

НП Центр психотерапии (Маскотерапия)



Маскотерапия. Методика и техника

Назлян Гагик Микаелович

Москва 2005

Оглавление

Предисловие	3
Глава 1. Арт- и психотерапия в клинической практике. Единицы анализа.....	5
1.1. Естественнонаучная парадигма	6
1.2. Дихотомия «невроз-психоз».....	11
1.3. Поведенческие модели.....	20
1.4. Визуальная экспрессия.....	25
1.5. Trieb и сублимация	37
1.6. Dasein и самоактуализация	52
Глава 2. Комментарий к общей психопатологии	74
2.1. Спецификация клинического опыта	75
2.2. Определение синдрома	79
2.3. Определение симптома	88
2.4. Аутизм. Границы понятия	96
2.5. Аутопсихические расстройства	116
Глава 3. Терапевтический портрет. Методика и техника.....	133
3.1. Пространство и время психотерапевтического сеанса. Стилистика.....	135
лечебного портрета.....	135
3.2. Диалог с пациентом: пути трансформации основного синдрома.....	156
заболевания	156
3.3. Критерии завершения психотерапевтического процесса. Катарсис по Аристотелю и псевдокатарсис по Брейеру и Фрейдю	186
Глава 4. Комплексные методы лечения душевнобольных	212
4.1. Автопортрет – метод лечения и реабилитации душевнобольных	213
4.2. Бодиарт-терапия	224
4.3. Групповая психотерапия «беседы у костра»	235
4.4. Обучение	241
Глава 5. Эффекты и эффективность маскотерапии	244
5.1. Характеристика и параметры исследуемого материала	250
5.2. Критерии отбора и оценки.....	259
5.3. Статистический анализ	267
5.4. Мета-анализ.....	272
Литература.....	280
Аннотация	298

Предисловие

В середине позапрошлого века в недрах физиологических лабораторий возникла парадигма линейности, линейной последовательности, процессуальности психических явлений. Эта чрезвычайно продуктивная идея дала возможность Крепелину, ученику Вундта (автора «Физиологической психологии»), собрать разрозненный опыт и создать новую медицинскую дисциплину, которую теперь называют клинической психиатрией.

Фрейд, истинный клиницист, утвердив непрерывность и каузальность в области чистой психологии, предмет которой он сам и создал, благодаря понятиям вытеснения и сублимации получил волнообразную форму психической активности. Она бы сразу потеряла смысл из-за быстрого расширения понятия о сублимации, если бы не нашла своеобразного завершения в работах Юнга и других сторонников психоанализа.

Студенты Штумпфа Гуссерль с одной стороны, Кёлер и Коффка вместе с Вертгаймером с другой, наряду с Витгенштейном (чистым критиком), разрушили миф о существовании психического процесса, преодолели принцип линейности, но как бы написали одноактную пьесу, она представляется в виде опосредованной суммы структур, феноменов и гештальтов. Однако практическая психиатрия этого не почувствовала в полной мере и только благодаря Ясперсу усилила общую психопатологию новой синдромологией, оставаясь внутри указанного мифа.

Хайдеггер, и его ученики Бинсвангер и Босс сумели завершить это движение, поместив указанные структуры на линию жизни, с добавлением важнейшего свойства прерывности (феномен разрыва, прерывания) в описании жизнедеятельности человека, а Роджерс и Буженталь успешно воплотили принцип «вот-бытия» в практике лечения своих пациентов. Так наряду с волновой появилась корпускулярная теория психической патологии, что соответствует клиническому и церковному подходу к болезням.

Объединить эти старые традиции в диагностике и лечении психических болезней – задача нового поколения психотерапевтов.

В рамках портретного метода психотерапии мы убеждены: есть психически здоровые и больные люди, последним свойственно (вопреки их воле) терять внешние связи. Графически изобразить это явление невозможно – ни в виде линий, ни в виде волн, ни в виде броуновского движения. Улучшение может наступить, если активизировать механизмы идентификации пациента с самим собой. Понятия Тгieb, архетипического образа, экзистенциала, модуса, гештальта заменяются нами понятием зеркального образа «я». Сублимация, трансценденция, самоактуализация, прегнанц-тенденция заменяются идеей реконструкции утраченного образа «я» посредством визуально-вербального взаимодействия.

Глава 1. Арт- и психотерапия в клинической практике. Единицы анализа

Мы часто употребляем слово «психотерапия», не вникая в смысл самого этого понятия. Оно предполагает воздействие на психическую и соматическую патологию, буквально, на душу человека вообще психическим же фактором. Этот термин стал общеупотребительным в связи с развитием гипнотерапии (Психотерапевтическая энциклопедия, с. 656). И в наше время, разрабатывая новые идеи, мы не всегда осознаем, что многим обязаны суггестивной технике лечения пациентов. Разновидностей арт- и психотерапии немало. Порой, они основаны на диаметрально противоположных принципах, используют разные психологические концепции человека, специфические формы воздействия и приемы. Школы и направления представлены профессиональными объединениями, нередко напоминающими религиозные и политические движения, каждое со своим выраженным лидером, «как секты, группирующиеся вокруг обожествленных учителей» (*Ясперс*, с. 976). Практический врач-психиатр и представления не имеет о специфике этих школ и разделяющих их отличиях. Попытки систематического изложения существующих методов психотерапии (В. Я. Гиндикин, Б. Д. Карвасарский, А. С. Сосланд, J. W. Aleksandrowicz, K. Grawe, L. R. Wolberg и др.) не менее спорны и сложны, чем их реальное содержание, они сами нуждаются в упрощении, так как обзор всего многообразия приемов и техник лечения (более 500) необходим каждому практическому врачу, как знание фармакологии современных ему психотропных препаратов – и тех, которыми он пользуется, и тех, которые он не рекомендует принимать.

1.1. Естественнонаучная парадигма

Клиническая психиатрия является прикладной наукой. Она подвержена влиянию идей, которые проникают в ее атмосферу из пограничных областей знания. Наряду с биохимическими, нейрофизиологическими представлениями, особой активностью обладают концепции чрезвычайно разветвленной и быстро развивающейся экспериментальной науки психологии. Идеи психологов преломляются в области клинической психотерапии, выполняя новые функции и обретая новый смысл. Порой они не сохраняют прочных связей со своими истоками и действуют автономно. Конструкции общего плана выполняют здесь роль некоего клише, дающего направление психиатрическим поискам. Немалая часть актуальных в психиатрии и в психотерапии представлений давно уже принадлежит истории психологии (ассоцианизм, гештальтпсихология и др.). Эти идеи называются у разных авторов моделью, структурой, контекстом, парадигмой, категориальной сеткой; они создают систему ценностей в психиатрических отделениях и имеют колоссальное влияние на формирование перспектив каждой семьи, связавшей свое будущее с тем или иным психиатрическим учреждением.

Как известно, Т. Кун коренным образом пересмотрел позитивистское понятие о нормативной методологии и вложил в него другой смысл. Парадигма согласно Куну определяет некую эпоху в развитии системы научных идей, «дисциплинарную матрицу», как он позднее выразался, творчества ученых. Она призвана настолько прочно детерминировать то или иное направление в развитии естественных наук, что ее смена протекает революционным путем. По Куну «открытие начинается с осознания аномалий, то есть с установлением того факта, что природа каким-то образом нарушила навеянные парадигмой ожидания, направляющие развитие нормальной науки» (Кун, с. 78).

В истории научного познания Кун выделяет допарадигмальный период развития, когда на основе смутно осознаваемых общемировоззренческих представлений собираются и систематизируются определенные фактические данные. Этот процесс проходил в разных науках с разной скоростью; в психиатрии до середины XIX столетия. Затем наступает эпоха зрелой науки, когда теория развивается и детализируется, она находится в непротиворечивых отношениях с практикой. Под давлением новых накоплений возникает экстрапарадигмальная фаза – эпоха научной революции, «банкротство существующих правил означает прелюдию к поиску новых» (*там же*, с. 95).

Парадигма, на наш взгляд, отражает присутствие мировоззренческой идеи в границах той или иной научной дисциплины и в этом смысле максимально конкретна. В то же время она является наиболее общей категорией этой самой науки. Часто парадигмы возникают спонтанно, «снизу», как некий продукт коллективного соглашения ввиду многократного подтверждения опыта, например геоцентрическая картина мира. Ниже мы собираемся рассмотреть не теоретические клише отдельных школ и направлений в клинической психиатрии, а то, что их объединяет.*

Понятие о парадигме хорошо представлено в историко-научной литературе, однако нас интересует мало изученный тип парадигм, который чаще всего встречается в истории развития биологических знаний. Речь идет о тех глобальных идеях, которые ввиду внутренней противоречивости противоречивости или недостаточной основательности лишь частично отвергаются в научном сообществе за неимением хорошей замены. Феномена научной революции в этих случаях не наблюдаются, а сама наука постепенно догматизируется.

Устаревшая идея вытесняется на второй план и продолжает подспудно воздействовать на прикладную область. Она становится похожей больше на архетип, чем на парадигму. Такое положение типично для современного

психиатрического сообщества. Было много призывов преодолеть класси-

*Среди современных авторов наибольшее внимание этой проблеме уделяют и современные авторы (см.: Краус, Нуллер, Савенко). Эти концепции предполагают директивный способ внедрения новой парадигмы. Подробный анализ этих точек зрения мы провели в другой работе (см.: *Назловн*, 2002)

кационный принцип психических болезней, но радикальных решений этой проблемы за последние десятилетия не выдвигаются. «Крепелиновская стематика, конечно, поколеблена – считают немецкие клиницисты, – но заменить ее пока нечем, да и нет еще даже признаков того, что готовится вместо нее нечто лучшее» (Клиническая психиатрия, с. 27). В этом отношении чрезвычайно интересна структура одного из лучших отечественных руководств под редакцией А. В. Снежневского (Руководство по психиатрии, 1983). Подвергнутое в исторической части формальной критике, линейное восприятие душевных заболеваний произвольно возрождается и пронизывает все главы общей и частной психопатологии, будучи опорой описания нозологических единиц.

Представление о душевном мире как о направленном, линейном, «неодновременном», процессуальном неизбежно возникает как только исследователи пытаются создать строгую науку о душе. «Они раздробляют опыт на единицы, достаточно элементарные для того, чтобы воспринимать их по очереди, одну за другой» (*Уотс* 1993 с. 30). Закономерность подобного подхода впервые дала о себе знать в середине прошлого века, когда несколько выдающихся физиологов, добившись существенных успехов в своих лабораториях, стали создавать основы новой науки психологии – по образу и подобию естественных наук.*

Грандиозные проекты неминуемо привели к разным версиям линейной интерпретации душевных явлений. Вот что пишет один из радикальных представителей этой группы И. М. Сеченов: «Мысль о психическом акте, как п р о ц е с с е, имеющем определенное начало, течение и конец, должна быть удержана как основная, должна быть принята за исходную аксиому...» (*Сеченов*, 1995, с. 205). Вслед за великими нейрофизиологами принялись осваивать просторы науки исследователи-врачи, проделавшие колоссальную

*Впрочем, Н. Г. Алексеев и Э. Г. Юдин отсылают нас к «Трактату об ощущениях» Кандильяка (*Алексеев, Юдин, с. 159*). Эти же автор полагают, что «акцент на процесс полностью определяет возможные категориальные структуры этих схем, а через них и «инструментальную» часть – направленность и методики исследования» (*там же*).

работу в создании новой области клинической медицины – науки о психических болезнях. Они руководствовались все тем же линейным видением психической патологии. Но если психологов линейный подход привел к обычному в истории научной мысли тупику (как, например, в попытках решения проблемы творчества), то в области психиатрии эта идея, позволила не только соединить разрозненные факты и наблюдения, но и разрешить противоречивость опытных данных.

Таким образом *процессуальное видение* психических заболеваний и есть та скрытая парадигма, которая объединяет многие школы и подходы как при диагностике, так и при лечении психозов. Возникновение процессуальной парадигмы имело черты научной революции. В этом отношении показателен известный диспут И. М. Сеченова с К. Д. Кавелиным в 1860 г., имевший заметный общественный резонанс на протяжении десятилетий (*Назловн, 1977*).

Не меньшие трудности испытали Э. Кальбаум, а за ним Э. Крепелин при внедрении этого понятия в области клинической психиатрии. «Можно сказать – замечает Ю. Каннабих, – что «п р о ц е с с ы» (*Verblodungsprocesse*) – было тем словом, которое сосредоточило на себе внимание во всех отделениях Гейдельбергской психиатрической клиники» (*Каннабих, с. 420-421*). Профессором и главным специалистом этой клиники был Крепелин – ученик В. Вундта, автора «Физиологической психологии».

Истинно процессуальное развитие сифилитической инфекции в организме во многом способствовало вхождению психиатрии в ряд медицинских дисциплин – за счет описания и лечения прогрессивного паралича, распространенного в те годы. Вместе с тем характер протекания прогрессивного паралича послужил основой для неоправданных обобщений представлений о процессуальности, которое отныне стало распространяться на психические заболевания в целом. «Примером течения и исхода болезни является

прогрессивный паралич», – писал Крепелин, следуя Кальбауму (*Каннабих*, 1994, с. 421).

Эти авторы энергично содействовали укреплению в психиатрии указанной тенденции. В разное время они встречали упорное сопротивление: достаточно отметить двадцатипятилетний бойкот Кальбаума психиатрами (там же с. 416). Тем не менее процессуальный подход стал господствующим. Это была настоящая интервенция естественнонаучного (монологического) мышления в гуманитарные науки. Но если Кальбаум еще допускал возможность излечиться от психического заболевания, то Крепелин категорически ее отрицал. Принцип неизлечимости лег в основу крепелиновской классификации. Он даже игнорировал собственные 8-12 % выздоровления при *dementia praecox*. «Получается слабоумие без слабоумия», – недоумевает по этому поводу его современник В. П. Сербский (*Каннабих*, с. 435). Даже сообщение Паппенгейма, что большая часть больных, которым Крепелин в Гейдельбергской больнице поставил диагноз раннего слабоумия, т. е. шизофрении, выздоровела, не поколебало его твердости. Чтобы не терять из виду процессуальность психических расстройств, он искал патологические признаки у здоровых людей и утверждал, что они существуют, жертвуя фактами ради идеи.

Однако было бы несправедливо отвергать систематику Крепелина, как это делают представители антипсихиатрического направления (Купер, Лейнг, Мей, Айзенк, но и Босс, Франкл, Маслоу). Нельзя забывать, что до него господствовали идеи призрения душевнобольных, а не лечения, то есть психиатрия не была медицинской наукой. Сделав шаг в определении предмета психиатрии (особенно после удачного различения шизофрении и маниакально-депрессивного психоза), он использовал достижения современной ему науки. Став в один ряд с другими медицинскими дисциплинами, новая область диагностики и лечения человеческих недугов впитала достижения смежных областей, выработала свой язык, свои методы клинического и параклинического исследований. Ее слабой стороной была

необъясненность так называемых эндогенных психозов, подрывающая единство предмета.

1.2. Дихотомия «невроз-психоз»

Психотерапия психозов во все времена терпела неудачу, чем всегда вызывала недоверие клиницистов, скептически наблюдавших за неудачными попытками представителей тех или иных психотерапевтических школ, имеющие со времен Шарко и Фрейда общие недостатки в этой области.* В первую очередь отметим слишком жесткое разграничение неврозов и психозов, которые на самом деле принадлежат группе однородных (невротических и психотических) состояний. Такое деление, как известно, не соответствует клиническим реалиям. Каждый врач в своей практике, наблюдает смешанные формы и динамику текущего состояния пациента. Чтобы принять эту градацию необходимо представить себе абсолютного и неизменного невротика и психотика, чего в природе не существует. Водоразделом служит, как правило, лишь один признак – наличие или отсутствие критического отношения к своей болезни (критика больного к своему психическому состоянию, *нозогнозия*), его адекватности во внешнем мире. Однако этот «блуждающий» признак появляется или исчезает и в том и в другом случае. Остановимся на этом подробнее.

Современные представления о неврозах и психозах, утвердившиеся в практике полностью соответствуют тому определению, который дал Ясперс в «Общей психопатологии»: «Психические отклонения, не затрагивающие всего человека «без остатка», называются неврозами, тогда как отклонения, жертвой которых становится человек в целом, называются психозами» (Ясперс, с. 695). В этом сомнительном определении – истоки многих заблуждений, существующих в книжной и практической психиатрии. Именно в те годы образовались два полюса общей психопатологии, которые

*Здесь и далее речь идет преимущественно об индивидуальной или другой психотерапии, где роль и ответственность лечащего врача соответствует клиническим представлениям. Нам известны случаи благотворного влияния на психическую патологию неспециалистов, группы людей или общественных

институтов, но данная работа не может вместить анализ такого обширного материала. Можно также говорить о психотерапевтичности законов, применяемых в том или ином государстве.

определились благодаря становлению психодинамического и клинического направлений.

Возвращаясь к формуле, предложенной Ясперсом, заметим, во-первых, что любое патологическое отклонение (психическое или физическое) непременно затрагивает всего «человека в целом» и это истина не нуждающаяся в доказательствах. Во-вторых, в этом определении, как в знаменитом «Лексиконе прописных истин» Флобера, присутствует некий абсурд – «*невроз* это то, что не является психозом, см. *психоз*». «Неврозы (от греч. *νευρον* – жила, нерв) – пограничные нервно-психические расстройства, которые не обусловлены психотическими состояниями» (*Психологический словарь*, с. 234); «под неврозами традиционно понимают непсихотические расстройства» (*Жариков, Тюльпин*, с 416); «нервно-психические расстройства...при отсутствии психотических явлений» (*Блейхер и Крук*, с. 13).* В третьих, неизвестно куда отнести соматические заболевания, лечение которых тоже нуждается в психотерапии. Проблема заключается в том, как они представлены в психической сфере: в форме невротических или каких-то других психических эквивалентов – боли, жжения, зуда или галлюцинаций.

Учение о неврозах исторически характеризуется двумя тенденциями. Одни исследователи исходят из признания детерминированности невротических феноменов определенными патологическими механизмами биологической природы, хотя и не отрицают роли психической травмы в качестве пускового механизма. Это клиническое направление, пытающееся сохранить первоначальное определение невроза. «В возникновении неврозов существенную роль играют биологические факторы, такие как наследственность, соматические заболевания, социально-психологические факторы, прежде всего, касающиеся неблагоприятных семейных обстоятельств, а также

*«Однако этот признак – пишет В. Я. Гиндикин, - как и все последующие, не является строго детерминирующим, поскольку может определяться и при ряде других заболеваний – как пограничных (например, невротических развитиях личности), так и процессуальных (неврозоподобный дебют при

шизофрении или неврозоподобная шизофрения, невротическая депрессия и т. п.). Кроме того, на высоте навязчивостей при неврозе навязчивых состояний может исчезать критика, т. е. возникает анозогнозия» (Гиндикин, с. 84-85).

особенности личности и эмоциональные переживания. Клиническая картина неврозов включает в себя как соматовегетативные расстройства, так и отрицательные субъективные переживаниями (тревога ощущение собственной неполноценности)». (Психологический словарь, с. 234).

Современное клиническое определение неврозов отражает эволюцию этого понятия от учения об «эластических волокнах», «фибрах» Лорри и Куллена, где *везании* (психозы) занимают лишь четвертую строку (наряду с комой, адинамией и спазмами) до трудов Фейхтерслебена,* где появляются признаки неравной дихотомии и, наконец, – систематики Крепелина, где эти понятия по объему и удельному невроз-психоз весу меняются местами.

Вторая тенденция в интерпретации природы неврозов предполагает, что вся клиническая картина невроза может быть выведена из одних лишь психологических механизмов. Сторонники этого направления считают, что информация соматического характера является принципиально несущественной для понимания клиники, генезиса и терапии невротических комплексов.** Эта пара альтернативных понятий существуют лишь в режиме дифференциальной диагностики. Если понятие о психозе и может использоваться независимо, хотя бы как альтернатива норме, то понятие о неврозе уже невозможно вне этой пары. Независимые характеристики не способны дать полноценную картину невроза как нозологической единицы. «Ни отсутствие патологических изменений – писал Е. А. Попов – ни признак обратимости, ни критерий легкости нарушений, ни определение невроза как психогенного заболевания, ни социальность этих больных, ни критическое отношение к своему состоянию, ни установка на получение лечения не могут быть достоверными признаками невроза» (Лакосина, с. 252).

