

УТРАТА И ОБРЕТЕНИЕ ЗЕРКАЛЬНОГО ОБРАЗА «Я» (портретный метод психотерапии)

Г.М. НАЗЛОЯН

Уже в самом начале моей клинической практики передо мной остро встали вопросы: «Что лечить?» и «Как лечить?» вверенных мне психически больных. Такова особенность классической психиатрии – она в большинстве случаев не ищет причин болезни в том смысле, как это принято в соматической медицине (тромб при инфаркте, воспаление слизистой оболочки при язве желудка и т.п.). Опытным путем я пришел к проблеме межличностного отчуждения, патологического одиночества, которое обнаруживалось у всех без исключения больных – «пролеченных» и вновь поступивших. А это означало, что явление аутизма в расширенном толковании могло претендовать на роль ключевого фактора психических и психосоматических болезней. Мною была выдвинута гипотеза, что скорее всего у всех больных имеют место обеднение, искажение, извращение, утрата зеркального образа «Я». Эта гипотеза подтверждалась в беседе с каждым больным моего отделения, а не только с теми, кто страдал дисморфофобией (психическим расстройством, при котором человек остро обеспокоен мнимыми дефектами своего лица и тела).

* * *

Концептуализацию психической причины патологических симптомов мы начали с того места, где идеи классиков являются наиболее бесспорными. Это понятие об аутизме в смысле внешнего отчуждения и конфликта – в плане внутриличностного, внутриспсихического. Мы имеем в виду не традиционное содержание – «наличие действия, не приводящего к желаемому результату» или «направленность конфликта»¹, а нарушение качества внутриспсихического диалога. Чтобы объединить эти понятия, мы отказались от традиционного употребления терминов «аутизм» и «конфликт», так как первый прочно связан с детской психиатрией, а второй отягощен социологическими, социально-психологическими и другими значениями.

Поиск в этом направлении убедил нас в важности разработки проблемы одиночества – проблемы, занимавшей умы мыслителей во все времена христианской эры и являющейся одним из ракурсов общей проблемы человека. Описания этого явления, разбросанные в философской, богословской, психологической и эпистолярной литературе, часто сопровождаются оценочными суждениями, которые подчинены двум полярным тенденциям. Одни авторы считают одиночество величайшим благом, условием творчества, другие – явлением нежелательным и даже мучительным для человека. Столь резкое расхождение мнений обусловлено, вероятно, тем, что речь идет не об одном и том же явлении или, во всяком случае, о весьма разных его проявлениях.

Следует отметить, что одиночество представлено как крайняя степень отчуждения, часто в самой немыслимой форме (как в девятом круге Дантова ада — «грудь о грудь окованные хладом», как «самого одинокого одиночества» у Ницше, «голою ужаса» у Бинсвангера). Ф. Фром-Рейхман в своей программной статье «Одиночество», построенной на клиническом материале, говорила о неких формах полного уединения как своего рода «Антарктике души», «чистого» одиночества, которое якобы могут испытывать лишь артистические и неуравновешенные натуры².

Надо заметить, что одиночество далеко не всегда равнозначно сокращению социальных связей. Иные виды частичного или полного уединения могут быть интерпретированы и как максимум общения, творческой свободы. А главное, изоляция человека может быть как добровольной, так и вынужденной. Принятие же тезиса о вынужденной изоляции формирует определенную точку отсчета, открывает возможность исследовать разные формы и степени одиночества. Поистине необъятный и размытый жизненный материал обретает, наконец, конкретные очертания, необходимое для анализа сужение.

Аналитических работ, посвященных этой проблеме, мало. Современные исследователи Р.С. Вейс, Дж.Р. Оди и др., сетуют на то, что при разработке проблемы одиночества не на что опираться, нет какой-либо традиции в понимании этого явления. Лишь весьма отрывочные определения, о которых мы говорили, можно обнаружить на периферии мировоззренческих концепций. Пусть даже блестящие по форме, они только подчеркивают важность изучения проблемы одиночества, не давая какого-либо ее решения.

