме бросались в глаза зачесанные на лоб и виски длинные прямые волосы пациента; голова, втянутая в плечи, с наклоном вперед; руки в карманах; явное нежелание приблизиться на расстояние, удобное для беседы. За долгий год Р. Д. не сказал ни одного слова; он не здоровался и не прощался, садился неизменно на расстоянии, совершенно неудобном для позирования, иногда за моей спиной; выйдя на улицу, долго стоял с вытянутой к небу рукой, «разряжаясь». После каждого этапа лепки, длящегося месяц, мы расставались на два-три месяца: работа над портретом требовала от наших сотрудников больших усилий. Тем не менее, скрытые от постороннего взгляда перемены были: мать сообщала, что дома Р. стал меньше терроризировать родных, сократилось количество «экранов», перестал прицеплять свою ногу на ночь к паровому отоплению, не запрещал включать электрические приборы, отказался от суровой и несуровой диеты. Финал наступил на четвертом этапе лечения, когда при завершении портрета Р. Д. сделал активные попытки вступить в разговор с лечащим врачом. Сеанс был прерван и возобновлен на следующий день. Перед началом сеанса его пригласили вместе с матерью в кабинет врача, куда он прежде из-за «экранов» отказывался входить. Роман был сильно взволнован: взгляд напряжен, лицо и шея покрыты красными пятнами, на лбу и у рта выступил пот. Он сел на диван и подробно – голос поминутно срывался – рассказал свою историю, не упустив обстоятельств, которые скрывал даже от матери. После завершения курса лечения Р. Д. экстерном сдал на «отлично» выпускные экзамены, получил аттестат зрелости, однако продолжать учебу не стал, решил в течение года работать.

Другая отличительная черта традиционных подходов заключается в том, что они недостаточно радикальны. В этой терапии присутствует начало, продвижение, но часто нет окончания. Представители некоторых направлений психоанализа и медицинской психотерапии даже допускают возможность неограниченного количества встреч врача и пациента. Это происходит, как будет показано ниже, за счет жесткой привязанности лечебных планов к измеряемому, часовому времени.

Когда закончится лечение, когда оборвется зависимость от врача? Этот невысказанный вопрос родственников скрыто присутствует на каждом врачебном приеме, потому что временное облегчение состояния больного, снижение амплитуды патологического напряжения не решает проблем его социализации, как это происходит в соматической медицине. Получается, что реальным ограничением терапии психозов является жизнь пациента, жизнь врача,

форс-мажорные обстоятельства или эксклюзивное избавление от недуга. Иными словами – лечение пущено на самотек и во многом зависит от случая. При этом множество субъективных впечатлений врача, играющих решающую роль в построении психотерапевтического процесса, невозможно ни передать, ни завещать коллегам.

Обычно на вопрос опекунов о сроках лечения мы отвечаем: когда закончится портрет. Они принимают наш критерий как условие начала работы и как условие договора с лечебным учреждением. Часть из них терпеливо ждет окончания портрета, другая деятельно помогает его продвижению. Мы же не расстаемся с мыслью, что портрет может состояться в любой момент, ничего не откладываем, и работаем «из всех сил».

Таким образом, портретная терапия имеет четко обозначенные начало, этапы и завершение: «*Начало* работы над портретом и *конец* – это особым образом выделенные точки, которые означают *вход* в некое состояние (время, пространство) и *выход* из него в обновленном состоянии» (Цивьян, с. 9). Это диктуется особенностями работы над скульптурным портретом, который рано или поздно должен эстетически и этически завершиться. Идея окончания, заложенная в психотерапевтическом сеансе, присутствует во всем ходе лечения, создавая позитивные ожидания.

Выделение здорового и больного начал (давно уже забытое в клинической психиатрии и находящееся «по ту сторону» определения диагноза) – главный принцип лечения рассматриваемым методом. Портрет, как считает семиотик Т. В. Цивьян (устное сообщение), – *место*, куда уходит болезнь, что одинаково воспринимается и врачом и пациентом. При этом последний не знает, куда уйдет болезнь, а врачу это известно. Если портрет является местом «изгнания» недуга, то возникает необходимость осознать идею *пути*, которая воплощается в изготовлении трехмерной скульптуры (ср. архаические представления: болезнь уходит в море, камень, дерево, в неестественное существо и т. п.).

Однако портрет – не только место, куда уходит болезнь. В человеческом плане место рядом с портретом есть социальная ниша, которую душевнобольной в реальной жизни уже утратил или еще не нашел. «Я был не тенью, – говорил Андрей Ш., – а тенью теней». Он обратился к нам с просьбой вернуть ему лицо, т. е. потерянный статус архитектора, свою роль в семье, в обществе. Другие пациенты, заболевшие рано, пытаются сформировать свою личность, исходя из умозрительных представлений: сначала «буду учиться», «займусь спортом», «брошу курить»⁴.

Душевнобольной находит свое место хотя бы потому, что с него (с оригинала) снимают копию⁵. Нас не перестает удивлять, с каким достоинством пациент выходит из группы других больных, подходит и садится на предназначенное ему место у мольберта. Так может вести себя человек, имеющий достаточно прочные социальные связи. Врач как художник считает, что лицо больного в этот момент становится интересным и значительным, а встречу расценивает как важное событие в своей жизни.

В то же время процесс создания портрета – это единственная реальность в ирреальном для больного окружающем мире. Идеи немецкого романтизма в отношении искусства как хранилища бытия, которое дает человеку «защищенность» и «надежность», неожиданно получают здесь конкретный смысл. Больной вовлекается в прочную систему отношений, обеспечивающую его духовное существование во внешней среде. Попытаемся это показать, используя вре-

⁴ Социализованного человека можно представить как окруженного зеркалами, отражающими его неповторимые черты, индивидуальность. Отношение к людям «без определенного места жительства» – это отношение к безликому, к копии, а не оригиналу. Достаточно вспомнить, как оживает интерес телерепортера, как теплеет его голос, когда он узнает, что интервьюируемый бомж находится в иерархическом сообществе себе подобных и имеет определенный статус. Из копии этот человек становится оригиналом со своими взглядами на жизнь и даже на политику.

⁵ Отсюда интуитивно выдвинутый в самом начале нашей практики принцип о невозможности второго портрета в случае неудачи, например при повторном обращении пациента. Ибо вторая копия делается не с оригинала, а с предыдущей копии. Вторая и последующие копии теряют лечебную силу, они лишь трата пластического материала.

менные и пространственные характеристики психотерапевтического сеанса. Но прежде прочитаем стихи М. Р., которой в стационаре был поставлен диагноз «шизофрения».

*Где была я в те дни? Я исчезла, исчезла...
Кроме мысли тупой ничего в сердце не было –
Целый день и всю ночь колотилось в виски.
Между прошлым и будущим, землею и небом
Кто-то страшный зажал меня в злые тиски...
Как теперь буду жить? Все на части расколото.
Куски времени мне не собрать воедино...*

В этом стихотворении отражено довольно частое в нашей практике состояние, приводящее к экстраординарным, агрессивным и аутоагрессивным поступкам. М. Р., которая несколько раз пыталась покончить с собой, с точностью характеризует потерю собственного образа в категориях пространства и времени. Причем поэтизированное пространство-время то сгущается, вызывая душевную боль в виде остановки мысли, то раскалывается, вызывая мучительную пустоту, ощущение себя вне времени и пространства⁶. Хотя эти категории отражают разные стороны одного явления, для удобства изложения рассмотрим их по порядку.

⁶ В 1986 г. альтернативы портрету для оказания помощи пациентки не было. Ее отец – химик, специалист в области синтеза психотропных веществ, был против назначения каких-либо лекарств.

1.2. Время психотерапевтического сеанса

В психотерапии, как, впрочем, и в лекарственной терапии, происходит учет, а также подспудная символизация и ритуализация часового, измеряемого времени. Режим приема лекарств, сна и пробуждения, обходов, дежурств персонала, свиданий с родственниками и многие другие действия, привязанные к формальному времени, представляются нам недостаточно уместными по отношению к потерявшему внешние связи пациенту⁷.

«Для меня время остановилось, – говорил Андрей Ш., – я, как сломанные часы». Но если при неврозе такое в худшем случае не излечивается, то при психозе ведет к прямым врачебным ошибкам.