*"Всякое психическое расстройство – считал Фейхтерслебен - подразумевает существование болезни нервной системы, но не всякий дефект нервной системы обязательно сопровождается психическим расстройством" (см.: Овсянников С. 106 – 110).

**Не стоит забывать, что психофизиологическая проблема решается врачом-психотерапевтом не столько в гносеологическом, сколько в онтологическом, точнее в этическом контексте – фантомная боль и реальная боль здесь в первую очередь воспринимаются как страдание.

В нозологическом же плане рассматриваемые величины также несопоставимы: психозы обозначают обширный список психических болезней, а неврозы – список синдромов. Значит, сравнительный анализ должен проводиться с какой-либо одной нозологией. Но какой? По идее дифференциация должна производиться с другими психогенно обусловленными болезнями, так как экзогенно-органические и эндогенно функциональные расстройства дифференцируются по определению (*Биндер*, с. 155, *Шнайдер*). Однако данное понятие парадоксальным образом попадает в известную диагностическую колею экзогенных и эндогенных заболеваний, сразу отпочковывается от экзогенно-органических и отныне символизирует функциональные экзогенные расстройства. Затем противопоставляется функциональным же эндогенным расстройствам, которые, в результате вытеснения маниакально-депрессивного психоза, символизирует уже другая нозологическая единица – шизофрения. Недаром по первому определению, это тоже была группа болезней – шизофрении. Так на пути резкого упрощения понятийного аппарата психиатрии восстанавливается старая дихотомия невроз-психоз, которая может быть расшифрована в теоретической ее части как невроз-шизофрения.

Мы не случайно говорим о неврозоподобной шизофрении, косвенно подтверждая интервенцию учения о неврозе в область эндогенной психопатологии и наоборот. Неврозоподобной эпилепсии, как известно, не существует, хотя невротические синдромологические и личностные расстройства при этой болезни встречаются не менее часто. Остальные болезни принадлежат к психоневрологии, психосоматике, психоэндокринологии. Сам факт существования двойных обозначений говорит здесь о том, что психический эквивалент этих расстройств неизвестен. Более того, клиницисты склонны видеть у многих невротиков шизофрению, а психодинамисты – интерпретировать шизофрению как невроз.

Эти теории создавали два великих психопатолога – Блейлер и Фрейд. О том, что их творчество выходило за рамки систематики Крепелина,

свидетельствует существование влиятельной ортодоксальной тенденции, которая прямо или косвенно отрицает достижения психоанализа и шизофренологии. Показательно также, что в самых обширных в нашей стране обзорах по психотерапии (Руководство по психотерапии и Психотерапевтическая энциклопедия) нет ни одной ссылки на труды Крепелина, о котором и сейчас можно говорить словами Бумке, что вся современная психиатрия (включая и резкую критику нозологического направления) стоит на плечах Крепелина (*Каннабих*, 482).

Но есть еще один разделительный признак, который отсутствует при диагностике психических болезней. Речь идет о содержательной стороне невротических расстройств – навязчивости, фобии, ритуалы и др. Здесь дифференциация протекает спонтанно на основе наблюдений и простых выводов, – если в клинической картине нет бреда, галлюцинаций, припадков, то это, скорее всего невроз. В этой плоскости можно рассмотреть неврозы и шире, сопоставляя их с психозами вообще. В данном случае в диагностике действует дифференциальный принцип регистров, а представление о клинической каузальности теряет смысл. Остается открытым вопрос, что такое невроз – синдром или нозология? Границы этих понятий местами совершенно прозрачны и улавливаются лишь интуитивно. Каждое определение неврозов смешивает эти несопоставимые понятия. Доступные нам дефиниции совмещают нозологическое представление об экзогении и описание невротического симптомокомплекса.

Так как невротические расстройства близки по происхождению к экзогенным (но не органическим), психическим расстройствам, дифференциальный диагноз тут проводится также как и при определении эндогенных («заложенных в генотипе»), и экзогенных психозах. То есть невроз дифференцируется с эндогенным психическим расстройством, чаще всего с шизофренией. С этой дифференциацией и начинается структурно разделение обширной группы болезней. В реальной практике психотерапии, как отмечалось, образуется два, быть может, примитивно представленных, но крайне

активных полюса – один, психотический, группируется вокруг учения о шизофрении, другой, невротический, – вокруг учения о неврозе.

Еще одно заблуждение – это понятие о тяжести болезни. Оно, на наш взгляд, привнесено из области соматической медицины. Предостережение Фрейда о применении психоанализа лишь в случаях неврозов на первый взгляд может быть воспринято как его неуверенность в эффективности самой техники лечения, как некий самообман, «самоорганизующаяся структура, поддерживающая свою целостность и определенность» (Дубровский, 1994, с. 82). Мы часто ищем «легкие» случаи, чтобы на них испробовать новые методы психотерапии. На самом деле, выделение различных степеней глубины поражения не имеет под собой реальных оснований.

Сплошь и рядом в практической деятельности мы встречаемся с фактами трудной излечимости пациентов с преимущественно невротическими расстройствами по сравнению с пациентами, у которых обнаруживаются психические или иные нарушения. «Неврозы область компетенции психотерапевтов – с вопиющей откровенностью пишет Ясперс, – тогда как психозы область психиатров», т. е. соматотерапевтов. (Ясперс, с. 696). Мы бы не вспомнили давнее высказывание выдающегося мыслителя, но оно остается наиболее популярным и в наше время. Не стоит забывать, что до Ясперса существовала многовековая традиция психотерапевтического и психопедагогического лечения психозов. Как клинические представления деградировали через полтора столетия, достаточно вспомнить хотя бы содержание титульного листа книги французского психиатра Дакена: «Философия помешательства, или опыт изучения людей, заболевших помешательством, где доказывается, что эта болезнь должна быть подвергнута психическому лечению» (В кн.: *Каннабих*, с. 127-128).

Однако парадоксально, что именно в этом месте Фрейд, на наш взгляд, преодолел косность линейного подхода и «вырвал» часть психиатрической практики из сциентического контекста. Говоря о «легких» случаях Фрейд имел в виду представление об обратимости психических расстройств, войдя в

радикальное противоречие с вульгарно-материалистической традицией. Он использовал маленькую слабость в классификации Крепелина – учение о психогениях («неврозы деятельности», «обращенные психозы», «случайные психозы»), где первоначально и читались невроты, и возвел признак регрессионности в основополагающий принцип. Заметим, подтверждая авторство Фрейда, что дифференциации невроты и психозы здесь еще нет, а истерия, основа основ становления психотерапии выделена в отдельную рубрику.

Расширив спектр применения понятия о невроты Фрейд, противопоставил качество обратимости, излечимости принципу неуклонного прогрессирования психического расстройства. Не стоит забывать и тот факт, что он лишь на время отложил лечение психозы, оставив проблему открытой до новых наблюдений и открытий в области психоанализа. Отныне психиатрическая теория должно было смириться с одновременным существованием двух антагонистических систем – клинической и психоаналитической. В стремлении к единству предмета каждый психотерапевт методологически должен продолжить, на наш взгляд, психоаналитическую традицию, при этом ему не обязательно «лежать на кушетке», т. е. быть практикующим психоаналитиком.

Учение Фрейда о невроты, с самого начала преодолевшее естественно-научную, процессуальную парадигму, развивалось в гуманитарном контексте. Оно имело тенденцию к распространению на теорию психозы, но терпело неудачу, поскольку единая концепция невроты опиралась на интерпретации симптомов, а не феномена объединяющего эти (невротические и психотические), в общем-то, однородные психические явления. Таким производящим феноменом является на наш взгляд межличностная отстраненность, описанная Блейлером в те же годы. Фрейд же, минуя понятие о диссоциации, увлекся и увлек других собственной метафизикой, конструированием сложной системы доказательств своих предчувствий о диалогической природе переживаний, о нарушении внутреннего диалога как перво-причины психических расстройств.

Создав учение о неврозах, Фрейд восстановил клиническое представление об общей болезни с локальным проявлением, тогда как учение о психозах (шизофрении) опиралось на другое клиническое представление о дегенерации. Здесь, конечно же, речь должна была идти о скорости дегенерации и о последствиях, т. е. о течении болезни, о патологических процессах. Учебник Крепелина наполнен всякими пассажами о вырождении, психической дегенерации. Можно понять, из каких источников берутся эти представления, но что он сам имел в виду остается неясным, особенно когда он иллюстрирует *dementia praecox* такими редкими дефектами, как сращение пальцев ног, или грубой асимметрией ушных раковин. Эта тема волновала многих его последователей в Гельдельберге (См.: Бумке). Если Фрейд избавил технику психотерапии от физического (медицинского) насилия, заменив его насилием психическим, то клиническая психиатрия сохранила принцип насилия посредством физического вмешательства.

Историческая заслуга Блейлера заключается в том, что он открыл, описал и внедрил в психиатрию единственный диалогический феномен – аутизм. Этот феномен наиболее ясно выступает при *dementia praecox*, и Блейлер, как исследователь философского склада, не мог упустить шанс наблюдать это явление и не попытаться вникнуть в его содержание. Это содержание не было принято психиатрическим сообществом, но само явление отгороженности вошло в систему представлений о патологии психики. Фрейд пошел дальше и вывел на авансцену другое диалогическое понятие – о внутриспсихическом конфликте, взамен понятия о диссоциации. О том, что аутизм и внутренний конфликт – очень близкие категории (две стороны одного явления) не нуждается в доказательствах. Но можно найти в работах Фрейда и Блейлера место, где они говорят о производящей функции нарушенного диалога вообще а не только в случаях неврозов или *dementia praecox*. Но эта тема не получила развития. У нас давно создалось впечатление, что эти ученые находились под большим взаимным влиянием, особенно в начале минувшего столетия. Фрейд описал невротика, единственного из больных, кто мог бы

исчерпывающе передать картину внутреннего мира.* Переведя события внешнего мира во внутренний мир, – нарушение диалога с самим собой, конфликта человека с самим собой (противостояние мотивов) – Фрейд совершил прорыв из области гносеологии в область психологии.

Таким образом, психотерапия, если она вправе существовать как профессиональная область, должна заниматься той патологией, которая представлена в психической сфере независимо от решений извечной проблемы «души и тела», «субъекта и объекта», идеального и материального, психического и физического. Эта патология является производящей и производной в системе пространственно-временных координат лечебного процесса.

Причина болезни должна выявляться при расшифровке каждого из разрозненных симптомов, знаков болезни, а не накладываться искусственно на эти свойства. Отличие заключается еще и в том, что производная патология, симптомы (боль, телесный дискомфорт, навязчивые страхи, мысли, представления, галлюцинации) находятся в поле сознания пациента и являются по большому счету продуктами творческой переработки собственных ощущений. Производящая же патология (воспаление, тканевые изменения, внутренний конфликт, отчуждение, диссоциация, конфликт мотивов), не осознается пациентом, но доступна лечащему врачу, который профессионально к этому подготовлен. Именно эти недоступные для пациента, продукты врачебных наблюдений, сопоставлений, обобщений и становятся терапевтической целью, они формируют диалогическую пару врач-больной. Единственная психотерапия, которая приблизилась к выделению этой феноменологии, был классический психоанализ. Остальная психотерапия паразитировала на соматической клинике или скромно заимствовала фрагменты психодинамической теории и практики. Главная причина на наш взгляд заключалась еще и в том, что клиническая

*Представление об автономно существующем внутреннем мире, как нам кажется, напрасно отвергается философами-диалогистами (Бубер, Розенцвейг, Розеншток-Хюсси, Франк, Эбнер и мн. др.) – это явление отчетливо присутствует у душевнобольных и невротиков, фиксированных на своих переживаниях, обнаруживающих реальные трудности для созидания диалога.

психотерапия не интегрировала в полной мере все многообразие идей и техник поведенческой, гештальт-психологии, арт-терапии, существующих в отрыве от клинической и психодинамической традиций, – визуальную экспрессию, проективный рисунок, обучение на моделях.

1.3. Поведенческие модели

Диагностика и лечение психических нарушений не ограничивается только медициной, помимо клинической существует еще и церковная (ex opere operante, молитва и пост), инославная, секулярная традиции, которые отличаются полным игнорированием анамнеза и прогнозов в пользу восприятия психического статуса и его динамики. Фактор времени, латентного или иного развития, здесь неуместен, так как болезнь не процесс, она данность (будущее-становящееся-настоящим). Лучшим свойством классического экзорцизма является не только максимальная близость к текущему состоянию больного, но еще – одинаковое восприятие психических и соматических болезней, строгое воздействие на причину, а не на следствие, на симптомы болезни. К этой традиции удачно примкнули создатели «третьей силы», экзистенциально-гуманистического направления, гештальт-терапии и совершенно случайно – последователи бихевиоризма, которые также не дифференцируют психическую патологию, но в одинаковой степени отрицают и ортодоксальную психиатрию, и психоанализ (Перивин и Джон, с. 197-198, Методы поведенческой терапии, Федоров, Eysenck, Lindsley и Skinner, Wolpe, Bandura). Поэтому вызывает удивление, что поведенческая терапия не интегрировалась в полной мере с клинической психиатрией еще в 1953 г., когда Скиннер ввел термин *behavior therapy*, тем более, что предпосылки и преимущества такой интеграции существовали еще раньше в 20-х годах (Психотерапевтическая энциклопедия, с. 493). Более доступной для нашего понимания является тенденция к «доводке» новых идей на психоаналитическом шлифовальном круге – это исследователи,

которым, как и представителям «третьей волны» не давал покоя авторитет Фрейда, если обратить внимание на критические статьи Дж. Айзенка и многих других терапевтов (*Айзенк, Маслоу, Франкл*).

Сильной стороной поведенческой терапии является не только вербальный, но и визуальный контакт с пациентом, экспериментально-психологические исследования, а также разнообразные приемы воздействия на отдельные симптомы в рамках невротических изменений и так называемого эмоционально-волевого дефекта. В арсенале поведенческой психотерапии существует бесценная в ряде случаев техническая возможность входить в двигательный диалог с пациентом. Слабая сторона – директивность большинства техник поведенческой терапии и откровенная манипулятивность по отношению к пациенту, что необходимо при наличии анозогнозии и аутизма, но в значительно меньшей степени, чем это делается на практике; отсутствие эмпатии в процессе лечения, равного партнерства между врачом и пациентом; в узости представлений о психической патологии из-за недостаточного использования опыта и наблюдений клиницистов; наконец, в явном обесценивании творческого дара, творческих способностей и склонностей пациента. Эти замечания относятся ко всем техникам поведенческой психотерапии, которые, хотя и доступны для использования в других психотерапевтических структурах, не могут быть самостоятельными при лечении психозов – аверсивная терапия, жетонная система, иерархизация, контр-обусловливание, мысленный «стоп», подкрепление, самоконтроль, самоинструкция, тренинг самоутверждения, систематическая десенсибилизация, условно-рефлекторная терапия (см. *Вильсон*, Психотерапевтическая энциклопедия). Отдельное место занимает обучение на моделях, основанное на социально-когнитивной теории личности. Нам близки и понятны принципы модификации поведения, социального научения, разработанные Бандурой и Мишелем (см. *Перивин и Джон*, с. 429-454, *Федоров*). Особый интерес представляют идентификации (подражания), осознание собственного поведения, а значит и своего зеркального образа (*Перивин и Джон*, с. 447-452).

Этими приемами пропитаны все наши арт-терапевтические техники, но одна, *ритмопластика*, целиком построена на принципе подражания.

Действующим началом в поведенческой терапии является процесс идентификации пациента с моделью, который проходит в два этапа – показ модели и исполнение модели. Однако показ модели в поведенческой психотерапии искусственен, поскольку человек, демонстрирующий модель, должен походить на клиента по полу, возрасту, национальности и темпераменту с одной стороны, что в принципе невозможно, с другой – вряд ли удастся создать универсальную модель без элементов плохой игры, фальши и спекуляций. В пластической ритмике, как обучающей арт-терапии, обе эти проблемы решаются просто и естественно – модель это мастер в области элементарных (при значительных поведенческих нарушениях) и сложных движений, а индивидуальные характеристики, как у профессионала несущественны к тому же здесь используются элементы иатромузыки.

Начало применения индивидуальных и коллективных занятий по ритмопластике датируется 1990 годом. Ритмопластика в Центре маскотерапии – это совокупность любых движений несущих смысловое содержание, выполнение которых регулируется музыкальным ритмом. Вся система была дополнена элементами целого ряда спортивных, пластических, хореографических, пантомимических систем и даже элементами обиходных жестов. Эти дополнения были продиктованы спецификой контингента нашего Центра, особенностями дизайна зала для занятий ритмопластикой.

Целевое поведение модели обеспечивается с одной стороны стремлением к эстетическому выражению своих эмоций, с другой стороны – оно обеспечивается постановочным компонентом, достигающим в отдельных случаях до психодрамы. Эти компоненты должны изображаться в таком виде, чтобы клиент смог их удержать некоторое время в памяти: сложное поведение разбивается на ряд фрагментов с последующим их объединением (ранжирование по степени трудности исполнения). При многократном повторении каждый новый дубль выполняется значительно лучше, и такого рода работа

сама становится для группы моделью успешной терапии. Прогресс, которого достигает пациент, служит не только наглядным доказательством возможности изменений, мы идем дальше и выдаем диплом специалиста, позволяющий ему вести пластическую ритмику самостоятельно и даже в других учреждениях психиатрического профиля. В группе ритмопластики принимают участие и опекуны (в рамках программы параллельного лечения родственников душевнобольных), даже «случайные» люди – гости нашего Центра.*

Инструкция, в которой с пациента снимается личная ответственность за исполняемое поведение (ведь нужно просто скопировать то, что делал другой человек), существенно ослабляет действие эмоциональных и когнитивных блоков и дает возможность прочувствовать в моторном поведении важнейшие компоненты модели. Часто исполнение модели дает пациенту новый опыт социального взаимодействия, поэтому в нашем Центре стал широко практиковаться метод зеркальной передачи движений (например, движения левой рукой инструктора копируются правой рукой пациента из положения лицом к лицу). Реализация этого принципа в ритмопластических занятиях отвлекает пациента от его, болезненно воспринимаемого зеркального двойника с двигательными нарушениями, он заменяется двойником, хорошо владеющим своими движениями в лице модели.

Следующей особенностью ритмопластических занятий с душевнобольными является значительное замедление темпа показа движений. Роль модели – осуществлять внутри установленного ритма выразительный четкий показ движений, с плавными переходами между ними. Зеркальное общение посредством пластических движений возможно и в варианте «удвоения»,

*Опыты пластической интерпретации инструментальной музыки относятся к концу XIX века. Американские танцовщицы Лой Фуллер и Айседора Дункан, проповедавшие «свободный», стилизованный под античность танец сочиняли свои композиции на инструментальную музыку композиторов прошлого века. К началу прошлого столетия относятся эксперименты Р. Лабанка (теоретика танца, изучавшего психологию и механику движений человека). Его эксперименты использовал Э. Жак-Далькроз, который в 1910 году организовал «Школу музыки и ритма» в Хеллерау, затем свой институт в Женеве. Система Жак-Далькроз получила название *ритмопластики* и в дальнейшем распространилась в Европе и Америке. Эта система заключается в том, что ученики должны постигать музыку посредством пластических движений, передавая ее характер, образное содержание, динамику «телесно» (*Саркисян*).

«утроения» зеркальных изображений. При выраженных пространственно-временных нарушениях эффективно применение зеркал находящихся в зале. Условием для пациента является параллельное выполнение упражнений, предлагаемых моделью, но копируя его отражение в зеркале. Модель стоит рядом с пациентом. При таком способе общения при помощи своего зеркального отражения, пациент является свидетелем того, что увеличивает количество несложных, но пластичных движений, которые он способен воспроизвести. Такой тип движений можно обозначить как «трио», т. к. пациент видит только зеркальные изображения, сама модель находится вне поля его зрения.