Одним из первых сфокусировал внимание на этом понятии, определив одиночество как сущностное качество человека, Ж.-П. Сартр. В формировании этой точки зрения, продолжающей традицию С. Кьеркегора, известную роль сыграл специфический сартровский атеизм, позволивший сблизить философский и психологический аспекты проблемы. Но для построения психотерапии экзистенциальная характеристика одиночества как рокового и вечного начала в природе человека, обреченного существовать в замкнутом пространстве собственного «я», недостаточна.

Пафос экзистенциальной философии от С. Кьеркегора до М. Бубера и А. Камю порождает представление об одиночестве как об отсутствии диалога человека с внешним миром на уровне чувственного восприятия. Однако здравый смысл заставляет нас видеть в каждом состоянии индивида и даже в каждом временном срезе его жизнедеятельности одновременное присутствие и одиночества (в плане диалога с самим собой), и общения с внешним миром. Такова, на наш взгляд, сама природа диалогического мышления и сознательной деятельности в целом.

Следуя сущностной характеристике феномена патологического одиночества, мы пришли к собственной точке зрения в области пси-

хической патологии. Вот уже почти 40 лет мы пытаемся рассматривать аутизм как явление, общераспространенное в клинике психических заболеваний, а не специфическое для одной лишь шизофрении. Мы предположили, что признаки отчуждения присутствуют при каждом психическом и психосоматическом расстройстве. Это наиболее радикальная точка зрения. Она не встречается в психодинамическом и феноменологическом подходах, рассматривающих проблему одиночества под углом зрения патологии. Одиночество в нашем представлении является коренным, сущностным свойством любого психического нарушения, водоразделом между нормой и патологией в психиатрии.

Для начала укажем основные направления в развитии проблемы аутизма. 1. Согласно классической точке зрения, аутизм есть нарушение коммуникативных функций личности и в то же время – особая форма инфантильных переживаний, характерных для узкого круга лиц, страдающих шизофренией. 2. Отрицание значимости этой проблемы в различных концепциях шизофрении. 3. Выделение фактора нарушения контактов пациента с окружающей действительностью в самостоятельную полиэтиологическую болезнь, ограниченную рамками детской психиатрии.

Наша точка зрения возникла в результате клинических наблюдений и лечебного опыта, она предполагает синтез существующих взглядов. Но, прежде всего, она включает в себя представление о диалогическом свойстве мышления и сознания. *Аутизм как нарушение (а не отсутствие) диалога человека с внешним миром означает для нас и нарушение внутреннего диалога, диалога человека с самим собой.* Эти два феномена мы воспринимаем как явления одного порядка. Любой дискомфорт человека, переживаемый относительно внешней среды или его телесного «я», получает отражение в психической сфере в форме нарушения внутреннего диалога.

Такой подход совпадает с результатами философско-феноменологического анализа динамической структуры субъективной реальности, всякого проявления сознания, в работах Д.И. Дубровского. В них показано, что «сознание есть неразрывное единство сознания себя и сознания иного, т.е. содержанием любого сознательного акта (“текущего настоящего”) является единство двух противоположных психических модальностей “Я” и “не-Я”. Это относится и к содержанию “текущего настоящего”, и к его вектору активности»³. Отсюда следует, что нарушение адекватного отображения себя в процессах аутокоммуникации влечет нарушение адекватного отображения внешней действительности, как и наоборот⁴. Более детальная и вместе с тем широкая разработка проблемы бимодальной динамической структуры субъективной реальности и феноменологии Я содержится в другой книге автора⁵.

В соответствии с предлагаемым нами подходом межличностное отчуждение как социальный и психофизический феномен нуждается в более широком рассмотрении. Мы не только стремились найти общую для всех симптомов патологическую основу, но и хотели примирить

позицию психотерапевтов с позицией психиатров-соматотерапевтов. Каждый симптомокомплекс, описанный в глоссариях, — от судорожного припадка до реактивных изменений психики, — предполагает нарушение диалога с внешним миром. Мы попытались также сохранить классическое (ценностное) наполнение понятия об одиночестве, чтобы еще яснее выделить нравственный мотив в процессе психотерапии.