Строгий регламент в стационаре приводит к излишней рационализации терапевтического процесса, к мысленному «препарированию» чужой души, создает атмосферу казармы или тюремной камеры. Мы полагаем, здесь можно усмотреть также элементы скрытого насилия над больными. Нас беспокоят разнообразные формы временного «террора» пациентов и их родственников. Определенный порядок, видимо, необходим, но даже прерывание беседы на приеме кажется во многом нелепым. А трехразовое назначение лекарств при разной длительности полураспада нейролептиков в организме граничит с бессмыслицей.

1.2.1. «Выскальзывание»

«Выскальзывание» из-под пресса измеряемого времени ярко проявляется в стационаре. Терроризируемые часовым временем больные отказываются от приема лекарств, пищи, часто обращаются с просьбой о выписке, замышляют побеги, у них отмечены суицидальные мотивы в поведении, кроме того, наблюдаются избыточность, манерность, чудачества. А в психотерапевтическом кабинете они сопротивляются попыткам врача внушить целесообразные формулы или анализировать их сокровенные переживания. Эти проблемы мы пытаемся решать за счет более мягкого, компромиссного временного контроля в практике ведения клинической беседы, назначений лекарств, проведения психотерапевтических сеансов⁸.

Необоснованным и нецелесообразным представляется нам также временное ограничение психотерапевтических сеансов, проводимое в разных школах психоанализа. А жесткое по времени назначение начала сеанса выглядит надуманным, искусственным⁹. Учитывая это, мы уже много лет подыскиваем оптимальное для каждого больного время встречи. Мы говорим нашим пациентам, чтобы они приходили, к примеру, во второй половине дня или когда им удобно, избавляя их от пресса времени. У нас создается некий коридор времени и для вра-

⁷ Разработанный нами тест «пространственно-временных нарушений», который в настоящей работе не нашел места, подтверждает это утверждение. Цель указанного теста – обнаружить тонкие пространственно-временные нарушения в процессе проведения пластической ритмики. Здесь расстройства координации имеют отношение к пространственным расстройствам, а соответствие пластических движений музыкальному ритму – к временным. В связи с этим четыре неизменных свойства помраченного сознания по К. Ясперсу представляются несколько оторванными от опытных данных. Оправдывает себя лишь второй – признак дезориентировки (Ясперс, с. 189). Ясперс имел в виду лишь очень грубые формы расстройства ориентировки. Его формула, как и любая строгая дефиниция в нашей области, во многом препятствовала развитию новых точек зрения на природу психозов, а также на выбор модели для стандартизации лекарственных схем. Мы утверждаем, что опыт лечения, к примеру, алкогольного делирия важнее для начинающего врача, чем опыт лечения шизофрении.

⁸ На интенсивных амбулаторных приемах в течение ряда лет мы обнаружили следующую закономерность. Когда мы ограничивали время приема, опекуны или пациенты проявляли скрытую агрессию и, как правило, сильно завышали регламент или уходили с чувством невыговоренности, недовольства. Но стоило врачу на приеме сказать, что он никуда не спешит и может слушать больного «до утра», беседа становилась неожиданно лаконичной, по «существу», а посетители выходили из кабинета с улыбкой на лице.

⁹ Профессор Р. Брока в Париже пригласил нас на дружескую встречу в 6(!) часов утра, а в это время на кушетке полулежал сонный пациент лет сорока. Я стал спрашивать, и оказалось, что психотерапевт назначил время планового приема по собственному усмотрению.

чей, и для пациентов. Для истинного преодоления отрицательных последствий регламента мы регулярно проводим ночные или даже суточные сеансы, на которых, при отсутствии сна и без внешних раздражителей, реальная продолжительность контакта создает чувство безграничного общения, пройденной вместе с больным и опекунами жизни.

1.2.2. Портретное время

Портретный метод привносит в терапевтическую среду известное в художественных мастерских игнорирование измеряемого минутами и часами времени. У нас, как и в мастерской художника, время сеансов не ограничено, и появляется иллюзия бесконечности в общении, соприкосновения с вечностью.

Больного не принуждают делать что-либо по расписанию, согласно распорядку¹⁰. Дискретность есть и здесь, она создается сменой одного сеанса другим. К этой важной для нас проблеме мы еще будем возвращаться. Если же смотреть на часы, то равноценные по лечебному эффекту сеансы могут длиться от нескольких минут до нескольких часов. Здесь, как и в любой творческой мастерской, проявляется времеобразующая функция создаваемого портрета.

Портретное время, отличаясь от часового количественно (разметка интервалов), качеством протекания не отличается, т. е. не является архаичным. Оно имеет все известные свойства времени: направленность, необратимость, амбивалентность. Существуют интервалы – от сеанса к сеансу или от этапа к этапу, причем эти интервалы улавливаются интуитивно («интуиция времени» – *Gygeritch*). У врача-портретиста должна быть интуиция направленности времени. Портретное время, как отмечалось, вытекает из конвенционального (часового) времени – начало портрета и возвращается туда же – конец портрета. Промежуток между началом и завершением исчисляется днями, месяцами, годами, а собственно процесс лечения – количеством сеансов, этапов. Другими словами, развивающийся дискретно портрет – это «часы», по которым врач и пациент определяют, что сеанс закончен или лечение завершено.

1.2.2.1. Амбивалентность портретного времени

Амбивалентность портретного времени в нашем случае обусловлена двойственной тенденцией портрета. Очевидно, что он обращен в будущее, к завершению работы, это не требует доказательств. Но в то же время он направлен и в прошлое. Образ пациента как бы скрыт в яйцеобразной форме, он там присутствует изначально. Характерно, что все без исключения пациенты идентифицируют себя с этой первоначальной формой. Они олицетворяют еще далекую от сходства пластическую массу, называя ее «я». Больной в поисках портрета говорит: «Ну, где я?», или во время работы над портретом: «Не колите меня». В своем анализе Г. Ельшевская пишет: «Между тем портреты, насколько показывает опыт, дороги персонажам – и даже не как произведения искусства («вот как изобразил меня художник»), но как таинственное воплощение сущности («это я»)» (Ельшевская 1994, с. 87).

Однажды после окончания работы над скульптурой портрет нашей пациентки Светланы М. написал талантливый художник-портретист. Светлане рисунок так понравился, что она стала просить художника подарить или продать его. Самолюбие врача было задето, и он спросил ее о своей работе. Пациентка удивилась, даже немного растерялась и ответила:

¹⁰ Заметим, что в клинической практике у врачей два чувства времени не всегда представлены вместе. Интуиция направленного времени доминирует, когда врач ставит диагноз и делает прогнозы, а интуиция циклического времени – когда он лечит, восприятие текущих расстройств, как однообразно повторяющихся (обострение, рецидив), а не как новое состояние, новая проблема. Эта же интуиция доминирует у родственников больных и создает для нас существенные трудности, создает атмосферу уныния и отчаяния. При малейшей неадекватности пациента они говорят: «Все вернулось. Он такой же, как десять лет назад, перед первой госпитализацией».

«Какое здесь может быть сравнение с нашим портретом? То, что мы сделали из пластилина, – это же я».

Художник-портретист накладывает собственную идею на образ модели; движимый пафосом этой идеи, он создает портрет таким, каким представляет в творческом воображении. У него есть определенная эстетическая концепция, свой стиль. Он даже примыкает к единомышленникам – группе, цеху со своей философией и правилами, порой строгими. Конечный результат для него важнее всего. Поэтому он целиком устремлен в будущее. Вспомним, как важно было Леонардо или Дюреру найти хороший лак перед началом работы, даже когда эстетический замысел не был сформирован. Как художники говорят, портрет должен «пожить», прежде чем будет выглядеть во всей полноте. А когда у Пикассо спросили о причине портретного несходства одной из работ, он ответил, что модель станет такой через годы. Живописец или скульптор реализует свое творчество, не теряя времени на душевные переживания модели, отторгая и материализуя данный ему образ. Их беспокоят лишь эстетические и технические проблемы.