В наиболее трудных клинических случаях (выраженная степень аутичности, значительное интеллектуально-волевое снижение, умственная отсталость разного генеза) оправдан «монологичный» вариант пластических занятий, поскольку «зеркальный» диалог затруднен. В таких случаях эффективен следующий пластический прием, вместе с опекуном пациента, выступающего в роли ассистента, исполняются все движения с больным так, как будто это мягкая податливая статуя. Подъем и опускание головы, плеч, рук, т. е. все движения, которые включаются в обычный тренаж под музыку. Замечено, что неоднократное выполнение движений без активного участия пациента через некоторое время приводит к восстановлению того двигательного навыка, над которым ведется работа.

Помимо ритмопластического построения занятий, пациенты объединяются для исполнения «групповых контактных этюдов», связанных с утратой и обретением зеркального образа «я». Эффект усиливается если этому предваряет бодиарт, особый, разработанный нами психотерапевтический грим. Опыт применения техники ритмической пластики (модели С. А. Кюн, В. В. Никитин, Н. В. Орлова, Н. Г. Саркисян) свидетельствует, что она легко сочетается с любыми «открытыми» методами индивидуальной и групповой психотерапии, а также в сочетании с психофармакотерапией, более того она позволяет активизировать принимаемые пациентом лекарства, тем самым

значительно снизить запланированные дозы препаратов без ущерба терапевтическим планам. Ритмопластика применяется нами как в условиях обычного психиатрического отделения, так и в амбулаторной практике в диспансерах и в дневных стационарах.

1.4. Визуальная экспрессия

Чтобы определить место арт-терапии в клинической практике, достаточно вспомнить, что психотерапия психозов осуществляется посредством вербального взаимодействия врача и пациента: «единственным медиумом в психотерапии остается медиум говорящего мира» (*Brenner*, p. 141-152). Недостаточное внимание к визуальному компоненту контакта с пациентом компенсируется арт-терапевтическими техниками, которые служат дополнением к сомато- и психотерапии психических расстройств.

Термин «арт-терапия» был с некоторым опозданием введен художником и психотерапевтом Адрианом Хиллом в 1945 г. В своей практике он действовал в духе раннего Фрейда: «Побуждая больного человека выразить свои переживания в визуальной форме, можно «вылечить» его душевные, связанные с интроспекцией раны» (*Hill*, p. 33). Визуализация бредовых расстройств эффективна не только в отношении «скрытых» (гипотетических) мотивов патологической активности, но часто в простом изображении текущих переживаний пациентов. В нашей практике имеются случаи позитивного эффекта при визуализации вербального материала, которые становились удачными фрагментами психотерапевтического взаимодействия. Сюда относятся, кроме художественного изображения субъективных явлений, сценические постановки, близкие к психодраме, а также видео- и фотопоказы в отделении визуальной терапии нашего Центра.

*Пассивная арт-терапия, на наш взгляд, невозможна в форме интенсификации воздействия шедевров мирового искусства, которые, как известно, дают ровно столько, сколько человек способен воспринять. Однако на разных стадиях активной арт-терапии возможно эстетическое восприятие собственного искусства, а также повышение интереса к большому искусству; работа над изобразительным материалом вызывает потребительский «голод»: занятие искусством не только воспитывает эстетический вкус, но и делает пациента чувствительным к творчеству других художников.

Активная (но не пассивная со свойством воздействия) арт-терапия или терапия творческим самовыражением по Роджерсу и Юнгу могла бы стать достаточно действенным способом преодоления психических расстройств после ее перевода в профессиональное русло и более точного определения мишеней терапевтической активности. Сторонники арт-терапии, на наш взгляд, неспособны самостоятельно планировать лечебный процесс с начала до конца, поэтому оптимальным местом применения этих техник являются учреждения психиатрического профиля. «Не очень убедительны, – считает В. Лаутербах, ссылаясь на объемистую экспертизу К. Граве и сотрудников, – исследования эффективности терапии искусством, танцевальной или музыкальной терапии. Все три вида психотерапии не рекомендуется применять как самостоятельные» (Лаутербах, с. 34).*

Одна из общих причин недостаточной эффективности арт-терапии психозов заключается в том, что специалисты, работающие в стационарах и диспансерах, в подавляющем большинстве не являются ни профессиональными художниками, ни искусствоведами, многие из них недостаточно ясно представляют себе мир изобразительного искусства «изнутри» и «извне», а также все многообразие жанров, стилей и направлений в большом искусстве. Об этом косвенно свидетельствует тот факт, что многие арт-терапевты используют при лечении пациентов не только разные техники, но и разные жанры искусства (поэзию, драму, музыку, пластику, живопись, скульптуру, графику): быть профессионалом сразу во всех этих областях творчества невозможно, а значит, и применять их недопустимо. Другое свидетельство недостаточного профессионализма арт-терапевтов – использование надуманных техник, например «пальцевой» техники рисования, хотя дети-душевнобольные прекрасно пользуются карандашом

*В этом же исследовании авторы считают недостаточно доказанной эффективность «эйдетической терапии, терапии по Юнгу, логотерапии, нейролингвистического программирования, терапии поэзией, первичной терапии по Янову, ребефинга, трансцендентальной терапии [...], дазайнализа, биоэнергической терапии, кататимных образных переживаний по Лейнеру, индивидуальной терапии по Адлеру и трансактного анализа... прогрессивной релаксации, аутогенной тренировки, психодрамы, гипнотерапии и йоги» (Лаутербах, с. 35).

и кистью, или рисование вслепую (хорошо, что не с закрытыми ушами и носом или в специальном скафандре).*

Некоторые специалисты легко забывают, что произведения скульптуры, живописи, рисунка возникали в разных странах и в разное время, не только были связаны с изобретением новых изобразительных средств, но и принадлежали к разным религиозным, мировоззренческим системам, выполняли тем самым важный социальный заказ. Они подчинялись строгим канонам, выработанным в той или иной стране; можно говорить о связи изобразительного творчества с ландшафтом, климатом, особенностями распределения света, флорой, фауной и многим другим.** Мы перечислили лишь небольшую часть всего того, что составляет основу профессионализма в области искусства, – знание художника о мире, где живут произведения искусства, некий глобальный взгляд на вещи как одна из составляющих мотивационной сферы творческого процесса.***

Из московских арт-терапевтов только М. Е. Бурно вскользь останавливается на этой проблеме, но приходит к весьма спорному решению. Чтобы привлечь к целительному творчеству душевнобольных, он делает смелое предположение, похожее на психиатрическую «пощечину» блистательного клинициста (как он представлен в последней монографии) мировой культуры, подготовленную его предшественниками, можно сказать духовными отцами, – авторами реакционного журнала «Эвропатология», а еще раньше Ч. Ломброзо и М. Симон. «Вот для чего – считает М. Е. Бурно – необходимо нам с нашими пациентами совместное неисчерпаемое исследование творчества глубоко и сложно переживающих творцов, которые *практически все душевно нездоровы* (хорошо, что не физически: представим себе, какие

*В Центре маскотерапии живопись, графику, гобелен, пластику ведут мастера, а специальные техники (скульптурное портретирование, автопортрет и бодиарт) – профессионально подготовленные врачи.

**Здесь достаточно вспомнить начало возникновения масляной живописи: изобретенная Ван-Эйком в Голландии, она приобрела совершенно новое качество в Италии, где краски высыхали быстрее.

***Художники часто говорят о законченной работе: «поживет, станет лучше». Имеется в виду не только иррациональная сторона «жизни» произведения, но и реальная – химические метаморфозы красок, лака, доски.

оригинальные идеи могли бы выдвинуть инфекционисты, пульмонологи, гастроэнтерологи и особенно дерматовенерологи – Г. Н.) и от недуга своего стихийно лечатся творчеством» (*Бурно*, с. 306).

Вот так – один диагноз миллионам творцов, глобальная оценка сущности, равная по калибру концепции (неэтичной) единого психоза. К остальной части человечества, т. е. творцам среднего уровня, к которым автор, видимо, причисляет и себя, эта характеристика не подходит: они здоровы, потому что бездарны. Отсюда профилактика психических расстройств – глушить одаренность с детства, с самого рождения, если же это не удастся, – увя, творить. Затем в рамках того же тезиса делается возврат к клинической традиции, и М. Е. Бурно начинает дифференциальную диагностику психических нарушений нескольких известных ему и неравных по уровню мастерства художников, поэтов и писателей. Но это не отход от концепции всеобщего безумия в искусстве, а подготовка условий для главного замысла – как обучать душевнобольных целительному творчеству. Оказывается, и обучать не надо, пусть сами учатся и сами лечатся, шизоид у шизоида, эпилептоид у эпилептоида. «Если профессионалы-художники учатся творчеству через подражание созвучному себе мастеру, то для пациентов в Терапии творческим самовыражением тем более естественно это делать. Пусть же шизоидный пациент уже не стихийно, а методично поучится, например, у Рериха (если он ему близок) аутистическому творческому самовыражению, циклоидный пациент попробует поначалу подражать, например, Пушкину или Ренуару (или другому близкому циклоидному художнику), эпилептоидный – дефензивно-авторитарному Шишкину, Айвазовскому, психастенический – психастеническому Чехову» (*Бурно*, с. 306-307). Так психотерапевт адаптировал сложнейшую процедуру обучения в боттегах эпохи Возрождения и в современных академиях художеств. Парадокс заключается в том, что больных по идее должны обучать сами «циклоидные» Ренуар и Пушкин, «эпилептоидные» Шишкин и Айвазовский и «психастенический» Чехов, поскольку Кречмер, у которого Ганнушкин

заимствовал эти термины, построил свою типологию не по произведениям гениальных творцов, а на основе их биографий (*Ганнушкин; Кречмер*).

Другой парадокс лежит на поверхности: создателей эталона психической нормы и вкуса, причем на многие века вперед, М. Е. Бурно считает людьми с ненормальной психикой. Голословность подобных заявлений очевидна для любого здравомыслящего человека, ибо в большинстве случаев современники великих творцов не замечали у них серьезных психических отклонений как в раннем, так и в позднем возрасте; наоборот, биографии этих замечательных людей становились тоже произведениями искусства, они писались и переписывались, служили образцом для подражания подрастающему поколению («был для юношей примером», сказано о Пушкине). Больше того, не только произведения, но и образы великих мастеров становились нравственным ориентиром в любом обществе.

И последнее замечание: мы убеждены, что ученики подражают не темпераменту мастера, а его технике, стилю, умению и всему, что связано с формированием произведения искусства. В этом плане «астенический», например, подражатель может многому научиться у «циклоидных», «шизоидных» или «эпилептоидных» мастеров; так же обстоит дело в науке и в других областях творчества и ремесла. Врачу-психиатру стоило бы снять, по Юнгу, «профессиональные очки» и представить себе, как со всей Италии съезжались молодые художники в Милан, чтобы переписать новый картон Леонардо, не задумываясь о «синтонности» с автором, стоило бы увидеть, как вполне нормальный юноша срисовывает в Лувре античную голову.*

*В 1985 году группа молодых врачей-психиатров московской больницы №4 им. Ганнушкина рассматривала каталог выставки русского авангарда и пришла к твердому заключению, что не мастерство, а шизофрения обусловила возникновение шедевров Кандинского, Малевича, Филонова, Гончаровой и многих других художников, скульпторов и архитекторов начала прошлого века. Они обратились за поддержкой к более искусственному в искусстве врачу, но тот был занят новым пациентом и просто отшутился, он сказал, что в отделении находится около 30 больных с диагнозом шизофрении, остается купить им кисти, краски, холст и быстро получить столь дорогие на рынке искусства шедевры. Наступила пауза, шутка не удалась, но тема уже не возобновлялась.

Проблема связи гениальности и психической патологии перестала быть актуальной уже в двадцатых годах прошлого столетия. Ее позднее воспроизвел Томас Манн в образе Адриана Леверкюна из романа «Доктор Фаустус», но он имел в виду патологию вообще, более того – патологию как изъян, глубоко осознанный и пережитый гением. Таковы физические болезни, нестандартная внешность и другие «недостатки» философов, художников и поэтов, а также творческий рост гения в условиях национальной, расовой, религиозной, семейной, сословной дискриминации. Любопытно, что пик переживаний Леверкюна совпадает с потерей лечащих врачей, а с наступлением стадии психических расстройств (прогрессивный паралич) композиторская деятельность героя прекращается. В последующем великий писатель отошел от этой, на наш взгляд, перспективной точки отсчета в исследовании мотивационной сферы творчества, а можно было бы обратиться к биографическому материалу Анри Тулуз-Лотрека.* Отголоски выдвинутой в сороковых годах прошлого века идеи еще звучат в начале эпопеи Манна «Иосиф и его братья», в сцене побега Иакова и Рахили из дома Лавана, когда беглецов настигают вооруженные люди, чтобы наказать их за кражу фетиша, и Иаков становится на колени перед ничтожеством, унижается чтобы вознестись, – «сублимация во плоти», как сказал Фрейд про Моисея. Но уже в сцене воспроизведения Иаковом потерянного сына Иосифа Томас Манн ориентирует читателя на другие, более привычные мотивы творческого акта.

На примере работ М. Е. Бурно мы видим, что хотя автор придерживается верных для нас клинических позиций при арт-терапии психозов, даже знает наилучший способ обучения искусству (как говорил Кант, путь подражания – скромный, но надежный путь гения), он приходит к абсурдным выводам и к негодным для практического применения рекомендациям. Но допустим, что он прав и душевнобольные-художники (создатели пирамид, инталий,

*Об этом же в афористической манере пишет Сальвадор Дали в своих дневниках (*Дали*).

энкастики, деревянных, каменных, бронзовых скульптур, гобеленов, гравюр, натюрмортов, пейзажей, портретов; великие артисты, музыканты, танцоры, дизайнеры, граверы, ювелиры, певцы, летописцы) благодаря своей одаренности и огромному мастерству, а также социальной востребованности достигали выдающихся результатов и исцелялись. Как же быть нашим пациентам, поставленным не только М. Е. Бурно, но и более квалифицированными арт-терапевтами (ибо арт-терапевтом в полной мере себя он не считает) в неравные с профессиональными художниками условия? Удастся ли им вылечиться полностью? Скорее всего нет. В своей практике М. Е. Бурно убедился в этом воочию и обратился к испытанному способу решения столь сложной проблемы. Теперь уже он предлагает некий коктейль, практикуемый фельдшерами загородных больниц, – смешать все жанры искусства, как все лекарства. Больной не просто так, а «методично» должен заниматься и сочинением рассказов и музицированием и рисунком и живописью и скульптурой и фотографией и кинематографом попеременно – поистине акт виртуального вандализма, отрицание ценности конечного результата, т. е. произведения искусства. Но последнее слово в этом вопросе принадлежит одному из самых мудрых врачей-психиатров, действительно блистательному клиницисту Карлу Густаву Юнгу: «Чтобы отдать должное художественному творчеству, аналитическая психология должна совершенно покончить с медицинским предрассудком, потому что художественное творчество не болезнь и тем самым требует совсем другой, не врачебно-медицинской ориентации» (Фрейд).

С другой стороны, наиболее популярное сегодня *спонтанное рисование*, или *визуальная экспрессия*, не может считаться искусством, поскольку даже жанр наивного или примитивного искусства имеет свои жесткие каноны и ориентирован на эстетически значимый результат. Мастер наивного искусства Пиросмани был признан еще при жизни; как свидетельствуют современники, на одном берегу Куры рисовал мастер Каро, на другом Нико, но они в отличие от наших больных не просто рисовали, а принимали заказы,

кормили семью,* не отставая, согласно определению психоза Бинсвангером, а творчески опережая свое время. Спонтанное искусство по нашим наблюдениям вообще невозможно – это хорошо знают руководители детских эстетических центров, – тем более у аспонтанных невротиков и психотиков. Особых мотивов к изобразительному творчеству у аутизированных пациентов мы тоже не замечали. Их нет даже у здоровых, эта особенность свойственна небольшому количеству художественно одаренных людей и детей раннего возраста, чей вербальный навык еще не укоренился. Развитие творческих способностей, как известно, требует огромных усилий, концентрации воли, сосредоточенности на своем предмете, связано порой с лишениями, с отказом от радостей жизни, что требует, кстати, значительного душевного здоровья. Как говорил Толстой, если можешь не писать, не пиши. «Если говорить просто, – пишет Т. Дэлли, – то арт-терапия связана с использованием изобразительного творчества и иных форм визуальной экспрессии с психотерапевтической или лечебной целью. Однако если учесть, что визуальная экспрессия может быть представлена и каракулями маленького ребенка, и глинянными поделками инвалида, и графическими работами переживающей депрессию женщины, станет очевидно, что понятие арт-терапии является комплексным и многогранным. Вопрос заключается в том, всегда ли мы можем назвать визуальную экспрессию изобразительным искусством, а также в какой мере оно является эффективным и почему» (*Dalley*, p. XII).

Но если эти «произведения» не являются искусством, то их невозможно идентифицировать, обнаружить рост мастерства у пациента («личностный рост» по Роджерсу), а значит и позитивную динамику в его состоянии; они не будут отличаться от простого «говорения» или бессмысленного «хождения» и могут служить лишь диагностическим целям. Больше того, мы знаем, как один неудачный рисунок в школьной тетради может «напугать» и лишить

*«Что происходит с нами, когда мы видим сны? Художник Пиросмани выходит из стены, из рамок примитивных, из всякой суеты и продает картины за порцию еды» – Окуджава (*Окуджава*, с. 168).а

нас смелости рисовать в течение многих последующих лет. Визуальная экспрессия по нашим наблюдениям может усугубить психическую патологию, а в групповом исполнении вызвать госпитализм* именно потому, что качество результата (жанровая принадлежность, стиль, сходство, красота, функциональность) не будет оценено обществом и не приведет к социализации наших пациентов. Здесь мы отдаем преимущество обычной реабилитации душевнобольных, когда в результате производственной, сельско хозяйственной или индивидуально-трудовой деятельности достигается общественно значимый результат.

Больной в отличие от нормального человека получает право делать все что хочет в искусстве, и это называется творением. Творением чего, если не произведения искусства? В официальном документе Британской ассоциации арт-терапевтов от 1989 г. сказано так: «Эстетические стандарты в контексте арт-терапии не имеют большого значения» (см.: *Копытин*, с. 19). Это то же самое, как если бы общество позволяло делать душевнобольному все что угодно, не оказывая ему медицинского сопротивления.**

Мы категорически против такого подхода и в том формате нашей работы с пациентами-психотиками, где арт-терапия сочетается с назначением препаратов, мы выдвигаем именно профессиональные стандарты. Арт-терапию в нашем Центре долгие годы ведет член Союза московских архитекторов и профессионально-творческого Союза художников России О. Б. Мочалова. Используются два метода, классический и утилитарный, и три программы. Программа 1 (классический метод): самопознание (изучение положительных и отрицательных эмоций, выявление их цвета и отображение в творческих работах); понятие перспективного рисунка и азоров композиции; краткая _____

*К такому же выводу в результате статистического анализа приходят С. Куби, Н. Мажеска и П. Федерн (Психотерапевтическая энциклопедия, с. 56).

**Спонтанное рисование возникло в школе Юнга и было развито супругами Чампернон, организовавшими первую арт-терапевтическую клинику. Слабость этого направления в том, что не было требования к конечному продукту творчества душевнобольных при ясном для каждого художника невмешательстве в творческий процесс, а сила в том, что впервые от психотерапевта требовалось профессиональное умение в изобразительном творчестве (*Champernowne*)

история искусств (в теории и практике); совмещение изображаемого с личностью больного на расстоянии (непосредственно в работах) и физически (грим); познание мира (классический рисунок и живопись, иллюстрация, прикладное творчество); самовоплощение в реально познанном мире. Программа 2 (утилитарный метод): раскрепощение пациента; понятие цвета; развитие моторных навыков (координация, глазомер, внимание, память, световосприятие и т. п.). Программа 3 (утилитарный метод): понятие перспективного рисунка; натюрморт; пейзаж; человек; животное; иллюстрация; варианты прикладного искусства (помимо традиционных форм используется макетирование, работа с объемами, дизайн).