Нам представляется, что конкретизация понятия об одиночестве эвристически глубже, чем расширение значения «холодного» для нас термина «аутизм». Думается, что при встрече с аутичным пациентом врач может воспринимать его переживания и в плане сострадания, как это сделал один великий гуманист: «Я считаю это медленное, ежедневное давление на тайные пружины мозга неизмеримо более ужасным, чем любая попытка, которой можно подвергнуть тело; оставляемые им страшные следы и отметины нельзя нащупать, и они так не бросаются в глаза, как рубцы на теле; наносимые им раны не находятся на поверхности и исторгаемые им страшные крики не слышны человеческому уху»⁶. Понятие о патологическом одиночестве способно восполнить утраченные *связи научной психиатрии с этической и эстетической традициями* старой клиники.

Размышления о том, как человек вживается в жизнь, как воспринимает ее, проходя свой век от начала и до конца, проецируются на то, каким он видит себя со стороны, в качестве своего Двойника. Имеется ввиду не раздвоение личности, а принципиальная способность выходить за пределы собственного «я». Разрушение этой способности и есть аутизм, т.е. обращенность на себя самого с парадоксальной потерей способности видеть себя («потеря лица»). Эта потеря приводит человека к выпадению из процесса естественного общения, к замкнутой жизни внутри своей субъективной картины времени и пространства⁷. «Когда человек перестает любить, — признается Андрей Ш. (диагноз — шизофрения), обратившийся к нам с просьбой вернуть ему “потерянное” лицо, — он окукливается, обрастает панцирем. Я был не тенью — тенью теней. Во мне, будто, все было обуглено, а рядом — жена, дети, нужно идти на работу».

Сотни других признаний наших пациентов не менее драматичны, но, отличаясь по форме, они близки по содержанию — там, где переживается отчуждение, налицо и обеднение, искажение, частичная или полная утрата зеркального образа «я». Эта найденная нами в результате кропотливых поисков закономерность обусловила и разработку портретных методов психотерапии, создающих средства для *реконструкции* нарушенного восприятия самого себя, своего *зеркального двойника*. «Врач-психотерапевт — пишет Л.А. Абрамян — создает пациента своими руками. По мере того как больной узнает себя, а портрет приближается к завершению, болезнь постепенно исчезает. Это тот Двойник, которого больной каждый день видит в зеркале, но на которого мало обращает внимания, и лишь во время работы над портретом начинает пристально изучать свое отражение. Или это тот Двойник, которого не узнают в

зеркале, как иногда с удивлением ловят в зеркальной витрине застающее врасплох собственное отражение, странное, чужое. Или же, наконец, это тот Двойник, к которому больной с тревогой и навязчивостью обращается, выискивая в нем разные асимметрии или какие-либо другие изъяны и, соответственно, пытаясь изменить свое лицо»⁸. Процесс реконструкции утраченного образа равносителен попытке избавления пациентов от патологического одиночества. Последнее, как отмечалось, является неременным фактором всех остальных психических расстройств: бреда, галлюцинаций, неадекватных поступков.

Таким образом, в результате многолетней интенсивной работы нами была выявлена область психических нарушений, связанная с отношением больного к своему зеркальному образу, которая большей частью пропускается клиницистами. Мы не имеем в виду случаи дисморфофобии, когда сам пациент настаивает на «изменении» своей внешности. По статистике они составляют не более трех процентов случаев шизофрении⁹. Речь идет о принципиально ином факте — *зеркальные нарушения обнаруживаются при каждом психическом заболевании и являются ключевыми*.

На базе клинического опыта мы разработали весьма эффективный инструмент выявления аутизма, «зеркальные переживания», — интервью, которое мы проводим со всеми пациентами, поступившими на лечение к нам в Институт маскотерапии. Этот прием имеет определенные преимущества перед «безликим» анкетным опросом и особенно важен для целей углубленного психологического исследования личности. Применительно к стоящей перед нами диагностической задаче необходимо отметить, что метод интервью дает значительный материал для изучения индивидуального своеобразия восприятия пациентом самого себя, своего «Я». Анализ данных, полученных с помощью интервью «зеркальные переживания», позволяет не только выявить особенности восприятия внешнего облика, но и обуславливающие их причины, связанные с этим жизненные события и ряд других факторов, значимых для постановки клинического диагноза и прогнозирования процесса психотерапии.