Напротив, безыскусность, полное отсутствие эстетического замысла – основа психотерапевтического портрета. Именно это позволяет врачу детально изучать переживания пациента; для него важнее процесс творчества, чем его итог. Некоторые портреты, выполнив терапевтическую функцию, раньше времени перестают интересовать врача как скульптора. А многие другие портреты так и не переводятся в твердый материал. Для врача-скульптора не менее важны терапевтическая концепция, прогнозы, описание, документирование лечебного процесса – вербальное (дневники) и визуальное (фотографии, видео). Поэтому он работает в мягком материале, это материал «для профессиональной скульптуры совершенно невозможный, – пластилин; кстати, невозможный не только в силу недолговечности, но и главным образом из-за того, что не обладает собственной выразительностью, лишен экспрессивных возможностей, – а здесь в них нет нужды» (Ельшеская 1994, с. 87).

1.2.2.2. Реализация портретного времени

Врач-скульптор восстанавливает утраченного пациентом зеркального двойника путем снятия лишнего, как будто этот образ находится внутри пластилинового яйца; его работа часто похожа на реконструкцию. В каком-то смысле лечебный портрет историчен – ведь врач не просто *дает* здоровье, но *возвращает* его. Следовательно, портретное время направлено и в будущее, и в прошлое. Благодаря ритмичным движениям между прошлым и будущим, путем свертывания и развертывания пластического субстрата, соединения и разъединения прошлого и будущего в настоящем, снятия одного слоя за другим рождается портретное время, осуществляется портретная психотерапия, возникает течение времени. «Когда человек перестает любить, – говорил А. Ш. – он окукливается, а когда приходит любовь, осознается связь, он идет к красоте, ощущает вкус времени».

Благодаря строгой направленности портретного времени врачу приходится следовать за произвольно меняющимися выражениями лица пациента, повторять их в мягком материале, отражая истинные и иллюзорные изменения размеров и формы, пока будет достигнута стабилизация образа и состояния пациента в финале. Врач вначале двигается рядом с больным, затем подходит все ближе к нему, наконец, как бы сливается с ним, замещая его, опираясь на то здоровое начало, которое в нем живо. Прохождение этого пути и есть лечение.

Динамику текущего состояния модели скульптор как врач должен описать в клинических терминах. В этом отношении его результат суммарный, тогда как у художника результат один, пусть даже многократно конкретизированный. Более того, нередко снабженная вторичными признаками образа (шляпа, веер и т. п.), посаженная в определенной позе модель напрягается, чтобы не отклониться от заданной художником цели. Здесь присутствует фактор перевопло-

щения. А в терапевтическом портрете – фактор самоидентификации. Поэтому мы расцениваем работу художника как творческий акт, а врача – как творческий процесс, состоящий из множества отрезков, мгновений творчества. Больные часто говорят друг другу: «Пойду лепиться», «Ты уже лепилась?», «Полепите меня, что-то голова болит» – так не выражаются в мастерской художника.

Благодаря собственной дискретности, возникающей в замкнутом пространстве (врач, больной, портрет), портретная психотерапия получает шанс на лечение психоза, точно так же, как художник имеет шанс на создание произведения искусства. Это пространство открывается лишь один раз, когда законченный портрет переходит из персональной сферы в социальную – признается готовым, похожим на оригинал. Время портрета, вливаясь в часовое, приобретает свойство ретроспекции, а сам больной в силу своей адекватности и внутренней идентичности может претендовать на место в обществе. О том, насколько труден и знаменателен этот прорыв «затаенного дыхания» для наших пациентов и врачей, мы опишем в главе о катарсисе¹¹.

¹¹ Для нас это не только метафора. После окончания сеанса врач-портретист уходит в свою комнату, падает в кресло и, закинув голову, глубоко и учащенно дышит, как после долгой задержки дыхания. Выражение его несколько влажного лица в этот момент отрешенное, взгляд пустой. Если кто-то к нему обращается, он сразу ориентироваться не может, бессмысленно улыбается.

1.3. Пространство психотерапии

Пространство психотерапии, интимных откровений должно, как известно, обеспечивать сохранение тайны между врачом и пациентом. Это условие легко, почти автоматически соблюдается при лечении неврозов: пациентам с сохранной критикой достаточно знать, что дверь в кабинет с кушеткой или в гипнотарий закрыта, а врач дипломирован, т. е. дал слово о неразглашении интимной информации. Однако в работе с психотиками возникает непреодолимая проблема. Даже «за семью замками» пациенту нетрудно предположить встроенный микрофон или видеокамеру, телепатическую связь подозрительного на вид доктора с инопланетянами. А больные, которым якобы «имплантировали» датчик прямо в мозг, ни при каких обстоятельствах не будут вести откровенный диалог с врачом.

Нашим сотрудникам в кабинетной обстановке не удавалось вызвать истинное доверие, нужную концентрацию взаимных откровений с пациентом. Больные общаются либо предельно формально, либо заготовленными и обкатанными фразами. Но это неизменно удается сделать, даже стажерам, во время работы над портретом. Причин много, здесь охарактеризуем лишь одну, внешнюю.

1.3.1. Творческая мастерская

Работа над портретом проводится в зале-мастерской. Две стены во всю длину увешаны зеркалами без рам, поэтому в каждой из зеркальных стен отражаются остальные стены зала. Многочисленными отражениями мы пытались создать в помещении иллюзию открытого пространства. Одна из зеркальных стен отражает расположенные на полках противоположной стены портреты пациентов, находящиеся в работе; другая – два окна с видом на улицу. Таким образом, глядя на одну стену, пациент видит себя в окружении скульптурных масок и лиц; глядя на другую – снова себя на фоне уличного пейзажа. Непременный атрибут мастерской – мольберт с установленным на нем скульптурным портретом.

1.3.2. Мировое яйцо

После детального обследования пациента и проведения интервью «Зеркальные переживания» начинается работа над скульптурным портретом. Для этих целей из художественного пластилина на доске заранее изготавливается полукруглая масса и устанавливается на мольберт¹². Такая форма архетипична, она символизирует акт рождения, возрождения, «мировое яйцо». Вот, что пишет один из очевидцев психотерапевтического сеанса о своих впечатлениях.

У стены стоял пациент, обращенный к скульптору-врачу в профиль. В течение часа Назлоян, почти не глядя на него и почти с ним не разговаривая, делал пластическую заготовку для его портрета: это состояло в том, что он доводил до идеальной гладкости овальную заготовку, прикрепленную к стене. Как ни странно, эти неторопливые и нейтральные действия нагнетали какое-то напряжение, как будто аккумулировалась некая энергия, скрытая в этом объеме, притом, что непонятна была роль пациента, непонятны медлительные движения врача, как бы лакировавшего и без того безупречно ровную поверхность. И в момент кульми-

¹² Первые десять лет мы лепили из глины круглые скульптуры, т. е. материал выбирался из полного яйца. Потом перешли к полукруглым, более удобным для формования скульптурам. Однако время от времени мы по желанию пациента возвращаемся к круглой форме.

нации этого неосязаемого напряжения доктор Назлоян, неожиданно резко прервав сеанс, сказал: «Вот из этого и начнет выходить все». И вдруг стало ясно, что представляет это и почему оно вызывает такое внутреннее волнение. Это представляло собой идеальное по форме яйцо, то мировое яйцо, которое плавало в волнах Мирового океана и которое дало жизнь миру. Это – скульптурное воплощение того начала, тех истоков, которое сохраняет человеку его пренатальная память. Это начало, из которого доктор Назлоян извлекает лик и личность человека, чтобы вернуть его в истинную и предназначенную ему жизнь (Цивьян, с. 11).

Однако для нас не менее важно то обстоятельство, что яйцо, быть может, самая обособленная (аутичная) форма жизни. Иными словами, врач-скульптор пластически определяет проблему одиночества, он может много часов работать над этой формой, кумулируя ожидание пациента, его надежды и готовя себя к преодолению этого недуга, к прорыву в будущее. Происходит фиксация задержанной истины – образа человека в глине и наяву (*Gygeritch*).

Обычно пациент садится рядом с мольбертом – то справа, то слева от врача. Формируется триада: пациент – его двойник – врач. В этой троичной структуре, возникшей некогда случайно, коренится принципиальное отличие нашей психотерапии. Именно она позволяет сразу преодолеть тоталитарный образ лечащего врача, о чем мы будем говорить подробно в другом месте.