На более поздних этапах утилитарный метод приближается к классическому методу и сливается с ним. Можно отметить, что обучающие программы арт-терапии МИМа достаточно сложны и пространны, они дают основополагающие знания и навыки как для продолжения обучения в других художественных учебных организациях, так и для саморазвития. Существенно, что, не продолжая образования, пациент (или бывший пациент) сможет реализовать себя и свой творческий потенциал в разнообразных сферах, связанных с художественной деятельностью (*Мочалова*).

Многие наши бывшие пациенты стали художниками, скульпторами, ювелирами, мастерами гобелена, дизайнерами, создателями народной игрушки, визажистами. Некоторые приняты в профессиональные союзы художников. Но это были не все пациенты, которые обратились к нам за помощью, а только небольшая часть способных к изобразительному творчеству людей. То же самое подтверждается данными нашего давнего партнера, одного из старейших центров арт-терапии в Европе – Института майевтики Джованни Мастропаоло в Лозанне, где с 1955 г. практикуется музыка, живопись, скульптура, поэзия и пластическое искусство. В этом вопросе мы придерживаемся другой формулировки ВААТ от 1994 г.: «Арт-терапевт побуждает клиента к взаимодействию с изобразительными материалами и продукцией, благодаря чему арт-терапевтический процесс

представляет одну из форм диалога» (*Копытин*, с. 18). Уточним, что такой диалог возможен лишь при достижении зрелого результата, в противном случае он будет «лицемерным и слащавым», по выражению П. Б. Ганнушкина.

Таким образом, в арт-терапевтической практике используются многие жанры изобразительного искусства, включая прикладные и современные, технологические. Форма и содержание конечного продукта (исключение – проективный рисунок) не определяются и не выбираются, здесь все архаично: это не эклектическое искусство, как, скажем, у позднего Пикассо, а некое протоискусство. Именно отсутствие эстетических требований к конечному продукту привело к тому, что в отдельных направлениях арттерапии выделяются лишь фрагменты истинного творчества.

Как трудовой навык, ремесло в целях реабилитации душевнобольных арттерапия используется в клинической практике, но в терапии занятостью неясна цель, мишень врачебной активности. Если занятия изобразительным искусством улучшают состояние душевнобольного, то неясно, какие именно симптомы преодолеваются и как. Понятия сублимации, внутреннего конфликта, связи бессознательного и сознания в клиническом ракурсе выглядят недостаточно убедительно, поскольку психоаналитическая концепция психоза, как нам представляется, уже долгие годы находится на стадии разработки и адаптации в клинике психических болезней.

В главных направлениях арттерапии психозов визуальное взаимодействие рано или поздно возвращается в русло вербального контакта. Еще создатель американского направления арттерапии М. Наумбург использовала визуальную экспрессию в целях ее дальнейшего осознания и вербализации (см.: *Копытин*). Тогда уместно ли само слово «арттерапия»? Не является ли оно последствием недостаточного мастерства не только у больных, но и у самих арттерапевтов? Может быть, приход врачей и психологов в искусство стоит частично заменить приходом профессиональных художников в психиатрию?

Но даже такая акция была бы лишь полумерой: для истинного слияния с клиникой психических болезней арттерапия должна создавать новые специальные жанры лечебного искусства со своим особым ритуалом и строгой направленностью на универсальное личностное расстройство. Такой жанр мог бы существовать и развиваться в рамках концептуального искусства, основанного Дж. Кошутом (*Kosuth*). Именно концептуальное искусство, где произведение, как и любое произведение искусства, является артефактом, дает реальную возможность визуально-вербального взаимодействия с пациентом-психотиком в форме клинической беседы, составления истории болезни до художественного уровня, проведения патопсихологического исследования, аудиозаписей, фото- и видеосъемок. В итоге вся обработанная информация (*документ* по Кошуту) вместе с творчеством больного, помещенные в одну «раму», могут быть представлены на суд зрителя и выставлены в учреждениях лечебного профиля или в галереях авангардного искусства. Такой опыт у нас есть в Москве, Париже, Лозанне и по отзывам специалистов и прессы его можно считать успешным.

В 1987 году на базе Московского нейроэндокринологического центра мы внедрили одновременно две техники лечения психических (аутистических) расстройств – лечебный автопортрет и бодиарт. Автопортрет используется нами самостоятельно и вместе с антиконвульсантами при лечении судорожного синдрома, а бодиарттерапия – в сочетании с классической фармако- и психотерапией (гипноз, психоанализ, рациональная и телесно ориентированная терапии). Эти техники лечения душевнобольных применяются нами как при индивидуальной работе с пациентом-психотиком, так и в групповой психотерапии, описанной нами под общим названием «Беседы у костра».

Автопортрет отвечает двум сквозным идеям в арт- и психотерапии психозов – сублимации и самоактуализации, ибо критерий портретного сходства эквивалентен не только идее воплощения, но и идее «здесь-и-теперь». Процедура автопортретирования преодолевает трудности арт-терапии психо-

зов и может быть использована врачом-клиницистом в сочетании с традиционными диагностическими, лекарственными и реабилитационными мерами (см.: *Абрамян; Абрамян и Назлоян*). Здесь впервые определяются симптомы-мишени (аутизм и анозогнозия), пути и способы их преодоления (реконструкция зеркального образа «я»), при условии, что конечный результат зависит от приобретения пациентом профессиональных навыков в изобразительном творчестве.

1.5. Trieb и сублимация

Понятие сублимации (одного из двух способов символизации) было привнесено в клиническую практику из области химии, а может быть поэзии, для объяснения сновидений невротиков и душевнобольных. В то же время оно конкретно и точно обозначает самое древнее представление о творческой активности как о продолжении существования путем инкарнации, превращения, перевоплощения, сохранения качества. По всем признакам Фрейд пришел к этому понятию самостоятельно, потому что оно совмещает значения греческого *метемпневмоза* и индуистского *метемпсихоза*. С первым сублимацию роднит то, что сублимированный объект эквивалентен первоначальному и не подлежит дальнейшей трансформации, а со вторым то, что основной пружиной механизма сублимации является некий нравственный барьер, препятствующий нейтрализации суммы инстинктивных влечений (Trieb). В психологическом же контексте понятие сублимации означает селекцию возможных вариантов преодоления проблемной ситуации в пограничной зоне между сознанием и бессознательным. Таких вариантов может быть принципиально два – общественно неприемлемый, но желательный, и общественно приемлемый, который в свою очередь предполагает естественное и символическое удовлетворение физиологических потребностей, репрезентированных в психике (собственно сублимация).

Это была принципиально новая теория творчества, в корне отличающаяся от традиции, которую заложил Рибо (*Рибо*) и продолжили ученые-интуитивисты (математики, физики, инженеры, кибернетики). Отличие заключается в том, что согласно последним особое синтетическое свойство психической активности (интуиция) создает качество творческого результата из ничего, т. е. из количества. Переход количества (стадия накопления информации по Уоллесу) в качество соответствовал анализу внешней деятельности ученого при решении научной (экспериментальной или теоретической) проблемы, а исходным материалом для выводов было самонаблюдение и самоотчеты известных мыслителей (*Wallas*).

Здесь, как и в психоанализе, использовалось представление о сознательно-бессознательном контуре психической активности, но различия между этими функциями были лишь количественными (объем информации, скорость ее обработки, фактор случайности). Определенная сортировка идей тоже предполагалась, но в плане некоего безымянного механизма выбора наиболее эффективной, порой единственной идеи. Понятие интуиции в дальнейшем слилось с понятием инсайта, испытав значительное влияние гештальт-психологии.

Клиницист же наблюдал поэтическое или художественное творчество своих пациентов в несколько ином свете: 1) изображение собственных галлюцинаторных и бредовых переживаний пациентами; 2) создание ими рисунка, живописи, произведений прикладного искусства с целью отвлечься от мучительных и тягостных состояний, вытеснить их с авансцены; 3) попытки больного в сжатой (символической) форме передать мысли, не подлежащие вербализации согласно общепринятым в данной культуре правилам. Психиатр-клиницист мог подойти к этой проблеме с противоположной стороны и провести 4) патографию гениальных художников, если была доказана нервная или психическая болезнь мастера, создававшего произведения профессионального искусства.

Первые две формы творчества душевнобольных не могли стать основой для возникновения понятия сублимации, но со времен Я. Л. Морено и Ф. С. Перлса они укоренились в групповой и проективной психотерапии: это простое (поэтическое, прозаическое, музыкальное, драматическое, живописное, пластическое) изображение патологических переживаний пациента. Третья форма творчества как способ усиления процессов вытеснения привлекла внимание части врачей-психоаналитиков, остававшихся последователями раннего Фрейда (1905 год).* И только последние два вида творчества – символическое и профессиональное – легли в основу самой оригинальной концепции творчества, актуальной в начале прошлого столетия. Это была удачная попытка поднять психоанализ с клинического на мировоззренческий уровень – использовать клинические наблюдения для анализа феномена культуры. В своей поздней версии понятие сублимации объясняло творчество вообще, а не только поэтическое или изобразительное искусство душевнобольных, идею десексуализации психической энергии в любой общепринятой форме. Таким образом, слово «сублимация» обозначало по крайней мере два противоположно направленных процесса: один из них это вытеснение патологических состояний (агрессия, тревога, страхи), т. е. своеобразное наполнение гипотетического «резервуара» не-осознаваемых переживаний, а другой – компенсаторное удовлетворение потребностей и восстановление в символической форме прерванной цепи

*Мы имеем в виду М. Клайн, Ф. Фромм-Рейхман, а также Х. Гартмана, пытавшегося после С. Бернфельда спасти это значение более емкой дефиницией: «Сублимация относится к психическим процессам, изменяющим способы проявления энергии – от инстинктивного по направлению к неинстинктивным» (*Hartmann*, p. 223, *Улыбина*, с. 135). В западной психиатрической генетике и философской антропологии неоднократно предпринимались попытки модификации и модернизации психоаналитического толкования. С. П. Сонди различает три ступени сублимации, относя к ним «социализацию», т. е. перевод желаний в сферу профессиональной деятельности, «собственно сублимацию», связанную с индивидуальной жизнедеятельностью человека, и «гуманизацию» — высшую форму сублимации, способствующую развитию человечества. У Шелера способностью к сублимации наделены все формы организации природного мира. Он вводит термин «сверхсублимация», понимая под ним «чрезмерную интеллектуализацию», свойственную современной культуре и вызывающую у человека деструктивные наклонности. В настоящее время идеи сублимации находят отклик в работах ряда философов, психологов и искусствоведов, стремящихся объяснить отношения между биологическим и социальным, взаимосвязи между индивидом и обществом, этапы социализации личности, особенности протекания культурно-исторических процессов, природу и специфику художественного творчества.

явлений внутренней жизни человека, освобождающее этот же «резервуар». Критические замечания последователей и оппонентов фрейдовской теории относились к абсолютно несущественному факту – к приданию им главенствующей роли сексуальному влечению. Многие его последователи (от Адлера до Гартмана, Босса, Маслоу и Франкла) пытались заменить сексуальный мотив другим: иные физиологические инстинкты, жажда власти, самоактуализация, воля к смыслу. По сути дела всё экзистенциально-гуманистическое направление (кроме Роджерса), поведенческая и гештальт-терапия искала доминирующий мотив поведения, чтобы создать собственную иерархическую систему потребностей или собственный *Trieb*, –*скелетную идею* психической и творческой активности.

Можно также допустить, что творчество инвариантно по отношению к инстинктивным влечениям, оно работает и как фата-моргана (любовные мотивы в искусстве) и независимо как раз вследствие удовлетворения основных потребностей, иногда в общественно неприемлемых формах, как у ряда известных художников (Гоген, Дали, Пикассо, Челлини и др., но и Гитлер). Многие арттерапевты считают, что мотив творческого самовыражения может рассматриваться как автономное, неотъемлемое качество личности, а не как производное от подавляемой энергии либидо. Варлам Шаламов в «Колымских рассказах» связывает массовую утрату творческих функций с доминированием пищевого инстинкта, о сексуальных мотивах в этом произведении нет и речи (*Шаламов*). Его отчеты в духе Ф. М. Достоевского, на наш взгляд, более достоверны, чем отчеты Франкла о жизни заключенных в немецких концлагерях.* Не принцип удовольствия (Фрейд) и не воля к власти (Адлер), а воля к смыслу – таково согласно

*Мы имеем в виду высказывание Достоевского, где он неверно определил человека как существо, которое ко всему привыкает. Шаламов считал, что ни одно животное не выдержало бы лагерных испытаний. Справедливости ради следует сказать, что ни один человек не вынес бы испытаний в условиях жизни животных. Козн по этому поводу говорит: "Как физическая, так и духовная приспособляемость человека очень велика, по крайней мере намного больше, чем я считал возможным". Бетельхейм "все время поражался тому, что человек в состоянии вынести столько, не покончив с собой и не сойдя с ума" (см. *Франкл*). На наш взгляд все «обитатели» концлагерей (немецких или советских) были людьми с измененной психикой и это надо осознать раз и навсегда, а не придавать человеку мифические качества.

Франклу истинно человеческое начало поведения (*Франкл*). По Шаламову же все заключенные в колымских лагерях (в том числе люди творческие) находились именно в состоянии «экзистенциального вакуума», проявляющегося в виде тоски, апатии, опустошенности, жестокого отношения к другим; два мотива определяли их существование – сохранение жизненных функций и выход из мучительного одиночества вплоть до неосмысленных, смертельно опасных попыток побега из мест заключения. Из этого и других источников, а также из клинической практики можно сделать вывод, что доминирование пищевого инстинкта приводит к социальной изоляции человека, в то время как энергия либидо направлена в противоположную сторону.*

Мы задаемся вопросом, почему Фрейд как психолог придавал такое значение сексуальному инстинкту? Ведь он не мог не знать о важности удовлетворения других физиологических потребностей (голод, холод и пр.). Причина безусловного доминирования сексуального инстинкта над другими в том, что это единственная из физиологических потребностей, которая не только легко «считывается» в психологическом свете, но и предполагает контакт, взаимодействие с противоположным полом, тем самым – диалогические отношения, а в искусстве – рефлексию и воспроизведение этих переживаний, виртуальный диалог с партнером. Если идти от обратного, можно сказать, что впервые одна из форм диалога человека с человеком обосновывается как фундаментальная потребность, а принцип удовольствия проецируется в область межчеловеческих отношений.

Недаром понятие сублимации расшифровывается как социализация – возникновение отношения между биологическим и социальным, взаимосвязи индивида и общества, а в клиническом плане – возникновение контакта с окружающим миром, преодоление изолированности пациента, реконструк-

*Согласно Тигезену и Килеру для основной массы интернированных проблемы сексуальности не существовало вообще. "Разговоры на сексуальные темы и непристойные анекдоты среди типичных заключенных были редким исключением, в противоположность тому, что характерно, например, для солдат" (см. *Кемпински*, с. 2).

ция коллективного «я».* Вызывает удивление, что ни М. Бубер, ни С. Л. Франк, ни другие философы диалога не заметили эту особенность в концепции либидо. Не менее удивительно, что любимый ученик Фрейда Л. Бинсвангер в переписке с С. Л. Франком обещает ему в целях развития общей психопатологии прийти в будущем к исследованию диалога (от «я» к «мы»), хотя он мог бы вернуться в прошлое, к началу своей деятельности в области психоанализа (см. *Бюженталь*). Этому препятствует, на наш взгляд, не только вытеснение собственных сексуальных мотивов или, проще, некоей стыдливости большинства оппонентов Фрейда, но и привычка думать на языке гносеологии: вместо представления о субъектно-объектных (интеллектуальных) отношениях концепция либидо определяет субъектно-субъектные (инстинктивные) связи (см. *Ахутин*). Можно сказать также, что Зигмунд Фрейд вместе с Фердинандом Эбнером был одним из создателей философии диалога, ибо активная сторона сексуального инстинкта, тенденция к его удовлетворению предполагает поиск партнера и взаимоотношения с конкретным другим человеком, а не с абстрактным внешним миром.

Фактор реализации ядра человеческой психики, ее доминанты объединяет все указанные смыслы сублимации – связующей нити между человеком и другими людьми, «энергетического базиса идентификации». Фрейд одним из первых показал, что общение, подлинный контакт с миром людей, с коллективом и есть творчество вербальное, музыкальное или визуальное, и чем профессиональнее результат, тем полнее он проецируется в прошлое и в будущее сообщества, тем глубже, подлиннее взаимосвязь с другими людьми, тем сильнее ощущается реальность времени-пространства, в котором мы и существуем. Идея сублимации имеет перспективу развития в области

*Эта содержание теории сублимации получило развитие у ряда современных философов и психологов, которые не придерживаются концепции бессознательного Фрейда – «человеческое инобытие» Л. Я. Дорфмана, «превращенные формы» М. К. Мамардашвили и особенно «личностные вклады» и «отраженная субъективность» А. В. И В. А. Петровских, основанные на иной (оригинальной) модели психического континуума (*Дорфман, Мамардашвили, Петровский В. А., 1987, Петровский А. В. и Петровский В. А.,*).

отдельных форм нарушения (невротические, психотические симптомы и комплексы), а с того общего, что их объединяет, – с аутистических или, как сказали бы современные клиницисты, негативных расстройств психики.

Ценность учения о сублимации для арттерапии еще и в том, что здесь впервые высказывается мысль о возможном преодолении патологических переживаний в двух направлениях – либо путем трансформации этих переживаний, либо путем их отторжения, подавления, вытеснения посредством актуализации общественно или культурно значимого объекта. Возникнув благодаря анализу поэтического и художественного творчества, понятие сублимации стало быстро расширяться, охватив все виды искусства, затем науку и технику и наконец любую профессиональную деятельность, в том числе спорт. Оно сразу бы потеряло смысл из-за быстрого расширения объема, как многие другие понятия теории творчества, если бы не получило своеобразного завершения в работах Юнга и его последователей. «Содержания сознания, – не очень убедительно писал Юнг прежде чем выдвинуть понятие об архетипах, – заставляющие подозревать присутствие бессознательного фона, Фрейд неоправданно называет «символами», тогда как в его учении они играют роль просто знаков или симптомов подспудных процессов, а никоим образом не роль подлинных символов; последние надо понимать как выражение для идеи, которую пока еще невозможно обрисовать иным или более совершенным образом» (Ахутин, с. 400).

Благодаря учению об архетипах («исконные образы» - 1912, «доминанты» - 1917, «архетипы» - 1919) мы были избавлены от темного понятия «Тrieb», нам стало понятно, откуда берется результат творчества, что сублимируется в творческий объект – «что», но не «как». Как же происходит производство предметов искусства, на какую патологию воздействует преобразующая сила *скелетной* идеи, психосоматического образования, архетипического образа? Почему это лечит при условии предоставления полной творческой свободы душевнобольному? Оценка Юнгом целительного свойства искусства исходит больше из опыта великого клинициста, чем из его концепции. Более того,

понятие архетипа объединяет работы больных и гениев, что нивелирует фактор общественной значимости произведения искусства, т. е. мотивации творчества. В практической арттерапии может вызвать неуверенность и наличие по Юнгу нескольких скелетных идей, архетипических образов, никак не связанных друг с другом, свободно «плавающих» в водах бессознательного. Что побуждает тот или иной архетип к творческой активизации, остается загадкой; отказавшись от идеи доминирования в системе потребностей, аналитическая психология теряет под собой психофизиологическую почву.