Интервью «зеркальные переживания» предвзряет портретную психотерапию и как клиническая беседа является обязательным условием начала соматотерапии. Этот метод не призван конкурировать с патопсихологическими тестами, хотя и может вызвать интерес у патопсихологов. Для нас *обнаружение зеркальных нарушений у пациентов — это непреложный факт*. Здесь, как и всюду, нас интересует процесс диалогического контакта с душевнобольным. Рассмотренный подход — это попытка усовершенствования техники клинической беседы, перевода ее из дуального контекста (врач — пациент) в систему отношений трех (врач — пациент — его зеркальный образ). Поэтому интервью «зеркальные нарушения» — это не только начало лечения, но и начало разрушения существующей во всех психотерапевтических школах дуальной иерархической структуры.

Хотелось бы отметить, что смена парадигм, о которой пишут некоторые клиницисты, уже началась в психологии, педагогике, лингвистике. Из классиков, наряду с Лаканом, ближе всего к ней был Людвиг Бинсвангер¹⁰. У нас есть уникальный опыт параллельного функционирования в двух рассмотренных системах координат, даже в практике лечения одного и того же больного была возможность оценить эффективность конечных результатов. Мы убеждены, что клиническая психиатрия рано или поздно совершит этот переход: парадигма процессуального (линейного) мышления должна уступить место парадигме диалогического мышления. «Любой объект знания (в том числе человек) — писал Бахтин — может быть воспринят и познан как вещь. Но субъект как таковой не может восприниматься и изучаться как вещь, ибо как субъект он не может, оставаясь субъектом, стать безгласным, следовательно, познание его может быть только диалогическим»¹¹.

Человек живет во внешнем мире. Он живет с ощущением этого мира, в постоянном контакте с ним. Утверждение «Я существую» предполагает пространственно-временные параметры существования. На одной из фаз диалогических отношений запечатленный и интериоризированный фрагмент действительности отчуждается и как осколок зеркала отражает образ «я». Больной Ю. из г. Никополя в состоянии острого психоза убежал в лес, шел туда, куда показывала ему трава, наклоненная дуновением ветра. Он находился в сложном диалоге с внешним миром. Самый простой диалог предполагает наличие партнера, другого человека. Отношения художника и модели упрощены настолько, что могут послужить основой для выяснения структуры психотерапевтического диалога.

Метод портретной психотерапии предопределил формирование целого комплекса способов и приемов лечения душевнобольных. 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 содержание¹². 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 навыками изобразительного искусства.

Такие явления двойного профессионализма изучает так называемая *кентавростика* — наука о сочетаемости традиционно не сочетаемых областей знания. Известный исследователь этой проблемы науковед

Д.С. Данин в своих лекциях¹³ 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 знаний.

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 психоаналитики, идут тем же путем — выискивают, шифруют, упорядочивают симптомы психического заболевания. Эти фундаментальные направления имеют, на наш взгляд, лишь один недостаток: они не опираются на глобальный психопатологический феномен, в котором сконцентрировано множество разрозненных симптомов психического заболевания¹⁴.

Психотические и невротические расстройства, как отмечалось, 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, в другом — сводится к той или иной системе интерпретации психопатологических явлений. Классические примеры — 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. 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.

Другая отличительная черта традиционных подходов заключается в том, что они недостаточно радикальны. В этой терапии присутствует начало, про-движение, 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.

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 «изо 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»¹⁵. 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, «для настоящего будущих предметов есть у нас чаяние»¹⁶.

Выделение здорового и больного начал (давно уже забытое в клинической психиатрии и находящееся «по ту сторону» определения диагноза) — главный принцип лечения рассматриваемым методом. Портрет — 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 сверхъестественное 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. Душевнобольной находит свое место хотя бы потому, что с него (с оригинала) снимают копию. 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. 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.

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 пациенту. Эти проблемы мы пытаемся решать за счет более мягкого, компромиссного временного контроля в практике ведения клинической беседы, назначений лекарств, проведения психотерапевтических сеансов.

Необоснованным и нецелесообразным представляется нам также временное ограничение психотерапевтических сеансов, проводимое в разных школах психоанализа. А жесткое по времени назначение начала сеанса выглядит надуманным, искусственным. 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 распорядку. Дискретность есть и здесь, она создается сменой одного сеанса другим. Если же смотреть на часы, то равноценные по лечебному эффекту сеансы могут длиться от несколько минут до несколько 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*). Портретное время 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.