1.3.3. Структура портретного пространства

Пространство вокруг этой изменяющейся во времени триады, как отмечалось, «открытое» – открыты двери, присутствуют свои, чужие и случайные люди, действия которых ничем не ограничены. Это своеобразная (с множеством обращенных друг на друга зеркал) модель мира, которая коренным образом отличает наше помещение от мастерской художника и от кабинета психотерапевта. Однако в этом пространстве есть еще одно, меняющее размеры, плотно отгороженное от окружающих непроницаемой стеной. Об этом косвенно свидетельствует и описанное выше качество протекания времени. По всем признакам портретное пространство, как и портретное время, персональное, ввиду взаимной идентификации больного и врача посредством портрета.

Образование структуры этого пространства можно изложить в следующей последовательности. Представим себе мастерскую художника, где он работает один на один со своей моделью. Тогда вся мастерская является интимным полем их совместного творчества. Пришел посетитель – пространство сжалось, работа продолжается. «Незванный» гость подходит ближе к мольберту, пространство сжимается до критического уровня, но работу не прекращают. Затем гость пытается переступить некую гипотетическую, интуитивно зримую моделью и художником черту, художник прекращает работу, натурщик перестает позировать, невидимая стена творческого уединения разрушается, возникает атмосфера светской беседы. Это, как в метро, когда любознательный сосед заглядывает в вашу газету.

Один из признаков прозрачной, пластичной и, главное, непроницаемой стены, отгораживающей творчество от внешнего мира, является защита границ этого мира и художником и моделью¹³. Наши больные порой проявляют тяжелую реакцию, когда их опекуны подходят

¹³ Здесь коренное отличие от профессиональных портретистов, которые предпочитают работать в изоляции от внешнего мира. Сходство же с уличными мастерами лишь формальное. У уличного художника-портретиста нет никаких отношений со своей моделью, которая выделяется своим застывшим для позирования видом. Открытость уличного художника достигается за счет упрощения творческого пространства, разрушения невидимой стены пребывания со своей моделью. Мы не замечали даже теплого взгляда у художника, измеряющего пропорции лица, и его модели. На наш взгляд, есть определенная обособленность, отчужденность, некоторая враждебность между ними. Положение может исправить лишь итог – внешнее портретное сходство, санкционированное присутствующими, идентификация модели с изображением происходит после завершения творческого акта.

слишком близко к портрету во время сеанса. Но так ведет себя и портретирующий врач, если кто-то из сотрудников, например, приносит ему телефон. Обычно возникает феномен двойного диалога – светского с окружающими и тайного духовного с врачом-психотерапевтом. Вот почему на сеансах психотерапии могут присутствовать другие люди, даже посторонние.

1.4. Пространство и время

Есть много свидетельств о сохранении конфиденциальности в этих условиях. Во-первых, больные при фактическом присутствии посторонних говорят о том, что скрывали многие годы, другие сообщают компрометирующие себя и своих близких сведения. При других обстоятельствах подобные признания могли бы привести к тяжелым последствиям, вплоть до самоубийства. Во-вторых, сообщая столь рискованные вещи, они не меняются в лице, не меняют тона обычной беседы. В-третьих, за многие годы, выслушав сотни признаний, мы не замечали реакции на них окружающих. Например, больная М. К. подробно рассказывала о своей страсти к женщинам, о том, как она намечала убийство и съедение мужчин, как для получения опыта совершила такое с котом и собакой. Отношение к ней присутствующих никак не изменилось, они, может быть, слышали, но очевидно не распознали сказанное. А больной А. С., не приглушая голоса, спрашивал: «когда вылечите мою импотенцию?» и далее описывал характер сексуальных отношений с женой. За нашей спиной делал съемку оператор, а жена пациента сидела в кресле на расстоянии протянутой руки, вязала и общалась с другими опекунами. Мы не заметили и тени смущения на ее лице и в тоне. Таким образом, есть основания утверждать, что больной с врачом находятся в другой системе пространственно-временных координат.

Лечебная работа полностью совпадает по времени с портретным творчеством. Вне работы над портретом концептуальная психотерапия не проводится, а динамика текущего состояния прослеживается врачом в непосредственном контакте с пациентом. В лечебном портретировании авторитарность врача как скульптора, мастера тоже преодолена. Пациент специально не позирует, может на время покинуть помещение, или же подходить к присутствующим, вступать с ними в контакт. Он также может трогать и исправлять свою скульптуру иногда в совместном порыве, работа проводится «в четыре руки»; бывает и когда два врача лепят одновременно, сопоставляя свои версии портрета.

Время работы над портретом, как отмечалось, имеет собственную протяженность и дискретность, не соответствующие измеряемому, часовому. Больная С. М., например, встретившись с нами через тринадцать лет, сказала, что это были бурные годы, хотя мы работали всего 24 часа и больше не встречались. Больной В. С. был совершенно уверен, что за полтора года лечебной работы он «вырос» с десятилетнего мальчика до тридцатилетнего мужчины (паспортный возраст пациента). Подобных примеров неадекватного восприятия измеряемого времени много как у больных и родственников, так и у врачей.

1.4.1. Сеансы и маски

Дискретность создают сеансы, итогом которых служит интуитивно улавливаемая завершенность промежуточных масок. Такой интуицией часто наделены традиционные и нетрадиционные скульпторы. К примеру, в бенинской деревянной скульптуре ритуально выделяются четыре завершенные формы, причем каждая из них часто выполняется разными скульпторами. Это относится и к традиционной деревянной скульптуре индонезийцев, когда один мастер лишь «открывает» глаза изваянию. Много подобных случаев в истории скульптуры; достаточно вспомнить, какое значение придают незавершенным скульптурным образам Микеланджело, эскизам других великих художников, или вспомним технологию изготовления выплавляемых моделей Б. Челлини. Сказанное вместе с консультациями у профессиональных скульпторов позволило нашим врачам преодолевать фиксацию переноса, сменяя друг друга у портрета.

В последние годы мы практикуем даже мастер-классы, когда опытный врач лишь завершает работу¹⁴.

Время одного сеанса, как уже отмечалось, может длиться от нескольких секунд (если учесть моменты особого эмоционального напряжения между врачом и пациентом) до многих часов. Смена масок происходит то слишком медленно, то с калейдоскопической быстротой. Эти маски, как при работе над твердым материалом, проходят путь от общего к частному, от яйца до конкретного и индивидуального человеческого образа. Причем переходы эти имеют вид снятия слоев. Врач-скульптор доходит до определенного предела, стилистически законченной маски, т. е. до закрытия формы.

О завершенности образов косвенно свидетельствует и тот факт, что, сфотографированные после каждого сеанса, они создают гармонический ряд (от яйцевидной до итоговой формы).

Последовательность сделанных профессиональным фотографом снимков выстраивается с трудом, так как они отображают процесс работы, «середину» сеанса.

Затем происходит мучительное «изнашивание» образа, и врач готовится к «распаковке» нового значения. Он, повинаясь деструктивному импульсу, вначале «разрывает» форму, создает новое качество на одной из деталей лица. Часто это область правого глаза, или лба, а к концу лечения – область уха. Возникшее качество требует выравнивания под него всего портрета. Врач-скульптор как бы снимает еще одно «покрывало» не только с пластилиновой маски, но и с больной души. Так он объясняет это себе и так интерпретирует свою работу больному и окружающим.

Формируется концепция послойного снятия лишнего материала. Эта концепция получает неожиданный отзвук в постмодернистской концепции языка: у Ж. Деррида, Ж. Делёза и др. (Пятигорский, 1996). Многие наши пациенты тоже представляют себе лечение в виде послойного избавления от недуга. Светлана М. писала в своих дневниках: «Когда чехол был снят с головы, я увидела живые глаза. Больше ничего не помню. Но глаза поразили меня, запомнились. И стало жутко от мысли, что человек сделал это чудо своими руками».

Эти слои, некогда живые оболочки скульптурного образа пациента, превращаются в «прах» в виде комочков пластилина, которые прилепляются врачом внизу портрета¹⁵. Данная процедура совершенно спонтанна и с точки зрения профессиональной скульптуры не экономична и никак не осмыслена врачом. «Я чувствовала, – пишет больная в другом месте – с меня, как чехол, *спадает мое прошлое*», – имея в виду период длительной психотравмирующей ситуации.

¹⁴ Этот же феномен наблюдается в живописи – слои красок, лессировки и т. п. В 1982 г. мне посчастливилось позировать известному портретисту. В ходе работы сепией на доске появлялись вполне самостоятельные образы, которые тепло обсуждались всей семьей художника.