Эти вопросы, возможно, беспокоили и самого Юнга, во всяком случае у него появилась теория коллективного бессознательного, где сосуществовали архетипические образы, собственно архетипы (доминанты), мотивы, темы и паттерны. «Термин архетип был применен Юнгом лишь в 1919 году. Этим термином он хотел избежать любого намека на то, что речь идет о содержании, а не о наследственной, непредставимой фундаментальной структуре» (*Гиппенрейтер, Карягина и Козлова*, с. 34). Исконные образы при всей своей аксиоматичности не потеряли значения – это было успешное продолжение теории сублимации Фрейда и в определенном смысле вывод ее из тупика, показывающий, как индивидуальное неповторимое *Trieb* инстинктивных влечений, представленных в психике, может стать универсальным, коллективным. Юнг остроумно предположил, что клише объективного, конвенционального, узнаваемого уже присутствует в психической сфере как ее неотъемлемое свойство. Однако он пошел, на наш взгляд, по очень длинному пути и не заметил важное понятие идентификации вместе с идеализацией, выдвинутое Фрейдом в том же 1917 г. Точнее, Юнг учел его, как и все остальное в психоанализе, посредством недостаточно корректного расширения предмета исследования (переход из онтического в онтологический аспект исследования), ибо полученные таким путем выводы, при всей их ценности в гуманитарной области, неприменимы в практической психиатрии.

В этом ракурсе архетипические образы не могут существовать в бессознательном как наследственно приобретенные, данные от рождения; но что-то должно же быть, раз появляются произведения искусства. Возникнув в форме субъективных ощущений, инстинктивные влечения должны быть конкретизированы, отнесены к носителю этих потребностей, т. е. к образу «я»: моя потребность, мое желание, моя боль. Так возникает и сохраняется один-единственный исконный образ и доминанта, соответствующие определению архетипа, – наше динамичное представление о себе, объективируемое по мере социализации, или «зеркальный» образ «я», в котором присутствуют индивидуально-неповторимое и универсальное, сходство с собой и сходство с другими, субъективные и коллективные черты. Деформация или утрата этого образа приводит к дисфункции механизмов сублимации, а значит, механизмов воспроизведения себя, влечения к себе подобным и ощущения реальности своего существования. Восстановление архетипа человека и его зеркального «я» является, на наш взгляд, столбовой дорогой для разработок приемов и методов арттерапии психических расстройств.

Один из возможных подходов, автопортрет, максимально приобщает больного к искусству, ставит пациента на место не только модели, но и художника, а именно художника, познающего себя через отображение собственного лица. В окружении знакомых и незнакомых людей (социальные зеркала) пациент познает своего зеркального двойника, воспроизведя его в пластилине. Именно с этой триадой – пациент, его зеркальный двойник, автопортрет – работает врач-психотерапевт, имеющий опыт ведения индивидуальной и групповой психотерапии, а также навыки скульптора.

Важнейшим фактором автопортретной терапии является то, что работа больного над собственным образом стимулирует рефлекссию, обращенность сознания к внутреннему миру; в отличие от аутистического погружения в себя это творческий процесс самоосознания, результатом которого легко становится повышенная критика своего состояния. Самопознание и

самоосознание происходят в условиях множественной идентификации: сравнение себя с автопортретом через свой зеркальный образ, своего отражения с отражениями других пациентов, своего автопортрета с другими автопортретами и т. д. Такая атмосфера стимулирует восстановление внешнего и внутреннего диалога.

Происходит часто бурный прорыв из патологического одиночества, проявляющийся как эмоциональная разрядка. Конкретными «виновниками» этих интенсивных состояний врач и его ассистенты не являются, они лишь свидетели, поэтому техника автопортрета наиболее щадящая, наиболее гуманная из всех наших методов лечения. Техника автопортрета, как и другие методы маскотерапии, направлена на выведение пациента из состояния базового отчуждения путем восстановления им утраченного образа самого себя. Отличительная черта этой техники в том, что здесь используется майевтический принцип. Врач как повивальная бабка помогает пациенту родить свой образ, возродиться, стать нормальным, адекватным, психически здоровым. Здесь, как и в портретной терапии, когда скульптурный образ создается врачом, лечебная цель совпадает с процессом самоидентификации.

Художник-пациент совершает «захват» и «присвоение» своего текущего образа в зеркале (маски) и переходит к его воспроизведению. Вектор его творческой активности направлен в будущее. Момент окончательной реализации визуальных впечатлений совпадает с настоящим, здесь нет ни прошлого ни будущего. Происходит соотнесение визуально-вербального образования с самим собой, с собственным зеркальным «я», со всей онтогенетической глубиной этого «я», до полного их соотнесения и совпадения. Здесь «атомарный» творческий акт завершается и возникает необходимость в новых впечатлениях. В этом настоящем есть начало будущего в виде интенционального прорыва, который формирует мотив следующего творческого события.

Так протекает диалог человека с самим собой, со своим зеркальным образом. Он, по справедливой оценке Бахтина, пока еще негативен, но не как

на фото пленке, а как отсутствие приемлемой формы, значит и содержания. Затем в процессе продвижения автопортрета образ проявляется, меняя оценочные категории на позитив, но проявляется не как на фотобумаге сразу и конкретно, а с многочисленными пространственно-временными искажениями. Образ должен «собраться», объективироваться, чтобы вывести нас во внешний мир. Мы знаем, как много сил иногда требуется для изображения собственного лица, какие страдания этот процесс может доставить в молодости и как утомляет он в старости. Естественно, что труднее всего это дается нашим пациентам: одни сохраняют и оберегают все ту же маску, другие наглухо закрывают зеркала и прекращают контакты, третьи много спят или убивают себя, чтобы проснуться обновленными в этом или ином мире; а кстати, латинское слово *finis* обозначает и цель и конец.

Проблема сублимации в рамках психодинамического направления остается нерешенной по двум основным причинам: если идти от анализа результата творчества, это понятие расширяется до потери границ, а если сохранить первоначальный смысл, исчезает само значение творчества, тем более приписываемое ему целебное свойство. Нам также непонятно место врачебной интервенции в это событие – как назначать сублимацию, как ее дозировать, если она автоматически проявляется при наличии патологических расстройств? Ведь сублимация это то, что движется само собой, без внешнего толчка, правильно и целесообразно. Согласно Эдит Крамер, «каждое произведение искусства отражает в своей сути конфликт между мотивами, который дает жизнь этому произведению, а также в большей степени определяет его форму и содержание» (Босс, с. 15). Типичное недоумение: может быть, врачу-психиатру следует вызывать борьбу мотивов у пациента, но как? Конфликт мотивов это патология или норма? Связана ли интенсивность творческой активности с определенной патологией, со степенью тяжести этой патологии? Наконец, с какой патологией мы имеем дело, с актуальной или с первоначальной, так сказать «эдиповой»?

Эдип, как известно, «рисковал» своим психическим здоровьем дважды, и оба раза при получении психотравмирующей информации (до и после совершения преступления), а не так, как это описывается в учении о карме, по которому само преступление обрекает человека на многократные повторы, убивающие творчество (см.: *Кляйн М., Бриттон Р., Абрахам К. и др.; Янг*). Функцию оракула или пастуха-информатора парадоксально выполняет сам аналитик в практике лечения одного пациента, а в теории – для всех людей, воспринявших его систему идей. Говоря языком клиники, царь Эдип испытал посттравматический стресс, и речь может идти о реактивном состоянии, причем и в первом и во втором случае больной быстро теряет внешние связи, аутизируется прежде чем невротизироваться или психотизироваться. И здесь еще раз возникает вопрос: какое у феномена сублимации назначение? По всем признакам этот механизм самоизлечения, действующий в паре с механизмом вытеснения, направлен не на преодоление болезни (симптомов), а должен препятствовать симптомообразованию.

Симптомы возникнут потом, когда сформируется пара врач-больной и нереализованный *Trieb* будет вытеснен в область бессознательного; вот тогда психодинамист и попытается еще раз «включить» механизмы сублимации, т. е. социализации, у своего клиента. В этой связи возникает другой вопрос: какой сигнал запускает этот механизм? Согласно Фрейду и его последователям этот сигнал имеет отношение к некоей избыточной, нежелательной, вынужденной изоляции человека. Ведь часто невротик и тем более психотик обращается к психотерапевту как к партнеру по диалогу, удовлетворяя свою потребность в общении особым образом, так как другие возможности уже недоступны. Больная шизофренией Ю. из Новочеркасска, портниха и певчая в церковном хоре, при обсуждении сложного богословского вопроса по поводу того, что Бог, создатель вселенной и каждого существа, спросил у Адама: Где ты? – объяснила: «Он просто хотел пообщаться». Но к этому вопросу мы еще вернемся в другом месте при

анализе понятия Dasein Мартина Хайдеггера, оказавшего влияние на остальную психотерапию и, по нашим впечатлениям, на позднего Фрейда.

На наш взгляд, понятие сублимации, идея возгонки, которой Фрейд в старости, как свидетельствуют современники, дорожил больше всего, актуальна еще по одной причине.* Фрейд – один из немногих психиатров, кто задался целью выяснить, как представлены функции организма в психической сфере, т. е. он выдвинул идею патогенеза (точнее, психогенеза) невротических расстройств. Он не отрицал роли соматических функций в формировании психической патологии как Юнг, Ясперс или Бинсвангер (душевные причины душевных расстройств, «вырастание душевного из душевного», «вытекание из душевного»), но и не искал в физическом теле, заплетая языки двух наук в одну косу, начало психической патологии как приверженцы систематики Кальбаума—Крепелина. Согласно Фрейду Trieb представлен «на границе психического и соматического, как физический репрезентант стимулов, исходящих изнутри организма и достигающих психики, как мера требований к работе психики вследствие ее связи с телом» (, с. 121-122). Это отвечало всей направленности его творческой мысли, если вспомнить, что понятие бессознательного гносеологически означало свойство физического (или физиологического) мира (см.: *Бассин*). И здесь нам нужно обратиться к самой простой модели динамики психофизических отношений, чтобы прояснить для себя приведенное высказывание Фрейда в клиническом ракурсе. Дело в том, что при определении Trieb'a все без исключения психоаналитики пропускают одно очень важное звено, предшествующее появлению инстинктивного влечения.

*Так как эта запись отражает мысли Фрейда, которые не встречаются в других текстах, приведем ее полностью. «Фрейд особо занимался «религиозным феноменом Моисея». Я вспоминаю, с каким трепетом он произносил слово «сублимация». «Моисей – это сублимация во плоти». Отдельные науки нашего времени специализировались на изучении трех констант жизни: сексуальный инстинкт, чувство смерти и страх пространства-времени. Эти ценности, раз проанализировав, важно сублимировать: половой инстинкт в эстетике, чувство смерти в любви, страх пространства в метафизике и религии» (*Бахтин*, с. 141-142). Любопытно, что реформаторы и оппоненты психоанализа, даже отрицающие психоанализ как лженауку, принимают феномен сублимации в культуре без всяких оговорок.

Человек под влиянием различных сигналов первоначально фиксирует дискомфорт в жизнедеятельности своего организма, некий дефицит, который он, рефлектируя, должен определить (потребность в чем?); затем формируется мотив поведения, а далее форма удовлетворения этой потребности (модель поведения) и само удовлетворение (реализация мотивов). Механизмы сублимации и вытеснения уже по определению имеют отношение к последним двум пунктам этой схемы, а нарушение их – к невротическим симптомам. На первых стадиях мало кто останавливается надолго (предполагается, что они автоматичны или недоступны анализу, так как принадлежат области физиологии), хотя они достаточно информативны и не исключено, что имеют отношение к возникновению психических расстройств, например четыре «А» О. Блейлера. Мы знаем, что например при инсулино-шоковой терапии голод проявляется не в форме требований компенсации или грез о сладостях, а в виде так называемых негативных расстройств (слабости, апатии, снижения фона настроения, отчуждения и наконец комы). Поэтому человек на пути к самоисцелению первоначально занимается «диагностикой» своего текущего состояния – поиском и выделением потребностей своего организма, а затем их удовлетворением.

Таким образом, Фрейд и психоаналитики, а также их оппоненты начинали свой исследовательский путь с некоей середины, они не определяли патологическое начало (производящую патологию) как репрезентант соматических изменений, качество, которое должно присутствовать на всем протяжении болезни с момента появления до момента обращения пациента к врачу. Здесь речь может идти не об обычном симптоме, а о факторе, определяющем текущее состояние пациента и все этапы его развития как психическую болезнь, – вопрос, который никогда всерьез не волновал ни психиатров ни психотерапевтов, потому что психиатрия как медицинская наука формировалась на базе изучения прогрессивного паралича, а не психогений. Другими словами, психические отклонения априорно воспринимались как болезнь, что не требовало доказательств постольку, поскольку

они напоминают соматически обусловленные болезни. Это была и есть труднейшая проблема, требующая предварительного выделения больного и здорового начал психики, проведения демаркационной линии между ними, а тем самым создания патогенеза психического заболевания. По логике высказываний Фрейда это патологическое качество, подоплека, разводящая швы человеческой мысли и поступков, возникает при нарушениях механизмов сублимации, т. е. социализации субъекта. Однако в его школе психогенез был заменен этиогенезом, а в школе Крепелина – соматогенезом психического расстройства. И там и тут анамнез подавляет статус, а это значит, что лечение психических болезней может быть эффективным в той степени, в какой мы приближаемся к определению психического статуса через анамнез.

Таким образом, крупнейшие направления в области психотерапии (психоанализ, аналитическая психология), основанные на понятиях метемпневмоза и скелетной идеи, начинались в клинике, а заканчивались в области культурологии. Рано или поздно они теряли клиническую значимость (психоанализ в 1911 г., аналитическая психология в 1919 г.) ввиду слишком глубокой и необратимой экспансии в гуманитарную область, отсутствия четкого описания той патологии, которую они были призваны выявлять, определять и лечить. Обобщая все значения понятий сублимации, Триб'а и архетипического образа, можно сделать вывод, что речь могла бы идти о так называемых негативных расстройствах психики, воплощающих в сумме нарушения социальных связей больного. Разработка этого патогномического фактора привела бы к единой концепции психогенеза психических и соматических расстройств, а также могла бы объединить разрозненные школы и течения психотерапии еще в первой половине прошлого столетия. Этого не случилось ни в психоаналитическом ни в клиническом направлениях, так как ставший каноническим знак равенства между позитивными и негативными симптомами скрыл от исследователей терапевтический потенциал экзистенциального опыта одиночества.

Пользуясь словами столетней давности, можно сказать, что негативные симптомы олицетворяют сумму нераспознанных потребностей (того, чего нет, в чем нуждается человек), а позитивные – попытку нейтрализации этих потребностей в виде формирования мотива поведения или создания модели потребного будущего по Н. А. Бернштейну: «голоса» советуют, хвалят, хулят, приказывают, а значит направляют, а если направляют, то интерпретируют события внутреннего и внешнего мира. Так пациент пытается выбраться из лабиринта новых представлений о себе, и будущие опекуны, его близкие и родные, первыми увидят столь непопулярный взгляд на привычные нормы общежития. Понятия сублимации и Trieb'a на современном уровне развития знаний неравноценны: если первое успешно развивается в теории и практике гуманистически направленной арт- и психотерапии, то второе принадлежит физиологической психологии и его можно встретить в историографической литературе, а также в словарях, учебниках и пособиях.

1.6. Dasein и самоактуализация

Идеи самоактуализации, самовыражения, познания собственного «Я» как целебные кажутся такими понятными в обыденном восприятии, но становятся аморфными и почти бессмысленными после их перевода в клинический контекст. Здесь мы солидарны с Антоном Кемпински насчет «слишком громких слов» (и, добавим, их явного избытка), используемых представителями феноменологического направления в психотерапии, однако идея «светлого автопортрета», выдвинутая им же в 70-х годах прошлого века, кажется не менее громкой. Этот автор был склонен к романтизации наших пациентов, особенно больных шизофренией, которые «больше видят и слышат», потому и болеют (*Кемпински*). Но ведь и Медард Босс считал больного шизофренией человеком, который якобы открывает недоступное другим измерение бытия и в высшей степени чувствителен к «сокрытому» (*Босс*).

Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии возникло и развивалось под знаком синтеза психоанализа и феноменологии. Его создатели почувствовали трудности в развитии классического психоанализа и переметнулись без лишних слов в текст и контекст книги «Бытие и время», автор которой философ Мартин Хайдеггер ни разу не упомянул имени Зигмунда Фрейда (*Хайдеггер*). Различие в подходах этих великих мыслителей было системное, один получил медицинское образование, второй церковное и это, мы увидим, наложило отпечаток на все то, что имело отношение к исцелению души.* Мы не усматриваем между ними истинного противостояния: по смыслу это было поэтапное, эволюционное развитие идеи физиологов середины позапрошлого века о линейности, процессуальности психических явлений. Однако Л. Бинсвангер и М. Босс, а за ними гуманисты распространили свой протест на клиническую каузальность вообще; удар пришелся не только по психиатрии (уличенной к тому же в декартовском дуализме), но и по психоанализу, ищущему причины невротических расстройств в детстве (*Холл и Лундсей*, гл. 8).

Чтобы объединить многочисленные идеи движения за человеческий потенциал, необходимо обратиться к протоколу беседы Медарда Босса с Мартином Хайдеггером, о которой он вспомнил лишь в 1989 г., через сорок два года. Тогда речь шла о верном замечании французского философа Ж.-П. Сартра, что невозможно использовать в онтической (в нашем случае клиническо-психологической) практике онтологические понятия. Мы знаем, как важно для всей психотерапии быть ориентированной, например, на сократовское «познай себя», но клиника спросит «как?» и будет искать онтические соответствия.

* Зигмунд Фрейд получил классическое медицинское образование в Вене и в течение нескольких лет (с 1881 по 1885) работал невропатологом. Мартин Хайдеггер, сын причетника, с 1903 по 1909 учился в католической семинарии сначала в Констанце, затем во Фрайбурге. В 1909 Хайдеггер стал готовить себя к карьере священника, но через два года из-за проблем с сердцем был вынужден отказаться от нее. Для нас немаловажно, что один из создателей третьей «волны» Карл Роджерс не только воспитывался в строгой религиозной атмосфере, но и учился в Юнионской теологической семинарии в Нью-Йорке, прежде чем стать психотерапевтом.

«Во всех обществах существуют техники, которые позволяют индивидам осуществлять... в себе некоторую трансформацию, изменение и достигать определенного состояния совершенства, счастья, чистоты. Назовем эти техники *техниками себя*» (Фуко).

В книге «Бытие и ничто» Сартр иллюстрирует свою критику умозрительной моделью: хайдеггеровская онтология – верхний этаж здания, а клиника нижний, даже подвал этого дома, и добавляет остроумно, но не точно, что между этажами не существует лестничной клетки. Это вызвало справедливое раздражение у Хайдеггера («ни слова правды»), потому что пример Сартра не был корректным: он должен был определить, сколько этажей в здании, объяснить, что такое «подвал», и охарактеризовать промежуточные этажи – почему на верхнем этаже навсегда заперта онтология, почему на нижнем, куда каждый может войти, какой-то «проходной двор», онтический уровень, а что на промежуточных этажах, никто не знает, к ним нет доступа ни сверху ни снизу.

По самой простой догадке это здание может быть трехэтажным (онтологический этаж – Dasein, гносеологический – отношения с внешним миром, онтический – с самим собой) и существует способ, пусть не по лестнице, перехода с одного этажа на другой. Так думал и Хайдеггер, но, как сказал бы другой великий философ Шопенгауэр, он не спустился с метафизико-эстетических высот своей собственной философии (чего стоит, например возражение Сартру, что онтологические черты и онтические факты «захватывают», «пронизывают» друг друга) и тем самым нанес удар по той группе психотерапевтов, которые искали с ним живого общения (Босс, с. 88).^{*} Для нас же очевидно, что эта поправка не меняет положения вещей, так как оба философа одинаково заблуждались: здание может быть только одноэтажным, а особенность одной из комнат (пусть онтологической) в том, что она сообщается с множеством других помещений.