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 (такова форма заготовки для создания скульптуры), 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». 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”»¹⁷.

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. Конечный результат для него важнее всего. Поэтому он целиком устремлен в будущее. Живописец или скульптор реализуют свое творчество, не теряя времени на душевные переживания модели, отторгая и материализуя данный им 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. Для врача-скульптора не менее важны терапевтическая концепция, прогнозы, описание, документирование лечебного процесса — вербальное (дневники) и визуальное (фотографии, видео). Потому 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»¹⁸.

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 раз-

вертывания пластического субстрата, соединения и разъединения прошлого и будущего в «текущем настоящем» (Д. Дубровский), снятия одного слоя за другим рождается портретное время, осуществляется портретная психотерапия.

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. В художественном портрете присутствует фактор перевоплощения, в терапевтическом же — фактор самоидентификации. Поэтому мы расцениваем работу художника как творческий акт, а работу 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 неоднократно писали в разделах о катарсисе.

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.

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 мольберт. Такая форма архетипична, она символизирует акт рождения, возрождения, «мировое яйцо».

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 коренится принципиальное отличие нашей психотерапии. Пространство вокруг этой изменяющейся во времени триады, как отмечалось, «открытое» – открыты двери, присутствуют свои, чужие и случайные люди, действия которых ничем не ограничены. 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.

Одним из признаков прозрачной, пластичной и, главное, непроницаемой стены, отгораживающей творчество от внешнего мира, является защита границ этого мира и художником, и моделью. 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.

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 с врачом порыве, работа проводится «в четыре руки»; бывает и так, что два врача лепят одновременно, сопоставляя свои версии портрета.

Смена масок происходит то слишком медленно, то с калейдоскопической быстротой. Эти маски, как при работе над твердым матери-

алом, 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.

Затем происходит мучительное «изнашивание» образа, и врач готовится к «распаковке» нового значения. Повинуясь деструктивному импульсу, он вначале «разрывает» форму (дизъюнкция), создает новое качество на одной из деталей лица (пликация). 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 послынного снятия лишнего материала. Эта концепция получает неожиданный отзвук в концепции языка: у Ж. Деррида, Ж. Делёза и др. (*Пятигорский*). Эти слои, некогда живые оболочки скульптурного образа пациента, превращаются в «прах» в виде комочков пластилина, которые прилепляются врачом внизу портрета. Эта процедура совершенно спонтанна и с точки зрения профессиональной скульптуры не экономична и никак не осмыслена врачом. «Я чувствовала, — пишет больная С. М. — с меня, как чехол, спадает мое прошлое», — имея в виду период длительной психотравмирующей ситуации.

Психотерапевт как истинный творец не подчиняется часовому, измеряемому времени, в условиях которого пациент страдал, а создает и обновляет его, «двигается к всегда-будущему и позднему, то есть всегда к иному, а не к тождественному»¹⁹. Поэтому фактор радикального завершения психотерапии — важнейший показатель качества лечения, в противном случае душевнобольной останется в условиях персонального пространства и времени, вне диалога с внешним миром, в конфликте с ним. «Сущностное свойство времени — сказал М. Мерло-Понти — творить себя и не быть, никогда не быть вполне конституированным» (*Merleau-Ponty*).

Не целесообразна и манера лепки в виде похлопываний, поглаживаний, неких пассов. Работа протекает вне академических приемов, с этой точки зрения она алогична. 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 насыщены, чем вербальный диалог. Это делается не случайно, а чтобы находиться в одной атмосфере с портретом и портретируемым.

Лечебный процесс завершается на мягком материале в форме реалистического портрета, в натуральную величину. Время портрета

заворачивается вовнутрь, скульптурный образ заливается тонким слоем гипса, вновь отливаясь 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»²⁰. В зависимости от поставленной задачи скульптура имеет вид головы, бюста или статуи.

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 добротным 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.

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*). 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 абсурде²¹. 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.