¹⁵ То же самое происходит и в бодиаптерпии, когда ватки с остатками слоев грима выбрасывают в проточную воду, а в автопортрете закрывают маску лепешками из пластилина.

1.5. Манера лепки

Не целесообразна и манера лепки в виде похлопываний, поглаживаний, неких пассов. Работа протекает вне академических приемов, она с этой точки зрения алогична. Вот что пишет другой очевидец наших сеансов Ю. Акопян.

Представление о безумии как смерти позволяет по-иному взглянуть на амбивалентное поведение Назлояна во время сеансов, на его абсурдные с точки зрения технологии лепки движения: шлепки по лицу портрета, энергичное массирование щек, когда он словно пытается, «разгоняя кровь», оживить, пробудить от сна пластилиновую голову. Особенно интригующим это становится, когда происходит параллельное массирование лица пациента и массажист повторяет движения скульптора. Парадоксальным образом преследуются и достигаются противоположные по смыслу цели; с одной стороны, благодаря параллелизму движений скульптора и массажиста ускоряется процесс физической идентификации, процесс узнавания больным своих черт в лице двойника, но с другой – скованное судорожным оцепенением, ригидное, лишенное мимики, это же лицо действительно оживает и обновляется под воздействием массажа. Назлоян свою любовь к пациенту, свою заботу и тревогу переносит на портрет – он обхватывает ладонями скульптуру и, приблизив свое лицо, дарит ей тепло своего дыхания, то, словно в отчаянии, согласованными движениями обеих рук, как некий экзальтированный шаман-реаниматор, резко бьет по щекам двойника особым ударом, сводя пощечину к медленному, но сильному массирующему движению. Повторяющиеся удары столь сильны, что мольберт грохочет и шатается. Нередко в самый разгар действия Назлоян резко и неожиданно прекращает сеанс и уходит, оставляя пациента наедине с самим собой, а зрителей со стойким ощущением абсурдности происходящего. Если бы не догадка, что истинный объект «реанимации» – больной, сидящий рядом с врачом. Но эта «реанимация», этот многоактный, исполненный нешуточного драматизма ритуал неосуществим без эмоциональной вовлеченности пациента в сердцевину действия. Поэтому Назлоян в процессе лепки настойчиво и целенаправленно ведет пациента к отождествлению им самого себя со своим пластилиновым двойником (Акопян, с. 20).

Добавим, что дистанция между врачом, больным и портретом с точки зрения классических норм недопустимо маленькая, не более 40 см. К тому же врач лепит неудобную сторону лица модели. Если пациент сидит справа от мольберта, то врач работает над правой же стороной. Поворачивая свою голову в правую сторону изображаемого лица, врач ощущает волнение пациента и, видимо, передает ему свое. Такие ритмичные движения и близкий контакт не менее насыщен, чем вербальный диалог. Это делается не случайно, а чтобы находиться в одной атмосфере с портретом и портретируемым, т. е. врач как художник не «срисовывает» в установленном свете натуру. Свет в мастерской, кстати, компромиссный – он недостаточен по меркам портретного искусства и чрезмерен по меркам психотерапевтического комфорта. Здесь же надо отметить, что в отличие от профессиональных скульпторов поза врача стационарная – он сидит на неподвижном стуле, амплитуда движений во время лепки небольшая.

1.6. Материал и инструменты

Нетрадиционные инструменты. Это, как правило, металлические колющие и режущие зубоветрачебные инструменты, неудобные для изготовления портрета, особенно в полный рост. Врачи в одних случаях пальцами проводят складки, в других инструментами делают разрывы, расчерчивают поверхность скульптуры, придавая пластической массе новое, более конкретное значение. Многим стажерам мы дарили профессиональные стеки, но они, как и больные в работе над автопортретом, теряли интерес к ним и пользовались нашим инструментарием. Лечебный процесс завершается на мягком материале в форме реалистического портрета, в натуральную величину. Время портрета заворачивается вовнутрь, скульптурный образ заливается тонким слоем гипса, вновь отливается в гипсе или металле и хранится как единица медицинского архива. Быстро твердеющим слоем окончательно отмечается завершение портрета. Художественный образ «перестает быть самостоятельным участником события жизни, идущим рядом дальше, он сказал уже свое последнее слово, в нем не оставлено внутреннего открытого ядра, внутренней бесконечности» (Бахтин, 1996, с. 65). В зависимости от поставленной задачи скульптура имеет вид головы, бюста или статуи. Как правило, одной маски достаточно для решения самой сложной проблемы. Здесь уместно напомнить легенду о миссионере и туземцах, у которых везде лицо¹⁶. Иногда мы выполняем статуэтку размером около 50 см, это очень действенный способ лечения. Еще несколько слов о свойствах лечебного портрета.

Проблему определила искусствовед Г. Ельшевская и продолжает развивать журналист Ю. Акопян. У них есть некоторое совпадение эстетических впечатлений. Относя лечебные портреты к большому искусству, оба видят в них стилистическое сходство с египетскими погребальными скульптурами, ту же особую вневременную отрешенность пластического изображения. Это обусловлено тем несомненным фактом, что на наших портретах, особенно до отливки, неизменно присутствует отпечаток болезни, аутизма; «это как бы «плохой» член пары, тогда как исцелившийся – «хороший» (Абрамян, 1989). По единодушному мнению врачей «настроение» на портрете соответствует самому первому впечатлению, оставленному больным. Мы же сами всегда ощущали родство с римским скульптурным портретом, а в живописи – с портретами Ван-Эйка.

Обычай перевода скульптуры в твердый материал возник с самого начала, когда у нас было ошибочное мнение, что она будет востребована пациентом или его опекунами. Но этого ни разу не произошло, так как огромный интерес к скульптурному портрету на исходе лечения прекращается и группа распадается. «Если заглянуть в самый конец процесса – пишет Ю. Акопян, – то сталкиваешься, может быть, с самой загадочной трансформацией – практически полным отчуждением, как автора, так и модели от готового портрета. С момента завершения портрета и тем самым окончания лечения участники процесса необратимо теряют интерес к тому, к чему так страстно стремились» (Акопян, с. 156). За двадцать два года было всего несколько случаев из сотен, когда опекуны пациентов имели твердое намерение приобрести скульптурный портрет. На одном таком случае хотелось бы остановиться.

А. С., девять лет, диагноз «эпилепсия», поверила в возможность своего излечения, день и ночь думала о портрете, а перед сном клала под подушку книгу с фотографиями лечащего

¹⁶ Миссионер укорял свою паству – африканцев – за то, что они ходят голые. «А как же ты сам? – отвечают те, показывая на его лицо. – Разве ты сам кое-где не голый?» – «Да, но это же лицо». – «А у нас повсюду лицо», – ответили туземцы» (Якобсон, 228).

врача. Мать, женщина суеверная, была также фиксирована на портрете, на его «чудодейственной» силе. По завершении лечения она привела специалистов, которые дали положительную оценку художественной стороне портрета. Тогда она попросила отлить его из бронзы и установить на мраморной подставке. Купила специальную тумбу, на которую в своей квартире поставила портрет. Однако уже через полгода вернула его нам. Больная внешне резко изменялась, и мать заметила несоответствие облика этой веселой, общительной девочки, превращающейся из «гадкого утенка» в красивую молодую женщину, с выражением болезни на портрете. Противоречие росло, а присутствие портрета вне контекста лечения не давало возможности отделить от себя этот тяжелый период их жизни. Портрет вернули в институт, где он занял место в архиве. Это связано и с зависимостью от врача, символизированной в скульптуре.