^{*}«Философия никогда не может непосредственно... создавать формы действия» - говорил Хайдеггер уже в 1969 г. (*L'Express*)

Такое представление дает нам возможность преодолеть метафизическую экспансию представителей экзистенциально-гуманистического направления в область клинической психиатрии и в то же время не потерять важное для арт-терапии психозов понятие Dasein. Из пяти смыслов Dasein, выделенных исследователем раннего Хайдеггера И. А. Михайловым, только пятый после существенной доработки может быть использован в клиникопсихологическом аспекте – это присутствие, «действительное наличное присутствие [Anwesenheit] в мире» (см.: *Михайлов*, с. 185, 206). Концепция «третьей силы», на наш взгляд, не состоялась ввиду недостаточного осмысления этой, быть может, самой перспективной для психотерапии идеи, означающей истинный мотив существования и творчества. Чтобы передать важность философии Dasein, можно сказать, перефразируя Декарта: «существую, ибо я здесь».

Есть три способа внедрения идеи «вот-бытия» в клиническую практику: 1) прямой, путем детализации этого понятия (сущностные черты, пространственное-бытие, временное-бытие, бытие-настроенное, со-бытие, бытие-телесное и бытие-смертное), когда распознавание и лечение психической болезни еще не разделяются*; 2) с использованием так называемых экзистенциалов или модусов (пространственность, темпоральность, телесность, событийность, историчность, смертность или дуальный модус, множественный модус, аутентичный модус, сингулярный модус, модус анонимности) в диагностических целях; 3) с использованием терапевтической идеи о трансцендентировании, экзистировании, самоактуализации, самовыражении, реализации творческого потенциала клиента (*Бинсвангер, Босс, Буженталь, Роджерс, Маслоу*).

*«Исходя из взглядов Мартина Хайдеггера, может быть выстроен другой порядок, который полностью основывается на экзистенциалах человеческого бытия. Так, можно выделить следующие картины заболевания: виды болезни, которые сопровождаются а) бросающимся в глаза повреждением проявления человеческого бытия-телесным; б) отчетливо выраженным повреждением проявления себя-воспространствливания и себя-временения бытия-в-мире; в) отчетливо выраженным нарушением исполнения бытия-настроенным; г) выраженным повреждением в исполнении основной характеристики бытия-открытым (Offenstandig-sein) и свободы Dasein» (*Руткевич*, с. 45). С этим арсеналом недостаточно функциональных, «нерабочих» для психиатра понятий Хайдеггер в 50-х годах трижды приезжал в Швейцарию (хорошо, что не в СССР), чтобы в течение нескольких лет быть супервайзером для многих высоко одаренных клиницистов и практиков, отвлекая их от текущей работы, в то время как там же две знаменитые женщины-пациентки Зельда Фицджеральд и Эллиен Вест шли к неминуемой смерти через суицид.

Причем три разные несопоставимые грамматические формы языка, существительное, прилагательное и глагол, со здают три течения внутри феноменологического направления психотерапии. Первый уровень, нейтральный, не имеет точек соприкосновения с клинической традицией и существует параллельно с ней, второй, агрессивный, обнаруживает склонность к разрушению клинических и психоаналитических представлений о патологии, третий, компромиссный, пытается модернизировать психоаналитическую методологию путем замены Психофизиологических понятий личностными, на самом деле в духе классической психологии субъектно-предикатными, а также преодолеть представления о психологических механизмах вытеснения и сублимации в том виде, в каком они представлены в классическом психоанализе. Хотя Босс упрекает Хайдеггера, что он даже ограничивает количество экзистенциалов, на первых двух уровнях слишком много аксиом, здесь явная априорность теории, которая не использует принцип экономии мышления – «сущности не следует умножать без необходимости» (Оккам).

Мы часто думаем, почему появились эти аксиомы, ведь само понятие Dasein имеет достаточный объем, достаточно антропологизировано, чтобы быть использовано и в клинической психиатрии и в психоанализе. Хайдеггер, как и Гуссерль, лишивший некогда сущность существования, увел свое слово от того содержания, которое стремился ему дать, а именно от свойств пространства и времени: Dasein по определению бестелесно и направлено на себя. Поэтому оно переводится на гносеологический уровень (которому обязана вся психология как наука), где и заменяется на экзистенциалы, т. Е. пространственность, темпоральность и телесность. Любопытно, что авторы, именитые ученые и целители, оперируют одним (*Франкл*) или ограниченным количеством (*Босс*) экзистенциалов, не опровергая остальных, – такое новшество не встречается ни в клинической ни в психодинамической области, здесь практикующие врачи одинаково свободно владеют и теорией

и диагностикой и лечебными приемами. Например, Блейлер и Фрейд разделяют свои «участки» более привычным в медицине способом – по нозологическому принципу, по узкой специализации (шизофрения и невроз), хотя являются крупными новаторами в психиатрической теории вообще (*Блейлер, Фрейд*). А менее известные ученые, современные клиницисты, и это знает каждый практикующий врач, отдают предпочтение одному из нейролептиков: в годы нашей клинической практики один профессор назначал чаще фентиазины, другой бутирофеноны, а третий искал что-то свое оригинальное, хотя многие из них являются авторами справочников и руководств по психиатрии. Удивляет еще и то, что отказ от клинической традиции никак не обоснован, нам непонятно, что им мешало использовать вековые клинические наблюдения в своей практике. Мы также не встречаемся с известным в медицине приемом – анализом своего собственного пути при традиционном лечении пациента, к примеру «на кушетке» или нейролептиками и шоками в условиях стационара и амбулаторной практики. Но самое парадоксальное мы видим в том, что, объявив настоящую войну любым формам интерпретации текущего состояния пациента, выдвинув на первый план непосредственный опыт, как раз больше других интерпретируют, или как говорят клиницисты «психологизируют», патологические явления. Так, Медард Босс пространно объясняет депрессию категорией вины, хотя чувство вины не всегда имеется в этом патологическом состоянии (например, при соматически обусловленной депрессии, в результате посттравматического стресса или в случаях, когда депрессия сопровождается чувством своей невиновности, вину же внушают следователи или расисты), вместо того чтобы описать все то, что он увидел, уточнить, что было сказано до него в общей психопатологии, например, представление о триаде: снижение настроения, замедление моторных и интеллектуальных функций (*Босс, с. 94-100*). В последнем случае нет даже ссылок на собственные трудности, разочарования, а также на результаты сравнительного анализа деятельности

других врачей, своих коллег; последователи Хайдеггера (от Бинсвангера до Буженталя) излишне суетились, спешили быть первыми, стремились «как можно быстрее пойти как можно дальше» и, по нашим впечатлениям, чувствовали себя хозяевами чужой души.

Как объяснить на языке экзистенциально-гуманистического направления, что при алкогольном делирии или сумеречном помрачении сознания пациенту обязательно надо заснуть, а чтобы не было развития прогрессивного паралича, необходимо лечить сифилис на его ранних стадиях? Какой базовой тревогой объяснить слабоумие или парафренный бред, слабодушие при старческом слабоумии и симптом зеркала при болезни Альцгеймера, к какому из экзистенциалов отнести бессонницу или головную боль? Как передать представителям «третьей силы», что межличностная отстраненность в обычном представлении гораздо сложнее, глубже, важнее для клиники, чем блестящие определения одиночества у Кьеркегора, Сартра и Камю, даже если сравнить человечество, как Ялом, с ночными кораблями? Мы имеем в виду не только тюремный или дорожный психоз, но аутизм как болезнь и аутизм как начальную стадию многих психических и соматических расстройств. Но если не все психические болезни входят в сферу влияния представителей этого движения, то какой смысл развивать антипсихиатрическую направленность своей теории, почему бы не оговорить условия сосуществования с клиникой, добрососедские отношения? Когда Медард Босс досадует, что психологи и врачи «ремонтируют» больного словно сломанные часы, это можно понять, но когда он считает, что у психического заболевания нет причин, есть только мотивы, — возникают сомнения в компетентности этого ассистента О. Блейлера.

Еще несколько замечаний надо сделать с практической точки зрения: общая психопатология претерпевает в текстах этих авторов значительные изменения (обедняется симптоматология, синдромология почти отсутствует, а нозологии сокращены до одной шизофрении без дифференциации ее форм и течений); разрыв с клинической традицией доходит до отрицания

психической болезни как таковой (Купер, Лейнг, Мей); нет уточнения клинических фактов и сравнения с собственными наблюдениями; нет систематических историко-психиатрических исследований, а все многообразие психиатрической науки сведено к понятию о тревоге, к чувству вины и персоне Фрейда; здесь значительно больше, чем в психоанализе, проводится дискриминация душевнобольных по принципу «это неизлечимо». Но самое главное в том, что, декларируя личностный подход к лечению психической патологии, представители феноменологического направления (особенно Бинсвангер) не искали или не нашли соответствующую личностную патологию: они удовлетворяются добавлением частицы отрицания к любимому экзистенциалу. Надо также добавить, что представители второго и третьего звена экзистенциально-гуманистического направления не установили между собой категориальных связей, а используют разные уровни Dasein – экзистенциалисты гносеологизируют, гуманисты психологизируют (мы имеем в виду и классическую психологию и психоанализ) это понятие.

Если попытаться кратчайшим образом обрисовать все направления и школы в современной психотерапии, можно сказать, что они основаны на двух представлениях о психической активности – волновой и корпускулярной. Как Максвелл в области физики, так Фрейд ответил на многие вопросы, поставленные создателями науки психологии, на многие, но не на все. Творческая или другая активность человека в результате действия механизмов вытеснения или сублимации (здесь разница несущественна) или на основе принципа удовольствия направлена на удовлетворение суммы инстинктивных влечений (Triebe) именно волнообразно, т. е. без остановки. Это особенно наглядно можно показать на примере интерпретации психодинамистами художественного творчества: конечный продукт, приравненный к сновидению, к наивным рисункам душевнобольных (т. е. к неполным по форме результатам), не является предельным, произведение не останавливает эту активность благодаря своей законченности и похоже на

промежуточные формы в процессе своего становления; именно поэтому психоаналитическая теория по большому счету не является теорией личности, иллюзия ее существования возникает благодаря суммированию всей продукции жизнедеятельности человека. При достижении «на ходу» этих промежуточных результатов происходит смена физиологических приоритетов (с постоянным доминированием сексуальной потребности) и волна творческой активности вновь поднимается до высшей точки.

До Хайдеггера ученики Штумпфа Кёлер и Вертгаймер с одной стороны, Гуссерль с другой частично преодолели принцип линейности, но как бы написали одноактную пьесу без линии жизни, она представляется в виде опосредованной суммы феноменов и гештальтов. Только Хайдеггеру удалось завершить это движение и он при всем своем недовольстве линейной и волновой теорией, которое он выразил Франклу после совместного посещения Фрейда, пришел, как ему казалось, к ее опровержению, вернее – с позиций понятия *Dasein* (вот-бытия) добавил важнейшее свойство прерывности, корпускулярности. Экзистенциал смерти распространяется на каждое мгновение человеческого существования, создавая некую завершенность (финальность) жизненного порыва; значит, жизнь человека и волнообразна и пунктирна, это вереница «смертей» и «рождений», череда элементарных творческих актов, структурных переходов. Важная поправка, но ни один из последователей Хайдеггера не осознал ее до конца и не ответил на вопрос, как лечить душевнобольного посредством визуально-вербального взаимодействия. Достаточно вспомнить, что Маслоу ставил в один ряд бессмысленное постукивание пальцем по клавишам рояля, т. Е. явление непрерывное, линейное, а может быть точечное, и процесс создания шедевров искусства, имеющих драму начала, движения и конца (*Maslow*).

Если рассмотреть одну из классических схем жизнедеятельности человека: сумма влечений – сублимация – нейтрализация/удовольствие, то местом *Dasein* в этой схеме можно считать третье звено. Недаром самые видные последователи нового взгляда на природу творческой активности

имели отношение к практике психоанализа, это *Бинсвангер, Босс, Кайзер, Маслоу, Франкл и Ялом*, и каждый из них по-настоящему отрицал только одно – принцип удовольствия. Конечно, если человек собирается на похороны или на другое общественно важное мероприятие (митинг, театр, война), он руководствуется мотивом вот-бытия, а не ожиданием удовольствия, но даже нейтрализация инстинктивных влечений преследует ту же цель. Некоторые из наших пациентов, по их признанию, совершали суицидальные или другие ненормативные поступки чтобы ощутить реальность текущего времени и пространства, а пресса и телевидение целиком базируются на этой потребности; быть в курсе новостей, делиться своими впечатлениями не имеет отношения к реализации либидо. Добавим также, что при наличии чрезмерной активности врач-психиатр назначает успокаивающие препараты, прием которых приводит к нейтрализации патологических мотивов (в том числе и сексуальных), делает человека адекватным, но это не сопровождается чувством удовольствия. Разработанный нами тест «пространственно-временных нарушений», которому в настоящей работе не нашлось места, подтверждает это утверждение. Цель теста – обнаружить тонкие пространственно-временные нарушения при пластической ритмике. Здесь расстройства координации относятся к пространственным изменениям, а соответствие пластических движений музыкальному ритму – к временным.

Естественно, что понятие сублимации, напоминающее отправление физиологических потребностей без «захвата» личности (например, сублимация во сне, похожая на поллюции или энурез), с введением общих пространственно-временных категорий должно было быть заменено новым понятием. Это самоактуализация, которая занимает место второго звена психоаналитической схемы, хотя Роджерс, Маслоу и многие другие американские гуманисты в области психотерапии распространяли это понятие на всю схему. В интерпретации этих авторов самоактуализация – и

верховная потребность и процесс удовлетворения потребностей и творческое удовольствие.

Есть гении (Шекспир, Бах), чьи личные взгляды не накладывали отпечаток на содержание их произведений, но Хайдеггер, на наш взгляд, «темнил»: находясь под заметным влиянием иудейско-христианской ментальности, он отправлял своих читателей к досократовской философии, к Пармениду. Мы шли не от работ великого философа, которого юношески не изучали из-за его профашистских высказываний, а от поздних интерпретаций (Мартин Бубер и хасидские мудрецы) библейского вопроса «Где ты»? Мы обратили внимание на притчу о шефе жандармов, который вошел в тюремную камеру, чтобы узнать у цадика смысл этого вопроса, на что последний ответил в духе морального упрека, что Бог не мог не знать, где пространственно находится Адам, а кем он, сорокалетний, стал (инженером, врачом, спортсменом, а может быть шефом жандармов) с тех пор как был вылеплен. Несмотря на восхищение шефа жандармов мудростью собеседника, очевидно, что Создателю и это было ясно, он знает, кем каждый из нас стал, как знает все наши ошибки (грехи) и достижения, он не может знать только одно: будет ли Адам (т. е. каждый из нас в любую минуту) настолько искренен, открыт, подлинен по Хайдеггеру, чтобы сказать «Я здесь, а не там», не показать личину по Юнгу, а показать лицо и это называется испытанием. Когда Адам сказал «Я здесь», он строил пространство вокруг себя, но кроме того он в нашем прочтении ощупал свое лицо (сенсорное зеркало) или, возможно, увидел свое отражение в воде – единственном в природе зеркале, а может быть «увидел свое отражение в Еве; другой человек – лучшее зеркало», и с этим мнением нельзя не согласиться (*Айрапетян*). Он дал начало времени, которое имеет протяжение, поскольку направлено и направлено в сторону Бога, но это же происходит с каждым человеком в любом его состоянии, кроме психического расстройства. В это же мгновение Бог из прообраза становится над адресатом, т.е. Богом, поскольку реальный двойник появляется в момент

обнаружения себя, идентификации с самим собой.

Когда Адам отвечает Богу на сакраментальный вопрос («первое структурное раскрытие человеческого бытия»)*, появляется некое подобие ожидания и протяженности, которое ничем кроме как временем назвать невозможно, но нигде в Священном писании мы не встретили диалога в общепринятом (как это описывает Розеншток-Хюсси) смысле, как череды обращений друг к другу, это взаимодействие всегда одноактное, а жизнь человека выстроена из этих актов. Известно, что Адам передвигался в пространстве, как путешественник в джунглях, а значит, каждый раз он воспринимал один и тот же вопрос и направлял Богу один и тот же ответ. ** «Бытие человека (в качестве человека) есть вопрос, вопрошание («пытание») о бытии. «Пытание» бытия — допытывание, испытание, попытка, опыт бытия — в этом *начало* бытия человека в качестве человека» (Ахутин, с. 93). Именно это хотел донести до своих последователей Хайдеггер, но допустил одну неточность, которая резко снизила эффективность лечения психозов: местом бытия он считал язык, поэтому все психотерапевтические техники указанного направления, даже логотерапия, строятся на принципе вербального взаимодействия. Но мы ведь хорошо представляем, что вопрос, посланный Адаму, мог бы появиться и в виде пиктограммы или образа во сне или наяву, его смысл мог быть передан особым образом, даже путем простых и сложных изменений в теле, и сам он отвечал неизвестно как.

Мы даже придумали притчу «Серебряное кольцо» под впечатлением фильмов «Ночи Кабирии» и «8½» Федерико Феллини. Речь идет о реальной московской вечеринке в начале семидесятых, где один незнакомец, лицо которого никто потом не вспомнил, своим непривычным голосом и абсурдными речами долго вызывал раздражение, а потом неожиданно возникла атмосфера единения и веселья среди скучавших и обособленных

*Об этом феномене самым убедительным образом пишет Горбов на основании клинических наблюдений и исследований психических состояний у пилотов (см.: Горбов, 1971, 2000).

**Ахутин, с. 89

гостей. Состояние «Я здесь, а не там» так же важно для человека, как жизнь по отношению к смерти, но и музыка (как «мелодия жизни») часто служит этой цели.

Это средство, которое не имеет ничего общего с групповой (сектантской) психотерапией, в гораздо более изощренной форме используется нами на протяжении двадцати последних лет практически ежедневно, оно, как это ни парадоксально, способствует также процессам идентификации и самоидентификации врача и пациента: появляется хор как в древнегреческой драме, группа обсуждает каждое событие сотворчества с пациентом по схеме «похож – непохож».

Самоидентификация – не монолог одного из партнеров, а интенсивный диалог с самим собой, особое жизненно важное состояние целостности, внутренней связности человека и его «я». Но это не простая рефлексия в значении и объеме Тейяра де Шардена, а рефлексия с избытком, событие бытия по раннему Бахтину*, выход из своей оболочки и взгляд на себя со стороны в известной всем перспективе и с направленностью на иное бытие. Но если между обычными людьми это состояние более или менее достижимо (существует множество инструментов, среди них занятия искусством), то больному человеку нужна помощь специалиста. Так в 1987 г. Возникла идея автопортрета как жанра лечебного искусства.

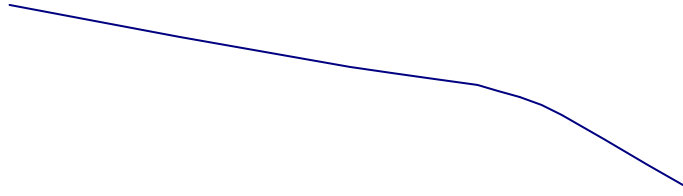
Метод автопортрета позволяет объединить представления о волнообразном и корпускулярном подходах в психотерапии, клиническую и церковную традицию, психоанализ и экзистенциализм. Волнообразность изготовления пластилиновой маски имеет нулевую точку отсчета, яйцо, и пик, стилистически законченный образ, который есть не что иное как самый убедительный из всех сублимированных объектов, потому что он и символичен, т. Е. имеет прямое отношение к текущему состоянию пациента, и выполняется в направлении его (пациента) портретного сходства. Затем образ тщательно закрывается пластилиновыми лепешками без его

*«Сознание автора есть сознание сознания, то есть объемлющее сознание героя и его мир сознание, объемлющее и завершающее это сознание героя моментами, принципиально трансгредиентными (внеположными – Г. Н.) ему самому, которые, будучи имманентными, сделали бы фальшивым это сознание» (Бахтин, 1979, с. 14).

травмирования, с сохранением его в «нематериальной» форме, переводится в бессознательное субъекта творчества, образуется новое яйцо больших размеров и вновь волна психической активности достигает своего предельного уровня. Корпускулярность тоже вполне очевидна, так как благодаря аннулированию предыдущего образа наступает пауза в творческом процессе с подготовкой нового творческого акта.