В заключение хотелось бы сказать следующее. Три модели (парадигмы) развития общей и частной психопатологии формировались независимо друг от друга — это линейная модель физиологической психологии, волновая модель психодинамического направления и корпускулярная модель экзистенциально-гуманистической психотерапии²². На основе этих моделей возникло множество техник индивидуальной, групповой, поведенческой и арт-терапии, представители которых уже свободно пользовались диагностическими критериями и приемами некогда строго обособленных систем. А «с легкой руки» Арнольда Лазаруса²³ появился обычай открытого заимствования — мультимодальная, полимодальная психотерапия. В некоторых случаях это похоже на то, что психиатры называют «фельдшеризмом» — пере-

мешиванием разных лекарств в деле достижения лечебного эффекта. Около 1000 (по данным В.В. Макарова – вице-президента Всемирного совета по психотерапии) современных школ, направлений, методов психо-, арт- и соматотерапии имеют ряд общих свойств или, в нашем представлении, недостатков. В первую очередь надо отметить: 1) все известные нам техники терапевтического контакта с больным – от клинической беседы до групповой психотерапии – проходят в дуальной структуре «врач – больной», что неминуемо приводит к иерархическим отношениям в жесткой или мягкой форме; 2) психотерапевтическое взаимодействие строится на анализе вербального материала; 3) остаются неизученными и не разработанными пространство и время психотерапевтического сеанса; 4) на каждой лекции, в каждом учебнике на первом месте стоят призывы изучать личность душевнобольного, но до сих пор не выделено общее патологическое явление, имеющее отношение к личности пациента. Эти и многие другие проблемы мы попытались решить в практике портретного метода психотерапии.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Дункер К. Подходы к исследованию продуктивного мышления // Хрестоматия по общей психологии. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. С. 41.

² Цит. по: Лабиринты одиночества / сост. Н.Е. Покровского. – М.: Прогресс, 1989. С. 114.

³ Дубровский Д.И. Психические явления и мозг. Философский анализ проблемы в связи с актуальными задачами нейрофизиологии, психологии и кибернетики. – М.: Наука, 1971. С. 227; см. также 217–221 и др.

⁴ См. там же. С. 220, 221.

⁵ Дубровский Д.И. Проблема идеального. Субъективная реальность. 2-е изд., доп. – М.: Канон+, 2002 (1-е изд. – М.: Мысль, 1983). См. главу «Структура субъективной реальности». С. 83–116.

⁶ Диккенс Ч. Собр. соч. В 30 т. Т. 9. – М.: Художественная литература, 1958. С. 125.

⁷ Цивьян Т.В. Предисловие // Назлоян Г.М. Зеркальный двойник: утрата и обретение. – М.: Друза, 1994. С. 9.

⁸ Абрамян Л.А. Человек и его двойник // Назлоян Г.М. Зеркальный двойник: утрата и обретение. С. 79.

⁹ См.: Руководство по психиатрии. В 2 т. – М.: Медицина, 1988.

¹⁰ См.: Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. – М.: КСП+; СПб.: Ювента, 1999.

¹¹ Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. – М.: Искусство, 1979. С. 363.

¹² Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. С. 472.

¹³ См.: Данин Д.С. Кентавростика. Программа курса. – М.: Изд-во РГГУ, 1997.

¹⁴ См.: Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 1997.

¹⁵ Цивьян Т.В. Предисловие. С. 9.

¹⁶ Августин. Исповедь. XI, 20 // Антология мировой философии. Т. 1. Ч. 2. – М., 1969.

¹⁷ Ельшевская Г.В. Маскотерапия как искусство // Назлоян Г.М. Зеркальный двойник: утрата и обретение. С. 87.

¹⁸ Там же.

¹⁹ Плотин. Эннеады. III. 7 // Плотин. Сочинения. – СПб.: Алетея, 1995.

²⁰ Бахтин М.М. Собр. соч. Т. 5. – М.: Русские словари, 1996. С. 65.

²¹ См.: Бобринская Е.А. Концептуализм. – М.: Галарт, 1994.

²² См.: Назлоян Г.М., Назлоян Г.Г. Арт-терапия в клинической практике. – Симферополь: Ариал, 2013. С. 62–63.

²³ См.: Lazarus A.A. Multimodal behavior therapy. – N. Y.: Springer, 1976.