1.7. Жанровая принадлежность лечебного портрета

Думается, мы привели достаточно аргументов в пользу принадлежности лечебного портрета жанру концептуального искусства. Такова и точка зрения другого нашего эксперта, психолога и художника П. Г. Белкина, а также французского художника М. Рогинского. Отсутствие эстетической концепции лишь подтверждает сказанное. «Выступая в роли художника, доктор Назлоян не забывает о том, что он врач; поэтому он как бы не имеет права ставить перед собой концептуальных задач, которые отвлекали бы от основной, лечебной. А эта задача может быть сформулирована сугубо прозаически: создать подобие. Оттого скульптура, а не живопись – для полноты иллюзии, включающей тактильные моменты» (Ельшеская, 1994, с. 87). Суть творческой деятельности врача как скульптора заключается не в выражении эстетической идеи, как в обычном искусстве, а в самой «идее», представленной словесным текстом, а также в сопровождающих его документах: фото-, кино-, видео-, фономатериалах. Сам портрет становится приложением к документальному описанию болезни. Акцент переносится из чисто визуальной в концептуально-визуальную сферу, от перцепции к концепции. Контекст имеет здесь большее значение, чем результат. Главной становится человеческая коммуникация – диалог врача с пациентом. Наши портреты при всей тщательности исполнения рассчитаны только на одноразовую презентацию к концу работы; это происходит чаще всего в атмосфере хеппинга (Абрамян, 1989; Абрамян, Назлоян). Они не претендуют на вечность, на непреходящую значимость, поэтому делаются из недолговечного материала.

Портрет не может возникнуть без врачебных планов и прогнозов, сочетающихся с документируемыми медицинскими процедурами. Даже заказчик, опекун душевнобольного, обращается за лечением, хотя часто его помыслы связаны с добротой сделанным портретом, за качеством которого он следит. Вся ткань портрета пропитана клиническими ожиданиями врача. Это и делает наше искусство концептуальным. Поэтому выставки наших работ проводятся в обстановке научных конференций, гипсовая или бронзовая скульптура на стене, как правило, окружена фотографиями процесса лепки с обязательным наличием краткой истории болезни пациента. Особенно наглядной была выставка на международном конгрессе психотерапевтов в Париже в октябре 1996 года, когда наряду с фотографиями на большом экране без остановки показывались видеоматериалы.

Портретный метод возник так же спонтанно, как концептуальное искусство, потому что в основе этого метода лежал психотерапевтический концепт. Мы не были знакомы с программной статьей одного из основателей концептуализма Дж. Кошута «Искусство после философии», где он пишет о синтезе наук (эстетики, искусствознания, лингвистики, математики), философии и собственно искусства. (Kosuth). Эта работа помогла бы нам опознать собственные идеи, сформулированные на десять лет позже в недрах клинической практики. Сопоставление с манифестом основателей концептуализма помогло бы нам сформировать собственное направление в рамках авангардного искусства, рациональнее построить психотерапевтический процесс, меньше эксплуатировать интуицию врача-портретиста и не выглядеть слишком похожим на белого мага в представлении опекунов и наших коллег.

Ввиду явного несходства результатов мы не проводили параллели и с произведениями московских концептуалистов (И. Кабаков, Р. и В. Герловины, А. Монастырский, группы «Коллективные действия», «Медицинская герменевтика»), основанными на абсурде (Бобринская, 1994, Розин, 1995). У нас есть принципиальное идейное отличие от всех направлений концептуального искусства, оно в том, что маскотерапия не порывает связи с традиционным искусством (реалистическая завершенность скульптурного портрета), а этическая цель в высшей степени конкретна – избавление пациента-модели от психической болезни.

Глава 2

Особенности диалога врача и пациента. Пути трансформации основного синдрома заболевания

Общение с душевнобольным требует значительных усилий, специальной подготовки. Кроме клинической беседы известно множество рациональных и иррациональных способов проникновения во внутренний мир больного, вплоть до предварительного приема врачом алкоголя, наркотиков и ЛСД. Применение различных форм лекарственного расторможения (амитал-кофеиновое, эфирный наркоз, транквилизаторы) нередко служит той же цели (*Телешевская*, 1985). Сохранились воспоминания современников о видных психиатрах прошлого – Э. Крепелине, В. Маньяне, Э. Кречмере, С. С. Корсакове, П. Б. Ганнушкине, – обладавших редкой способностью создавать доверительную обстановку при контакте с душевнобольными. Нужны «особая склонность», «склад характера», «особые душевные качества», «определенные психические данные» – вот неполный перечень классических рекомендаций (*Руководство*, с. 213). Руководства по психиатрии, излагая разнообразные способы и средства общения, особенно подчеркивают неприемлемость притворства в отношениях врача с больным. «Лицемерия, слащавости, а тем более прямой неправды, – писал П. Б. Ганнушкин, – душевнобольной не забудет и не простит...» (*Ганнушкин*, 1964, с. 32).

2.1. Клинический метод и психоанализ

Современный психиатр, лидер клинического разбора, утверждая свой авторитет, делает ставку на умение вести беседу с больными. Клинические беседы некоторых наших ведущих врачей отработаны до совершенства. Создается впечатление, что присутствуешь на хорошо поставленном спектакле (эмоции участников, их немое восхищение, возникновение легенд о ведущем – яркое тому подтверждение). Благодаря отточенному мастерству симптомы болезни устанавливаются порой за считанные минуты; «хаос» переживаний больного складывается в предельно лаконичную картину их синдромальной и нозологической принадлежности. Нескольких советов в учебниках психиатрии вовсе не достаточно для овладения искусством беседы с душевнобольными, мастерство приходит постепенно после многих лет совместной работы с представителем той или иной школы. Итак «первым и важнейшим методом обследования была и остается клиническая беседа с больным» (*Ясперс*, с. 983)¹⁷.

Клиническая беседа является кабинетной формой общения. Врач-клиницист должен собрать анамнестические сведения о больном, описать свое впечатление о текущем его состоянии, поставить диагноз и дать рекомендации. В дальнейшем он периодически приглашает в ординаторскую пациента, чтобы выявить динамику психического статуса и, возможно, изменить назначения. Кроме того, во время обхода палат он вступает в блиц-контакт с больными в присутствии медперсонала.

Интерьер помещения офисный, работа проводится при закрытых дверях. Беседа носит характер расспроса, интервью. Искусство традиционного врача заключается в том, чтобы «выжать» из больного максимальное количество признаний специфического свойства, имеющих отношение только к патологии. При этом он нередко пользуется рекомендацией классиков – «не следует быть слишком доверчивым» (*Блейлер*, с. 140).

Это предельно лаконичная форма общения. Любые самые теплые слова и чувства к больному имеют подчиненное значение, они уходят, когда беседа достигает цели – сведения собраны, а выводы сделаны. Право начинать и прекращать разговор, менять тему, манипулировать собеседником принадлежит врачу. «Иногда, – пишут авторы американского учебника по психиатрии Г. И. Каплан и Б. Дж. Сэдок, – после того как больной расскажет о своем заболевании, бывает полезно резко сменить тему» (*Каплан, Сэдок*, с. 14). Далее без комментариев перечислим некоторые пункты из этого раздела руководства: использование слов, сказанных самим больным¹⁸; вопросы, требующие и не требующие категорического ответа; воздействие на больного с помощью стресса (там же, с. 14). Если собрать и систематизировать все рекомендации по ведению клинической беседы, они, по нашему убеждению, пригодятся и в следственной практике или бизнесе. Странно, что несколько веков лучшие медицинские умы вырабатывали приемы общения под знаком недоверия к самому незащищенному и неблагополучному представителю общества – душевнобольному.

В трудных случаях лечащий врач приглашает более опытного специалиста (клиническая консультация) или группу компетентных людей (клинический разбор); в научных целях проводится клиническая конференция или демонстрация пациента на лекциях и на семинарах. Существуют также различные экспертизы – военная, судебная, трудовая, лечебно-консульта-

¹⁷ Иногда методы общения с душевнобольными на первый взгляд особенно причудливы. Рассказывают, что П. К. Ануфриев подражал манерам пациента, с которым общался. Со слов Ж.-П. Клайна, президента Ассоциации арттерапевтов в Париже, Ж. Лакан никогда не общался с больным непосредственно, а садился на почтительном расстоянии от него, слушая беседу с ним своего ассистента и делая выводы; профессор С. Шин из Сеула для более глубокого контакта использовал корейский обряд чаепития. Характерны также различные попытки внешнего и внутреннего уподобления – от прямого подражания с возможным принятием его образа до так называемого «дикого» психоанализа.

¹⁸ Этот прием настоятельно рекомендуют и Г. В. Морозов и К. Зайдель (Руководство, с. 212).

тивная, опьянения, имеющие ту же структуру. Они также проводятся в иерархически построенной группе. Результаты консилиумов тщательно документируются и, как правило, имеют юридическую силу.