С пациентом же происходит следующее: представим себе известный жест ребенка или взрослого, когда, совершив общественно неприемлемый поступок, он закрывает лицо руками. Символически он отстраняется от Других людей, аутизируется – но, к счастью, ладони не только ширма, но и зеркало, помогающее ему создать новое лицо, приемлемое для окружения, исправиться, обновиться; вспомним амбивалентный по своей сути проверочный взгляд ребенка сквозь пальцы и подзадоривание взрослых (социальные зеркала), приглашающих его к общению. Точно так же в процессе изготовления автопортрета, после закрытия очередной маски больной остается один на один с реальным зеркалом, в котором отражено его лицо, готовое к обновлению, к созданию более адекватного, как ему кажется, образа в пластилине. Надо ли говорить, что патологическая отстраненность (универсальный личностный феномен) и есть терапевтическая цель при лечении автопортретом, она совпадает и с понятием внутреннего конфликта у психоаналитиков, аутизма и негативных расстройств у клиницистов, «плохого гештальта», нарушения темпоральности, пространственности и телесности в учении о Dasein.

В заключение хотелось бы предельно упростить содержание этого раздела. Клиницист считает: есть здоровые и больные люди. Человек «стоит на месте», а болезнь неуклонно прогрессирует. Строго говоря, болезнь можно лишь остановить на более или менее длительный срок. Возможно и спонтанное выздоровление.



Психоаналитики считают, что здоровых нет, все люди невротики. Человек выживает благодаря механизмам сублимации и вытеснения. Если усилить сублимацию вытесненных переживаний, качество жизни улучшается.



Представители экзистенциально-гуманистического направления думают, что душевнобольных и невротиков нет, есть ослабление экзистенциалов и модусов, что благодаря их глубокому пониманию или механизмам самоактуализации исчезает, а жизнь экзистирует дальше в прерывистой форме:*



В рамках портретного метода психотерапии мы убеждены: есть здоровые и больные, последним свойственно (вопреки их воле) терять внешние связи. Линейного развития болезни нет, есть усугубление или восстановление количества и качества внешних отношений, негативных расстройств психики (графически изобразить это явление невозможно – ни в виде линий, ни в виде волн, ни в виде броуновского движения).

Выздоровление может наступить, если активизировать механизмы

*Об этом с такой же простотой пишет Ялом в своей известной книге «Экзистенциальная психотерапия». Используя идею Dasein в старом диспуте о целесообразности вечной жизни, он считает ее не менее наполненной смыслом из-за разрыва бытия. Впрочем, идея находит опору в тесте смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева (Леонтьев, Ялом).

идентификации пациента с самим собой. Понятия *Trieb*, архетипического образа, экзистенциала, модуса, гештальта заменяются понятием зеркального образа «я». Сублимация, трансценденция, самоактуализация, прегнанц-тенденция заменяются идеей реконструкции утраченного образа «я» посредством визуально-вербального контакта с пациентом.

Раздел не будет иметь завершения, если не сказать об авторе выражения «третья сила» или «третья волна» Абрахаме Маслоу, ученике Макса Вертгаймера и Рут Бенедикт, не оказавших, к сожалению, на него никакого влияния. Его любимое детище – понятие самоактуализации, а все остальное – студенческие импровизации вокруг той или иной модной психологической теории (*Маслоу*). Мы не будем углубляться в его труды, достаточно вспомнить, что, будучи авторитетным теоретиком творчества, он игнорировал ценность результата, приравнивая «какую-нибудь деятельность», например бессмысленное постукивание пальцем о клавиши рояля, с процессом создания великих произведений искусства на том основании, что и в том и в другом случае человек реализует себя. Нам повезло, поскольку автор сам произвел «вытяжку» из своих многочисленных трудов по этой проблеме в статье «Самоактуализация», изданной в 1967 г. (*Maslow*). Отметим лишь, что ни один из декларированных им восьми тезисов по исследуемой проблеме не выдерживает испытания временем и легко опровергается любым специалистом, имеющим отношение к лечению душевнобольных.

Согласно Маслоу, во-первых, «самоактуализация означает *полное, живое и бескорыстное переживание* с полным сосредоточением и погруженностью, т. Е. переживание без подростковой застенчивости». Абсурдность этого тезиса в том, что как раз благодаря тому, что называется «подростковой застенчивостью» можно остаться в живых, да еще иметь шанс создать что-то похожее на произведение искусства. «В момент самоактуализации индивид является целиком и полностью человеком». В многочисленных работах этого автора мы не нашли определения понятия «целиком и полностью человек», а

также «момента, когда Я реализует самого себя». Мы лишь знаем по тексту, что лучше «наблюдать со стороны..., видеть, что это очень приятный момент». Ключом к этому является бескорыстие», но с какой стороны наблюдать и что за бескорыстие имеется в виду?

Во-вторых, и это комментария не требует, потому что имеет отношение не к психическим, а к этическим нарушениям: «Самоактуализация – это непрерывный процесс; она означает многократные отдельные выборы: лгать или оставаться честным, воровать или не воровать».* Таким образом, терапевтической мишенью для А. Маслоу является ложь или в худшем случае воровство (надеемся, убийство тоже), а не психоз или невроз; это характерно для многих представителей рассматриваемого направления, когда декларируется одна проблема, а потом в середине рассуждения без всякой логики вдруг появляется другая. Для нас существенно, что пока самоактуализация это процесс, а не мотив или результат творчества, т. Е. понятие соответствует своему названию.

В-третьих, «само слово “самоактуализация” подразумевает наличие Я, которое может актуализироваться». Это Я проявляется путем «*прислушивания к голосу импульса*», чем и занимаются душевнобольные в остром галлюцинозном-бредовом состоянии, тем более что автор советует закрыть глаза, если это возможно, «затаить дыхание» (надолго ли?), отключиться от шума внешнего мира и обратиться к «Верховному судье» внутри себя. Можно точно сказать, что такой прием требует избытка душевного и тем более физического здоровья.

Четвертое. Надо быть честным, потому что оказывается, что больные чаще всего неправдивы, они «играют в игры» и позируют, а также с трудом

*Здесь речь не идет об исследовании психологических механизмов воровства, как это достаточно убедительно делает А. Ш. Тхостов «Воровство в данном случае – это поиск объекта, стремление «получить принадлежащее по праву», т.е. материнскую любовь. (Тхостов, с. 184).

принимают предложение *быть честными*. Здесь можно усомниться в компетентности автора – видел ли он хоть одного душевнобольного?

Пятое. Быть нонконформистом. Следует ответить автору, что наши пациенты и есть нонконформисты, не случайно инакомыслящих обследуют на судебно-психиатрических комиссиях.

Шестое. «Самоактуализация – это не только конечное состояние, но также *процесс* актуализации своих возможностей». Эта фраза возвращает нас к началу статьи, где автор признается, что его идея не завершена, а содержание понятия самоактуализации похоже на пятно Роршаха. Только непонятно, почему он неясную как пятно идею рекомендует практикующим врачам и будущим психотерапевтам – своим студентам.

Седьмое. «*Высшие переживания* – это моменты самоактуализации. Это мгновения экстаза, которые нельзя купить, которые не могут быть гарантированы и которые невозможно даже искать». С этим общим местом в психологии творчества нельзя не согласиться, но как оно поможет нам при лечении пациентов, если моменты самоактуализации невозможно искать, найти и даже купить?

Восьмое. Найти самого себя, раскрыть путем *разоблачения собственной психопатологии*. Имеется в виду преодоление анозогнозии, т. Е. некое чудесное избавление от психического недуга, и здесь у нас нет возражений. Цель ясна, но средства отсутствуют, может быть поэтому автор признается, что он ненавидит слова «терапия», «психотерапия», «пациент» и медицинскую модель, предполагающую ищущего лечения больного человека.

Попытка Маслоу приблизить феноменологию к психоанализу путем создания новой иерархии потребностей на основе «стыдливого» отказа от либидо – образец спекулятивного, как сказал бы Хайдеггер, «неподлинного» мышления, самоактуализация у автора и верховная потребность и творческий процесс и воплощенный результат. Высказывания Маслоу могли быть

услышаны в небольшом кружке его почитателей-современников, но ведь он самый цитируемый представитель экзистенциально-гуманистического направления, его имя можно встретить во всех словарях, энциклопедиях, статьях и монографиях по психологии и психотерапии. Тем не менее, его произведения воспринимаются нами как один из многих видов «сорных» трав, заполняющих неухоженное поле общей и частной психопатологии. По странному стечению обстоятельств этот автор встал рядом с такими глубокими мыслителями как Хайдеггер, Бинсвангер, Босс и Роджерс.

Мы рассмотрели принципы терапии методом автопортрета, но не описали роль самого психотерапевта в этом процессе. Нет никакого сомнения, что эту проблему впервые поднял и методологически верно определил Карл Роджерс. Если представить себе, что художник это врач-психиатр, а модель – его пациент, то разве не эти многоплановые взаимоотношения имел в виду Роджерс, когда говорил о внутренней согласованности Я-концепции, конгруэнтности пациента и врача, а в еще большей степени эмпатии (*Гиппенрейтер, Карягина и Козлова, Роджерс*)? Идеи Роджерса, каждая из которых могла бы определить развитие терапии психозов на ближайшие десятилетия, были высказаны в предельно удобной для практика форме. У него много удивительно точных рекомендаций типа, что следует лечить или к чему стремиться (например в педагогике), но как их осуществить в жизни, читателям его методических рекомендаций неизвестно. Перефразируя Франца Кафку, можно сказать, что Роджерс построил психотерапевтическую пирамиду, на которую сам не смог взобраться.

Переход от теории сублимации к теории самоактуализации для арттерапевта означает потерю исследовательской почвы под ногами, это переход от фундаментальных или спорных идей одного мэтра к исполнению благих пожеланий другого. Первое пожелание относится к важности духовного опыта, контакта с пациентом, а не только научных знаний для психотерапевта, с чем мы полностью солидарны. Но возникает вопрос, как приобретать этот опыт? По Роджерсу пациент садится к столу и у нас

возникает множество вопросов прагматического характера: какой стол по форме, фиксировано ли место психотерапевта и пациента, каково расстояние между собеседниками, как воспринимается интерьер кабинета, как распределяется свет, во что одеты партнеры по диалогу, смотрят ли они друг другу в глаза или общаются опосредованно (предметно), как определяется начало и конец сеанса, кто еще присутствует (сколько), где он сидит (стоит, облокачивается, лежит, танцует) и мн. Др. Поскольку ответов на эти вопросы мы не находим у Роджерса и его интерпретаторов, мы допускаем, что речь идет о канцелярской, манипулятивной обстановке и больших трудностях в создании терапевтического климата (еще одна блестящая идея Роджерса о фасилитации терапевтического процесса). Мы утверждаем, что большая часть пациентов-психотиков (а именно на их лечении настаивал создатель клиент-центрированной терапии) без элементов медицинского насилия откажется участвовать в плановых мероприятиях или вовлечет терапевта в свою бредовую систему. Здесь же автоматически отпадают два других пожелания автора – о равном партнерстве (конгруэнтности) и об открытости врача и пациента. Мы утверждаем также, что пациент в подобных условиях будет молчать или говорить об отвлеченных вещах, не заботясь о своем терапевте, а тот за короткое время может выродиться в отчаянного циника. Равное партнерство, абсолютно необходимое для лечения пациентов-психотиков, невозможно осуществить в дуальной структуре психотерапевтического взаимодействия.

Мы также не согласны с утверждением Роджерса о полной открытости в условиях вербального контакта (если исключить, например, стихотворные рецитации из Данте, как это практикуется в Институте майевтики в Лозанне); некий авторитет в медицине вообще необходим, может быть не прямой, а косвенный. Открытость по Роджерсу в рамках вербального контакта кажется практически недостижимой: как быть открытым врачу с подростком, как высказать свои религиозные переживания атеисту, как рассказать любому клиенту о сложных перипетиях собственной жизни? – двойные стандарты тут

неизбежны. Далее мы остановимся на открытости в виде протоколирования, аудио- и видеозаписей процесса психотерапии, но и такое нам представляется недостаточным. Мы допускаем присутствие специалистов, опекунов или случайных людей во время работы с пациентом в помещении, где двери не запираются. У нас есть опыт работы с тяжелыми пациентами, когда зал превращался в съемочную площадку, освещенную софитами, заполненную профессиональной суетой киногруппы и «зеваками», такая «суматоха» не мешала нескольким специалистам (в том числе гипнотерапевту) одновременно работать со своими подопечными. Однако в ряде случаев не только присутствие посторонних, но и ведение дневника может нанести непоправимый ущерб психотерапевтическим взаимоотношениям.

Многие пожелания Роджерса относятся, как это ни парадоксально, к методологии, а не к практике клиент-центрированной психотерапии; это, во-первых, идея самоактуализации. В отличие от термина «сублимация» непонятно, откуда появилось такое простое и доступное, литературное слово «самоактуализация» («цель творчества – самоотдача, а не шумиха, не успех...» – Пастернак). Мы не можем сказать, как она стала по Роджерсу и Маслоу основным мотивом человеческого существования, но если это правда, тогда вокруг нас были бы дикие леса, пустыни и снежные дали, существование без цели построить дом, сесть в кресло у камина и подремать. Наконец, остается неясным, к какому лечебному эффекту приводит самоактуализация, что при этом надо лечить. Мы утверждаем, что специальная (эксклюзивная) возможность вылечить психически больного человека есть сложная операция, требующая терпения, времени, значительных материальных расходов, усилий специалистов-профессионалов, которые помогают пациенту стать адекватным окружающей среде, жить в ней, а не на пороге по Фуко – американцу в Китае, а китайцу в Америке или наоборот (Фуко).

Место и роль психотерапевта в лечебном процессе нуждаются в специальном пояснении. Когда в зал-мастерскую нашего Центра приходит пациент, он находит свое место за столиком перед зеркалом. Кто-то из

присутствующих или лечащий врач дает ему инструкцию вылепить яйцо и работать над воспроизведением собственного образа. Пациент начинает работу, в процессе лепки он может обратиться к соседу, занятому тем же делом, за помощью. Когда же он доходит до предела своих возможностей, он спрашивает, как быть ему дальше («Ну все? Может быть, лечение закончилось?») – частый вопрос в нашей практике). Психотерапевт отвлекается от собственной работы над портретом или от любого другого занятия (стоя, сидя, в движении), рассматривает маску, отмечает все достоинства (о недостатках нет и речи, поскольку вопрос этот философский) и предлагает закрыть маску лепешками из пластилина. Значит, момент закрытия портрета и готовая эстетическая форма для пациента равноценны. Мы знаем, как много переживаний вызывает у пациента поломка портрета или его исчезновение. Многие спустя годы звонят и спрашивают: «Как там мой портрет, можно прийти и дотронуться?» – но закрытие, аннулирование воспринимается так же легко, как успешное завершение. Чтобы закрыть портрет, нужен авторитет врача как художника, и в этом коренное отличие техники автопортрета от остальной арт-терапии; требование профессионального результата увеличивает меру ответственности врача перед пациентом. Но если пациент довел портрет до натуральной величины (предельный размер, принятый в нашем Центре), а качество его еще неудовлетворительное, но закрыть портрет уже нельзя, тогда наступает самый драматический момент для врача, истинная развязка в психотерапевтических взаимоотношениях. Дело в том, что врач не может продолжить работу над портретом без полного разрушения образа, создаваемого больным на протяжении длительного времени: он должен поменять местами левое и правое. Предстоит филигранное завершение последнего сеанса (как последнего слова), прерванного больным. Врач-портретист должен полностью перевоплотиться в пациента, сидящего перед зеркалом, а не перед ним, тогда как больной, помогая врачу, словно пользуется его опытными руками, чтобы технически завершить автопортрет. Законченная вещь теперь

закрывается уже формовочным гипсом и без обязательного участия врача и пациента, что означает финал психотерапевтического марафона.

Таким образом Роджерс, как и все представители экзистенциально-гуманистического направления думал в направлении лечения психозов, построения взаимоотношений между клиентом и врачом, создания оптимальной атмосферы лечебного процесса, но его не заботило, что лечить? Вопрос, который волнует каждого клинициста, но более всего он волновал Ойгена Блейлера, который наряду с Жане и Фрейдом, всю свою жизнь искал производящую психоз патологию. Мы утверждаем, что будущее в терапии психозов коренится в работах этих выдающихся психопатологов.

Глава 2. Комментарий к общей психопатологии

Работая в психиатрическом стационаре, мы испытывали потребность в посещении квартир труднодоступных пациентов: интерьер и быт восполняли недостающую деталь в картине болезни. В 1978 г. параллельно с лекарственным лечением мы стали лепить портреты душевнобольных, надеясь, что выполненная профессионально скульптура выведет их на путь к здоровью. Хотя наш стиль формировался под определенным влиянием японского искусства «улыбающихся» скульптур, на портретах оставался след болезни, то, что скульпторы называют настроением. Этот «недостаток» лечебного портрета как произведения искусства замечали и коллеги и модели и их опекуны. Отец пациентки М., директор мебельной фабрики, увидев портрет дочери, прослезился и сказал: «А вы говорили, что болезнь не очень тяжелая!» Некоторые врачи даже научились определять диагноз по отлитым и выставленным маскам. В 1987 г. мы поделился своими впечатлениями с корреспонденткой одной газеты и она опубликовала статью под названием «Портрет болезни лепит врач». Из этой публикации можно узнать, что мы овеществляем и уплотняем «плохого» члена пары – зеркального двойника больного, освобождая его самого от страдания. Только недавно, прочитав

«Рождение клиники» М. Фуко, стало понятно, почему нам было удобно работать дома или в атмосфере Московского института маскотерапии, где родственники пациентов активно участвуют в сеансах психотерапии. Создание портрета вернуло нас к диагностическим принципам клиницистов XVIII века, когда пациенту оказывали помощь в открытом пространстве, в окружении его родных и близких, чтобы, как считалось, болезнь «не утратила свое истинное *лицо*» (Фуко, с. 43). При обращении не только к лицу, но и к личности пациента болезнь действительно проявляет себя по-другому: наблюдается явление «межнозологической» причинности (патологическое одиночество), а многие понятия общей психопатологии воспринимаются в новом свете.

2.1. Спецификация клинического опыта

Общая или специальная психопатология, наука о закономерностях и природе психических расстройств, занимает особое место в практической психиатрии. В части описательной эта область знания не подлежит пересмотру, – существует сложная система аксиом (симптомы и синдромы), которую начинающий психиатр усваивает в необходимой степени и пользуется ею в своей профессиональной деятельности.

Из бесконечного потока опытных данных психиатр-клиницист выделяет безусловные (объективные) знаки болезни, структурно или суммарно объединяет их, а свободу выбора оставляет себе для нозографии. Это трудное искусство, оно из разряда виртуозных: мастерство заключается в том, чтобы, накладывая идею на опыт, создать иллюзию существования объективной и независимой от наблюдателя картины болезни. Симптомы и синдромы, как и в остальной медицине, носят имя первооткрывателей или имеют авторское обозначение, часто неточное (но звучное), из греческого и латинского языков.

Мы тоже следовали клинической традиции, пока не встретили одно утверждение в самом начале «Общей психопатологии» К. Ясперса. Он

пишет: «навязчивые идеи, требующие высокого уровня самосознания, не встречаются у детей, но обычны у высокодифференцированных личностей» (Ясперс, 1997, с. 35). Можно усомниться в том, что интеллект взрослого человека более дифференцирован, чем интеллект ребенка, и отметить, что в детском возрасте навязчивые идеи, представления, фобии встречаются не менее часто. Больше того, все детство, по нашему мнению, пропитано навязчивостями и ритуалами. Тут возникают вопросы следующего порядка: данными какой клиники пользовался большой философ? Наблюдал ли он больных детей и детей вообще? Помнил ли он свое детство, когда писал эти строки? Можно также вспомнить, каким поверхностным клиницистом оказался К. Ясперс в своей неудачной патографии творчества Ван-Гога. Как и Крепелин, подчиняя клинику ошибочной идее, что при шизофрении творческая душа погружается в «конечный хаос», он помимо безосновательной постановки диагноза, граничащей с деянием Герострата, называет ван-гоговские шедевры позднего периода «мазней без формы» (Ясперс, 1999). Но не только он любил рассуждать впустую: вот уже сто лет из учебника в учебник переходит нелепое утверждение Крафт-Эбинга, что эксгибиционизм – сугубо мужская болезнь (*Крафт-Эбинг*). Таких заблуждений довольно много в литературе той эпохи. В. П. Сербский был тогда одним из немногих врачей, кто не терял здравый смысл, интуицию и даже чувство юмора; большинство слепо подчинялось авторитетам (см.: *Каннабих*).