REFERENCES

Abramyan L.A. The man and his double. In: Nazloyan G.M. The mirrored double: loss and gain. Moscow, Druza, 1994 (in Russian).

Augustine. Confessions. In: Anthology of World Philosophy. Vol. 1. Part 2. Moscow, 1969 (Russian trans.).

Bakhtin M.M. Aesthetics of verbal creativity. Moscow, Iskusstvo [Art], 1979 (in Russian).

Binswanger L. *Being-in-the-world*. Moscow, KSP; Saint Petersburg, Yuventa, 1999 (Russian trans.).

Bobrinskaya E.A. Conceptualism. Moscow, Galart, 1994 (in Russian).

Danin D.S. Centauristic. Course program. Moscow, Russian State University for the Humanities publ., 1997 (in Russian).

Dickens Ch. Works. 30 volumes. Vol. 9. Moscow, Khudozhestvennaya literature [Belles-lettres], 1958. 560 p. (Russian trans.).

Dubrovsky D.I. *The problem ideal. Subjective reality*. 2nd edition. Moscow, Kanon+, 2002 (in Russian).

Dubrovsky D.I. *Psychic phenomena and the brain. Philosophical analysis of the problems in connection with the urgent problems of neurophysiology, psychology and cybernetics*. Moscow, Nauka, 1971 (in Russian).

Duncker K. Psychology of Productive Thinking. In: *Readings in General Psychology*. Moscow, Moscow State University publ., 1981 (Russian trans.).

Elshevskaya G.V. Mask therapy as an art. In: Nazloyan G.M. The mirrored double: loss and gain. Moscow, Druza, 1994 (in Russian).

Hjelle L., Ziegler D. Personality Theories. Saint Petersburg, Piter, 1997 (Russian trans.).

Kannabikh Yu.V. History of psychiatry. Moscow, 1994 (in Russian).

Labyrinths of solitude. N.E. Pokrovsky (ed.). Moscow, Progress, 1989 (Russian trans.).

Lazarus A.A. *Multimodal behavior therapy*. – N. Y.: Springer, 1976.

Manual on Psychiatry. 2 volumes. Moscow, Meditsina, 1988 (in Russian).

Nazloyan G.M., Nazloyan G.G. *Art therapy in clinical practice*. Simferopol, Arial, 2013 (in Russian).

Plotinus. Enneads. In: Plotinus. Works. Saint Petersburg, Aleteiya, 1995 (Russian trans.).

Tsivyan T.V. Preface In: Nazloyan G.M. The mirrored double: loss and gain. Moscow, Druza, 1994 (in Russian).

Аннотация

В статье анализируется феномен одиночества на основе созданного автором нового метода психотерапии – портретного метода – и многолетней клинической практики автора. Выделяются патологические формы одиночества, различные проявления аутизма. Показано, что патологическое отчуждение, нарушение диалога больного с внешним миром является ключевым фактором всякого психического заболевания и что оно органически связано с нарушением диалога больного с самим собой, со своим зеркальным образом. В этом плане рассматриваются процессы частичной или полной утраты зеркального Я и его восстановления в ходе лечения больного с помощью портретного метода. Описываются его особенности и средства, позволяющие установить эффективное общение с больным и добиться его излечения.

Ключевые слова: портретный метод, психотерпия, психиатрия, аутизм, одиночество, амбивалентность, зеркальный образ Я, общение с другим, внутренний диалог, портретное время, автопортрет, бодиарт-терапия, самоидентификация, катарсис.

Summary

The article analyses the phenomenon of loneliness based on the new psychotherapeutic method, invented by the author, – the portrait method – and the author’s many years of clinical practice. Pathological forms of loneliness are defined and various forms of autism distinguished. It is shown that pathological estrangement, disturbance of the patient’s dialogue with the outside world is a key factor of any psychological illness and is organically linked to the disturbance of the patient’s with himself, his mirror image. In this respect the author examines the processes of partial or full loss of the mirror self and its restoration in the patient’s treatment by the portrait method. The method’s specifics are described with means to establish efficient communication with the ill person and to cure him.

Keywords: portrait method, psychotherapy, psychiatry, autism, loneliness, ambivalence, the mirror image of self, communication with the other, internal dialog, portrait time, self-portrait, body-art therapy, self identification, catharsis.