Во всех названных случаях тот или иной специалист выделяет себя из коллектива и вступает в частную беседу с больным, точно он делает это с глазу на глаз в своем кабинете. Эти формы коммуникации при всем их своеобразии носят характер расспроса, это сугубо диагностическая процедура. Повторные встречи с пациентом тоже проходят под знаком диагностики – подтверждения или уточнения диагноза, констатации смены синдрома. Кроме того, они субъективны, поэтому нуждаются в объективации: осмотр, наблюдение, сбор биографических сведений и документов, патопсихологическое и лабораторное обследования.

Клиническое интервью входит во все основные направления психотерапии, и его значение трудно переоценить. Достаточно вспомнить, какое внимание уделял ему Фрейд, развивая собственный подход. Понятие о *первом интервью* лежит в основе всех психотерапевтических техник, оно создает медицинский контекст в отношениях с пациентом, без него трудно представить начало лекарственной или психотерапевтической помощи.

Итак, традиционная клиническая беседа проходит между врачом и больным, независимо от симпатий и антипатий этих двух участников друг к другу и с явными или скрытыми элементами подавления поведенческих мотивов больного. Все суждения о патологии, выводы и заключения делаются втайне от больного и родственников. Эту тайну соблюдают на всем протяжении лечения, она может передаваться в официальной переписке только коллегам или правоохранительным органам. «Необходимо держаться с вежливым безразличием, слушать внимательно и, независимо от собственных воззрений, слегка «подыгрывать» пациенту в его представлениях и суждениях. Мы не должны отказывать в значимости ничему из того, что сам пациент считает существенным. Наши оценки мы должны хранить при себе» (Ясперс, с. 984)¹⁹.

Психоаналитический метод в корне изменил атмосферу и направление диалога врача и пациента. Интерьер стал напоминать гипнотарий (кушетка, комфортная неформальная обстановка), а невидимый аналитик – католического священника на исповеди. Психоаналитическая атмосфера возникла на полпути между этими социальными институтами. Беседа здесь ведется в режиме интерпретации вербального материала, мимики, жестов. Опираясь на концепцию о бессознательном, аналитики ищут откровения за пределами общепринятых правил.

Цель аналитических сеансов заключается в том, чтобы выявить не осознаваемые пациентом, не прошедшие цензуру мысли и переживания, оглашение которых возможно только в стенах врачебного кабинета. Это психотерапия конфликта, мотивы которого всегда тщательно скрываются пациентом. Поиск глубоко скрытых комплексов вины заставляет врача тщательно анализировать их малейшие признаки. Коренное отличие психоаналитического разговора – учет факторов переноса и контрпереноса²⁰. Это был прорыв от диагностической к лечебно-диагностической технике беседы, гуманный мотив, пронизывающий современные психотерапевтические методы. Достижением авторов психодинамического интервью является разработка точных критериев техники беседы, что можно считать настоящей революцией в психиатрии, так как благодаря психоанализу стало ясно, что в своем отношении к пациенту психиатр должен быть не только наблюдателем, но и участником общения. Психотерапевт, игнорирующий общение, попадает в колею клинического подхода, возвращается в зону расспроса, осмотра и диагностики.

¹⁹ Тут Ясперс противоречит всему тому, что он высказал на предыдущих 983 страницах своего фундаментального труда.

²⁰ Нас не перестает удивлять, как творчески Фрейд умел перерабатывать принятые в медицине представления. То он избавлял их от излишней конкретности, например, сопротивление гипнозу, сторожевой пункт, то придавал конкретность расплывчатым представлениям из медицинской деонтологии (перенос и контрперенос) или функциональность банальному в соматической медицине явлению – терапевтическому альянсу врача с пациентом. Все просто, и все гениально.

Об интеллектуальной работе врача-аналитика, как и врача-клинициста, пациент может ничего не знать. Коренное отличие аналитика в том, что у него диагностический поиск совпадает по времени с терапевтическим воздействием – каждый выявленный признак подвергается интерпретации, текущая информация подлежит переработке. Но психоаналитик, вслед за терапевтом, присваивает себе право не быть откровенным с пациентом до конца, он даже скрывает свое лицо (по классической версии), поэтому его подход тоже тоталитарен. Вспомним хотя бы, в какой *незащищенной* позе (на знаменитой кушетке) находится пациент во время сеансов. Что переживает душевнобольной (и даже невротик) в этом положении, можно себе представить. Психоаналитик остается в определенной степени манипулятором вроде гипнотизера (Гринсон, с. 61–62)²¹.

Представители психоаналитического подхода, по нашему убеждению, не смогли преодолеть главные недостатки клинической беседы – неравенство в диалоге и двойной стандарт в мышлении терапевта. Можно ли считать такой диалог (тематический) истинным? На этот вопрос мы отвечаем отрицательно, потому что возникновение беседы жесткой или мягкой, насильственной или гуманной имеет подчиненное значение; комфорт, в том числе учет состояния наблюдателя, создается с единственной целью – собрать, систематизировать и рационализировать патологический материал.

В 50-х годах вместе с «психиатрическим интервью» Салливана (1953) и «первое интервью при психиатрическом лечении» Джилла, Ньюмена и Редлиха (1954) начинают основательную разработку методики, техники и тренинга первой беседы с психиатром. Фактически это было глубокое осознание значения переноса и контрпереноса. Дальнейшие модификации – «Диагностическое интервью» М. и Э. Балинтов (1962), «Биографический анамнез с точки зрения глубинной психологии» Дюрссена (1980), «Структурное интервью» О. Кернберга (1981), RAP-интервью (Relationship-Anecdotes-Paradigm, парадигмы отношений в сценах, 1984) и десятки других разработок – преследуют одну цель: помимо выяснения индивидуальных, семейных и социальных отношений они должны были подвести пациента к мысли о том, что он болен, о необходимости лечения.

²¹ Отсюда преувеличенное отношение психоаналитика к так называемому сопротивлению, которое убедительно встречается лишь при попытке усыпить пациента. Мы чаще встречали сопротивление врача терапевтическому контакту с больным.

2.2. Союз с пациентом

Таким образом, психотерапевтические техники основаны на *базовом договоре* с пациентом. Дальнейший сценарий разворачивается благодаря этому союзу. «Необходимо сделать пациента, – писал Фрейд еще в 1895 г., – своим союзником» (*Сандлер и др.*, с. 25). Фрейд специально не развивал это понятие, известное в общемедицинской практике, но возвращался к нему на протяжении своей долгой творческой жизни. «Мы образуем этот *дружественный пакт*, – пишет Фрейд через 45 лет, – для того, чтобы вернуть эго пациента, утраченную им способность повелевать различными сферами его ментальной жизни. Этот пакт и составляет аналитическую ситуацию» (там же, с. 25). Существует значительная психоаналитическая литература по этому вопросу, которая приближает понятие альянса к проблемам переноса: «рациональный перенос» (Феничел), «имманентное базовое доверие» (Эриксон), «рабочий альянс» (Гринсон), «терапевтический альянс», «присутствие аналитика» (Зетцель), «продуманный, или зрелый перенос» (Стоун), «базовый перенос» (Гринейкр), «реалистическая связь» (Когут), даже «негативный терапевтический альянс» (Новик; цит. по: *Гринсон*, 1994, *Сандлер и др.*, 1995).

Договор – важнейшая составляющая любой существующей и мыслимой психотерапии. Он может быть различным в разных школах – рациональным, открытым по форме или завуалированным благодаря игровому моменту. Формирование такого договора имеет отношение к степени восприятия человеком себя как больного, с одной стороны, а с другой – к сложной, меняющейся структуре мотивации больного на лечение. Поэтому труднее всего заключить договор с психотиком, отличающимся низкой критикой своей болезни.

2.3. Двойной договор – с пациентом и опекуном

Отчаявшись прийти к договору с душевнобольным, испытав на себе крайние формы недоверия, а также неожиданного нарушения условий работы, мы в свое время стояли перед выбором – продолжать терапевтическую работу насильственно (от косвенных и прямых посягательств на свободу пациента до деонтологически обоснованного физического вмешательства) или же искать принципиально другую точку отсчета. Методологически мы следовали Фрейду, который исходил из практической необходимости помочь тем пациентам, которые, например, не воспринимали гипнотического воздействия. Как и он, мы искали «нейтрализованные взаимоотношения» (Гринсон, с. 67) с пациентом, опираясь на личный опыт. В то же время мы попытались сохранить клиническую традицию, – договор о лечении обсуждаем с опекунами душевнобольного, признавая тем самым недееспособность пациента. С ними же проводим детальное клиническое интервью, воспроизводим динамику психического статуса, составляем этапные эпикризы. Это достаточно формализованная работа, которая использует различные анкеты. Типовой анамнез, по нашим наблюдениям, создают не хуже врачей близкие родственники пациента, соблюдая стандартные разметки его биографии. С опекунами же мы делимся своими надеждами и сомнениями, подробно излагаем нашу точку зрения.

Запомнился случай Марины К., мать которой заявила, что она больна с рождения, т. е. неизлечима, а отец, известный адвокат, сказал, что не он сам, а Марина нам верит. По рекомендации нашего научного руководителя А. И. Белкина мы отказались от лечения, ответив, что для нас важно доверие опекунов, а не только пациентки. Это отложило начало психотерапии ровно на год, когда обессиленную нервной анорексией Марину К. доставили в наш центр. Отец общался с нами, не скрывая чувства вины, и в дальнейшем стал достаточно удобным партнером, хотя и телефонным. Работа коренным образом изменилась, когда Марина вышла замуж за весьма альтруистичного молодого человека.

В контакте с больным мы полностью исключаем тему лечения и составляем договор об изготовлении скульптурного портрета. И это не розыгрыш – в дальнейшем (до конца лечения) мы твердо соблюдаем условия договора. Нет необходимости говорить больному, что он страдает психическим заболеванием, уговаривать его, растрачивая авторитет врача. Дело не только в том, что у пациентов снижена критики своего психического состояния, они, постоянно пытаясь доказать свою дееспособность окружающим, насторожены и необыкновенно ранимы в этом вопросе. Полностью снимая разговоры на тему болезни, мы радикально решаем проблему переноса, а когда пациент становится моделью художника – и проблему контрпереноса. Таким образом, в день составления базового договора мы встречаемся с двумя диаметрально противоположными тенденциями. Позиция опекуна – просьба об оказании медицинской помощи больному, отказывающемуся от такой помощи. Мы принимаем версию опекуна и действуем с обычных клинических позиций, но мы принимаем и версию пациента (без элементов фальши и насилия).

Таким образом, составляются *два базовых договора*. Предложение изготовить скульптурный портрет идет навстречу обостренному чувству собственного достоинства наших пациентов. Ведь ощущение своей избранности, уникальности, несходства с другими людьми сопутствует многим психическим болезням, и создание портрета больного естественно согласуется с его основными переживаниями. Вспомним также, что в обыденном сознании скульптурный портрет (в отличие от живописного) ассоциируется с представлением о высоком гражданском статусе. Позируя врачу-портретисту, больной может поддерживать этот статус откровениями патологического плана, но не станет унижать себя просьбой об избавлении от психического

недуга. Эстетический порыв врача как скульптора во многом вызван пластической неординарностью пациента, который так же выделяется среди других людей, как «героические» или гражданские модели обычных скульпторов. Ни один наш врач не вылепил портрет здорового человека, своего близкого – здесь имеют значение не только врачебные мотивы, но и эстетическая незаурядность самого душевнобольного.

Естественно выглядит и наше первое интервью «зеркальные переживания», которое имеет для нас и психотерапевтическое значение, – это способ постижения и преодоления аутистических расстройств. По форме оно может быть ассоциировано пациентом с будущей работой над его портретом. Интервью ведется в пространстве трех лиц – больного, его двойника в зеркале (который может «подсказывать» тему) и интервьюера. Для большего выравнивания отношений в ходе интервью психотерапевт может нанести на лицо пациента грим, чтобы сделать более выпуклыми, отчетливыми детали и целое. Иногда сразу после первого интервью, не снимая грима, пациент подходит к мольберту и плавно вовлекается в атмосферу психотерапевтического процесса. Нам удавалось начать первый сеанс даже с агрессивными и крайне негативными пациентами.

2.4. Диалог

О ценности диалога как такового впервые в довоенную эпоху заговорили Фердинанд Эбнер («Я существует в диалоге»), Ойген Розеншток-Хюсси («крест действительности»), Михаил Бахтин («Быть значит общаться»), Мартин Бубер и другие мыслители «на переломе». «Одно основное слово – это сочетание Я – Ты. Другое основное слово – это сочетание Я – Оно» (Бубер). Это принципиальное разделение психологического и гносеологического аспектов было оценено немногими из современников философа.

Его не восприняли и психотерапевты²². Во-первых, в связи с тем, что Бубер не проводит достаточно последовательную психологическую линию в этом вопросе. Он отходит от диалогической природы мышления в привычном понимании, подразумевая под равноправным «Ты» и природу, и человека, и «духовные сущности». Во-вторых, важная концепция «между» рассматривается, как и у других философов диалога, только в теологическом плане. В-третьих, психопатологи не оценили в должной степени и идеи другого пронизательного мыслителя того времени О. Блейлера – о патологическом одиночестве. Отдельные, удивительно точные определения «Я – Ты»-феномена не может использовать и современный практик ввиду их принадлежности к метафизике. Подобных дефиниций, взятых из обыденного психологического опыта и переведенных в метафизический план их авторами, достаточно много в философии. Блестящие по форме, они вызывают недоумение – от изречения «Познай самого себя» (ведь неизвестно, как познать себя!) до сомнительных советов Вольтера и Шопенгауэра, способных вызвать смятение в умах тех, кто собирается их осуществить. Но об этом мы будем говорить в работе о лечебных функциях автопортрета.

Наши врачи нацелены на преодоление аутистического монолога, скорее всего источника психических расстройств, а не «мыльного пузыря спекулятивного рассудка» (Ф. Эбнер). Поэтому любая форма общения (вербального и невербального) с пациентом, независимо от его содержания, направленности, длительности, логической связности, является для нас главным лечебным фактором. Для достижения этой трудной цели мы ищем равного партнерства в обмене переживаниями, а не специальных, достаточно хитроумных, но малопродуктивных приемов, описанных в литературе начиная с Фрейда и кончая Карнеги. Ради этой цели психотерапевт способен поделиться даже собственными переживаниями.

Первая реакция больных на общение посредством портретирования отличается большим эмоциональным многообразием – от восхищения (даже экзальтации) у демонстративных до негативизма у бредовых больных и полного равнодушия у дефектных и слабоумных. Реакция больного зависит от текущего его состояния, характера болезни, семейного и социального положения. Все препятствия удастся преодолеть, если у него сохранился хоть малейший интерес к своей внешности. Иногда оптимистический прогноз возможен уже на первом сеансе, если портретируемый делится каким-нибудь наблюдением по поводу особенностей своего лица – это начало продуктивного контакта, нить, которая никогда не обрывается в процессе создания портрета. Врач-скульптор максимально использует возникший диалог, развивает его.

Некоторое чувство смущения, проявляющееся на первых порах, проходит, поскольку больной осознает, что, занимаясь скульптурой, врач даже больше ожидаемого сосредоточен на нем; что вместо повторения надоевших формулировок симптомов изучается и материализуется знакомый ему с детства, но во многом уже потерянный реальный его образ; что врачу незачем прибегать к различным «коварным» приемам для проникновения в мир его интимных

²² Именно Бубер мог бы быть воспринят психопатолами, так как его хорошо знали ученые-естественники, например, Эйнштейн. Что касается идей Бахтина, завершивших создание новой парадигмы, то они стали распространяться в Париже Юлией Кристевой только в 1966 г.

переживаний. А с появлением первых черт портретного сходства так называемое сопротивление сразу и необратимо спадает.

Беседа не направляется врачом, она имеет спонтанный характер. В ходе лепки общение с больным протекает в атмосфере предельной раскованности – оно не имеет скрытого плана, подтекста, не нуждается в определенных приемах, в изощренном «притворстве» врача, известном всем, кто работает в психиатрических учреждениях. Напряженность больного снимается уже тем, что ему ясна причина его нахождения в кабинете врача, здесь не нужны ни специальные познания в области изобразительного искусства, ни особый уровень интеллектуального развития. Воспроизведение лица пациента с самого начала образует временную «интригу» – от явного или скрытого интереса до продуктивного конфликта между моделью и скульптором.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.