В результате анализа этой и других дефиниций, особенно в трудах представителей второй Гейдельбергской школы, мы пришли к выводу, что в эпоху становления психиатрии как научной дисциплины возникли теоретические посылки, которые не всегда опирались на клинический опыт (см.: *Гаррабе, Пятницкий, Шнайдер*). Не встречая преград, они дошли до наших дней, они влияли и продолжают влиять на формирование мировоззрения практикующего врача. Достаточно заметить, что один из представительных форумов нового времени сформулировал в качестве своего кредо лозунг: «Назад к Ясперсу!» (НПЖ, 1994, 1, с. 33-34). Сторонникам же нозологиче-

ского направления, пытавшимся вернуть приоритет клинического опыта, не удалось отмежеваться от общей тенденции и создать собственную теорию, они приходили к неразрешимым противоречиям. Один из многих примеров – тезис о нозологической специфичности синдромов, смена которых и создает эту специфичность.

«Каждой нозологически самостоятельной болезни – утверждает известный клиницист А. В. Снежневский – свойственен типичный для нее синдром. Как бы ни усложнялся тот или иной синдром, он, как правило, продолжает сохранять, если так можно выразиться, свою родовую принадлежность» (Снежневский, с. 172). Это вполне корректно с медицинской точки зрения, синдром приравнивается к одной из нозологий, но в общей психопатологии синдрому, как мы заметили, придают универсальное значение. Оказывается, синдром получает собственное обозначение не только в результате суммирования или структурирования симптомов, но и благодаря принадлежности к более общей категории, которую сам же формирует. А если учесть, что нозологическую специфичность по автору создает не просто синдром, определяемый в условиях *status praesens*, но способ его развития (динамика), то придется смириться с фактом существования еще одного класса априорных истин – нозологических единиц. Когда это астения, считает автор, то «астения неврастеническая, артериосклеротическая, паралитическая; не слабоумие вообще, а эпилептическое, сенильное или олигофреническое» (там же). Нетрудно выявить порочный круг в этих рассуждениях: из разрозненных симптомов возникает иерархическое целое (синдром), из иерархически же связанных синдромов – нозологическая единица, а дальше все распределяется в обратном порядке. Но даже формальная логика тут не нужна, автор сам опровергает сказанное: при «грубоорганических» и других психозах «могут возникнуть любые из известных синдромов», а «на глубоком уровне расстройства жизнедеятельности организма нозологическая специфичность патологии нивелируется» (там же, с. 173). Запутавшись в определениях

специфики синдрома, создатель послевоенной психопатологии пытается выдвинуть еще одну концепцию (видимо, эта тема его волновала всерьез).

Теперь «нозологическая специфичность болезни проявляется не в элементарных процессах (фактически в симптомах и синдромах – Г. Н.), а в особенностях расстройства всего организма как целого», а также в индивидуальной неповторимости и в личностных характеристиках пациента (там же). Мы с удивлением замечаем, что организм, индивид, личность, даже возраст и кое-что еще предстают в авторской интерпретации как синонимы. Дальше еще удивительней: «Индивидуальность как качественная категория имеет здесь первенствующее значение, она делает каузальные связи неповторимыми. Индивидуальное преломление патогенетических факторов превращает абстрактные нозологические категории в совершенно конкретные явления с широчайшим диапазоном отклонения» (там же, с. 174). Что же имеется в виду – специфичность симптома, синдрома и нозологии или «каузальных связей», «патогенетических факторов», о которых по чистосердечному признанию автора ничего не известно кроме того, что как раз наоборот, возможно, это штампы, стереотипы, возникшие благодаря тысячелетним (филогенетическим или историческим) «тренировкам» организма человека? Наконец, что следует принять за истину – «широчайший диапазон отклонений» или строго ограниченный набор признаков в синдроме?

Ответ на первый вопрос есть, правда мало удовлетворительный: «В особенностях симптомов психической болезни проявляются особенности патологического изменения всей личности больного» – приравниваются причина и следствие, фактор и феномен (там же). Чтобы самим избежать путаницы, вспомним, что по одной из версий автора симптомы определяют специфику синдрома, а синдромы – специфику нозологической единицы. И это не случайная фраза, она отражает теперь другую концепцию, а именно что специфика синдрома зависит от количества симптомов, «зависит от особенностей личности больного, ее индивидуальных свойств, предшествую-

щих наступлению болезни изменений, возраста» (там же). Значит, у здорового человека личности вовсе нет, так как у него нет ни одного симптома психического заболевания. (Здесь, видимо, уместно было бы говорить о нормальной и морбидной личности). Итак, возраст, личность, количество симптомов, индивид, организм, перенесенные в прошлом заболевания – явления одного порядка, может быть потому, что они видоизменяют «клиническую картину возникшего клинического расстройства..., проявления и исходное состояние психической деятельности» (там же, с. 175).

У представителей нозологического направления наряду с позитивной критикой феноменологов можно встретить несоразмерность понятий, неточность определений (неразличение слов «грубый» и «глубокий», «сложный» и «большой»; «личность», «индивид» и «организм» и многих других), употребление одного термина для обозначения разных по объему психопатологических явлений, а также квазинаучный язык формулировок, доступный лишь «посвященным» (см.: Руководство по психиатрии, 1999). Нередко встречаются довольно красивые высказывания, напоминающие точную поэтическую метафору, впрочем есть слова и словосочетания, которых нет ни в одном словаре, но об этом подробнее мы говорили в другом месте. Избыток субъективизма стал даже некоей традицией, стилем мышления, а своей вершины он достиг в «Общей психопатологии» А. В. Снежневского, где сказано, что синдром это «упряжка», а резвые «кони-симптомы» несут седока к неминуемой духовной гибели (*Снежневский*, с. 167).

2.2. Определение синдрома

Основой общей психопатологии является синдромология (Р. Крафт-Эбинг). Синдром или симптомокомплекс – некое структурное образование, в то же время это сумма симптомов или, возможно, их ограниченный набор. Предполагается, что синдром инвариантен по отношению к нозологической единице и может встречаться при многих болезнях. Это противоречит

общемедицинскому представлению о «закономерном сочетании симптомов, обусловленном единым патогенезом», когда синдром может быть интерпретирован либо как самостоятельное заболевание, либо как стадия строго определенной болезни. В таком случае, пользуясь выражением Юлии Кристевой, можно предположить, что понятие о психопатологическом синдроме, созданное в эпоху становления больничной психиатрии, это «протез для ампутированной субъективности» (Кристева, с. 256). Недаром при определении синдрома на клинических разборах пациент должен покинуть кабинет – происходит остановка и кадрирование его текущего состояния, а в смене дискретных по своей сути «срезов» души монтируется картина болезни (см.: Каплан).

В то же время синдром – не просто фрагмент переживаний в усеченном времени, но фрагмент фрагмента, так как существует и понятие основного (ведущего) синдрома заболевания. Возникает вопрос: что делать со второстепенными синдромами, которые присутствуют в переживаниях пациента? Определять ли их как синдром – ведь практический врач видит их и стремится преодолеть?

Для распознавания психопатологического синдрома количество элементов в одних случаях может варьировать (параноидный синдром), здесь достаточно присутствия ведущего признака (например, бреда преследования), а в других случаях говорят о строго определенном наборе симптомов (четыре неперенных признака помрачения сознания или три компонента эндогенной депрессии).

А. В. Снежневский считает, что хотя «клиническому проявлению каждого нозологически самостоятельного психического заболевания свойственно преобладание одних синдромов над другими» (Снежневский, с. 167), иерархия синдромов может внезапно исчезнуть, когда патология, «однажды возникнув, развиваясь цепной реакцией, включая в работу звено за звеном, сохраняя при этом фазы и периоды своего развития», приводит к генерализации (слово, заимствованное из неврологии) основного синдрома

заболевания (там же, с. 168). Откуда приходят и куда уходят второстепенные синдромы, а также структурно неорганизованные и разрозненные симптомы, в каких отношениях они находятся между собой, науке неизвестно. Ясно одно: при генерализации теряется структурный характер синдрома, даже когда генерализация означает не вытеснение, а объединение основных, второстепенных синдромов и всего остального в единый психопатологический комплекс. В таком случае потеря структуры это потеря «типичности в преобладании одних синдромов над другими..., свойственная каждому отдельному психическому заболеванию» (там же, с. 167), что позволяет до генерализации или, как выражается автор, при «частичной» генерализации «клинически выделить отдельные психические болезни (нозологические единицы)» (там же). Получается, что при генерализации основного синдрома и исчезновении иерархических признаков структуры нозологическая единица перестает существовать. Что же говорить о моносимптомах или симптомах, которые «вне этой системы (структуры синдрома, – Г. Н.) не имеют смысла»? Выходит, человек не страдает и ему в таком случае помогать «не имеет смысла».

Эти парадоксы родоначальник советской психиатрии остро чувствовал, он несомненно ощущал и спекулятивный характер своего учения о синдромах. «Стереотип развития болезни может выступать в качестве общепатологического, свойственного всем болезням стереотипа и стереотипа нозологического, присущего отдельным болезням (И. В. Давыдовский). Из такого положения вытекает необходимость обнаружения общих всем психозам закономерностей» (там же, с. 168). Очевидно, что учение о синдроме и нозологии нуждается в пересмотре, в радикальном преобразовании, приближении к общемедицинским стандартам. Характерна привязанность автора к трудам патологанатома И. В. Давыдовского и невролога С. Н. Давиденкова. Поистине реформаторская идея, высказанная много лет назад создателем шизофренологии, которая привела к «шизофренизации», если можно так выразиться, всего контингента психиатрических больниц. Таким

образом, не имея оппонентов, только он сам и посмел пойти против себя, против собственной концепции о регистрах психопатологических расстройств.

Синдром как комплекс. По одному из определений речь должна идти о комплексе симптомов: «Комплекс (от лат. *complexus* — связь, сочетание) — соединение отдельных психических процессов в целое, отличное от суммы своих элементов» (*Психология. Словарь*, с. 170). Нам трудно представить себе, что такое *сумма* психических элементов и чем отличается комплекс от этой небывалой суммы, зато понятно обычное толкование этого слова: «совокупность предметов или явлений, составляющих одно целое» (*Большой энциклопедический словарь*, с. 557). Но объединение патологических явлений в одно целое – это уже определение болезни, единственной и неповторимой. Психоаналитическая же интерпретация комплекса имеет отношение к сфере причин, а не следствий невротического расстройства. Комплекс оказывает патопластическое влияние на симптомы, определяет содержание психоза. Психоаналитическому комплексу (слово, полученное от Цигена посредством Блейлера и Юнга) как «группе психических процессов, объединенных единым аффектом», к тому же несвойственна трансформация, так называемая динамика синдрома.

Синдром как структура. В другом случае имеется в виду структура, причем структура функциональная, подвижная, воспринимаемая как равное себе целое, развивающееся по своим внутренним законам. Неотвратимость этого развития (в данном случае отрицательное прогрессирование), его темп определяет форму болезни, тип ее течения, влияет на врачебные прогнозы и выбор средств лечебного воздействия. Нам представляется, что здесь общая психопатология испытала на себе влияние гештальтпсихологии: инвариантность психопатологического синдрома по отношению к отдельным нозологиям, неперенное присутствие синдрома в переживаниях любого пациента, динамика этой структуры, дискретный (скачкообразный) характер ее развития (М. Вертгаймер, В. Кёлер, К. Коффка, Х. Эренфельс).

Однако как функциональная структура синдром не является объективно существующим, воспроизводимым в эксперименте гештальтом, потому что он формально не упорядочивает многообразные внешние явления. Синдром не обладает функциями перецентровки равнозначных (с точки зрения симметричного целого) элементов, структура может быть распознана даже при частичном изменении всех его элементов (ср. опыт с музыкальными нотами: свойства аккорда и свойства тональности). Важнейшей особенностью гештальта (образа, формы, конфигурации) в отличие от синдрома является заполнение всего поля сознания (вспомним эксперимент Кёлера с обезьянами). Еще одна немаловажная деталь заключается в том, что элементы гештальта позитивны, а сама структура стремится (прегнант-тенденция) не к усложнению, а к упрощению, к трансформации в оптимальную, «хорошую» форму, что сопровождается катаргическим явлением «инсайта». То есть гештальт имеет тенденцию к разрешению проблемной ситуации, а синдром – к ее обострению. Гештальт как истинная структура структурно же изменяется, а синдром изменяется за счет увеличения или уменьшения количества и качества элементов. Поэтому не существует легких, среднетяжелых, тяжелых и переходных гештальтов, равно как поверхностных и глубоких, малых и больших, если иметь в виду учение о регистрах психопатологических расстройств.

В синдроме не только отсутствует доминирование формы над содержанием, но прослеживается, минуя форму и структурные связи, взаимная обусловленность отдельных элементов этой структуры, выражаясь языком политиков, – двусторонние отношения (например, содержание псевдогаллюцинаций и бреда); просматривается неравнозначность отдельных симптомов в синдроме, иерархический тип соединения элементов системы даже когда рассматриваются артефакты.

Еще одна немаловажная деталь: структура в синдромологии заведомо означает болезнь (в этом ее аксиоматичность), параллелей с «хорошими» (здоровыми) структурами не проводится. По сути, это некий антигештальт

или отрицание структурного (целостного) переживания вообще, норма в психиатрии подразумевает отсутствие всякой структуры, синдром образно представлен как некое анатомическое новообразование в «психическом теле» по А. Эю. Мы считаем необоснованным подобного рода отношение создателей общей психопатологии к столь ответственной части клинической психиатрии. В этой связи мы обратились к одной из «Валдайских лекций» А. В. Снежневского, которая была посвящена синдромологии, так как считаем, что после Карла Ясперса и Курта Шнайдера в постклассическую эпоху развития психиатрии именно он предпринял попытку построения общей психопатологии.

Хотя автор не проясняет свою методологическую позицию, он по существу отказывается от принятого в классическую эпоху психофизического параллелизма и придерживается вульгарно-материалистической основы. Ученый не просто следует материалистическому принципу о приоритете тела над душой, он идет к полной идентификации соматических и психических явлений, отрицая на деле наличие специфической психической патологии. Иметь философскую и психологическую культуру не считается обязательным в практической психиатрии, и это иногда приводит к странным результатам. Получается, что душа не просто функция тела, а ее вовсе нет. «Любая причина болезни вызывает те или иные ее проявления («картины болезней») только через посредство эволюционно сложившихся, иначе, исторически предуготовленных физиологических механизмов» (Снежневский, с. 164).

Здесь не очень понятно, что же обсуждается – психическая или физическая болезнь, эволюционные или исторические ее механизмы? «Идентичность расстройств, установленных у больных столь различными болезнями (психическими и соматическими, – Г. Н.), свидетельствует о существовании общих закономерностей патологии не только для нозологически разных психозов, но одинаково для всех болезней человека, в том числе и психических» (там же, с. 174). При подведении итогов автор проводит параллели между психическими и техническими «механизмами», опираясь

на представление о частичном или полном отказе системы по И. А. Ушакову. В этой публикации есть и другие противоречия, вот некоторые из них.

Автор любит рассуждать об эволюционных механизмах возникновения болезней, но легко подменяет эволюционный принцип историческим, говоря о том, что стереотипы главнейших психических заболеваний возникли на определенном этапе исторического развития человечества. Иллюстрируя свою идею, автор парадоксально утверждает, что шизофрения и эпилепсия «возникли в человечестве давно, возможно (?), они были у *доисторического* человека» (там же, с. 164). Эти загадочные стереотипы болезни в одинаковой степени имеют отношение то к филогенезу, то к онтогенезу, то просто к фрагменту биографии человека.

Говоря о причине психической болезни, он выделяет лишь первопричину, но, как и психоаналитики подменяя патогенез этиопатогенезом, в отличие от них не озабочен каузальной расшифровкой текущих расстройств. Эти «штампы» и «стереотипы», возникшие в «результате бесконечного повторения», запускаются с фатальной неизбежностью независимо от того, что послужило началом заболевания. «Любая внешняя вредность рано или поздно утрачивает свое значение в развитии заболевания. Кауза экстерна становится каузой интерна» (там же). Это как в голливудском фильме: существо во чреве пожирает человека, а потом несчастный и брошенный смотрит по сторонам. «Человек – существо социальное, и этиология его болезней всегда социально обусловлена» – этиология, но не патогенез, ибо «социальная этиология болезней человека не совпадает с их сущностью», т.е. с патогенезом. Остается одна сплошная болезнь, одна сплошная асоциальность (там же, с. 164).

Но этого мало, возникает и картина настоящего светопрествавления, когда автор реализует свои амбиции в области фундаментальных наук: цепной (т. е. процессуальный) характер соматогенеза по И. В. Давыдовскому вдруг становится незапатентованной идеей о психопатологической цепной реакции (об этом он многократно возвещает, пугая аудиторию ритмом своей

риторики). Теперь душевная болезнь, без всяких аллегорий, уже запущенная атомная бомба и слушатели, кадровые психиатры, будущие хозяева психиатрических отделений, могут в этом не сомневаться. Но то, что это бомба, а не ядерный реактор, тоже верно: кауза интерна снова становится кауза экстерна, больной становится опасным для мира, «картина болезни выражает *вовне* цепную реакцию организма» (там же, с. 165).

На этом парадоксы не кончаются. Автор считает, что при психической болезни может иметь место выздоровление: «При наступлении выздоровления или ремиссии изменение клинической картины происходит в противоположном ее развитию направлении» (там же, с. 170-171). Потом благодушный тон вдруг резко меняется, он не прощает себе допущенного промаха. «Из общей патологии болезни человека следует, – говорит он покрепелиновски жестко, – что при выздоровлении от болезни полного возвращения организма к прежнему, существовавшему до болезни физиологическому состоянию не происходит» (там же, с. 174). Заметим, что полного возвращения к прежнему физиологическому и к психическому состоянию (о втором он все время забывает) не происходит даже у здорового человека.

«В понятие "малые и большие синдромы", – пишет автор, – вкладывается различие степени генерализации патологического процесса — вовлечение в страдание одного органа, одной системы органов или нескольких органов и систем, что и находит свое выражение в однородности или сложности клинической картины болезни» (там же, с. 169). Какого органа, каких систем органов – может быть, полушарий или нескольких голов?

Обратимся также к вопросу о динамике синдрома. «Синдром с точки зрения данного момента, – пишет А. В. Снежневский, – статичен (статус презенс), с точки зрения отрезка времени – динамичен» (там же, с. 167). Казалось бы, такая простая и приемлемая фраза не нуждается в комментариях. Но вспомним, что для автора «любой процесс, в том числе и патологический, всегда обращен в будущее», что «развитие болезни

сопровождается увеличением числа симптомов и изменением их взаимоотношения, а также возникновением новых симптомов» и это «приводит к видоизменению картины болезни, превращению одного синдрома в другой» (там же), что все это происходит со скоростью «цепной реакции». Значит, речь идет о смене одного синдрома другим, а не о динамике, изменениях во времени, как можно было бы думать о человеке в целом, чье имя и судьбу заменило больничное слово «синдром». В том-то и дело, что проблема времени не поставлена и не решена ни в клинической психиатрии ни в психотерапии, она находится в зачаточном состоянии. Именно поэтому возникло учение о психопатологическом синдроме в такой нехарактерной для медицины форме.

Вначале автор декларирует, что «связь причины и действия не линейный, а всегда многосторонний, структурно-сложный процесс, формы причинных связей в органическом мире являются исключительно сложными» (Снежневский, с. 165). В то же время по его убеждению «цепной характер процессов» это фундаментальный принцип патогенеза, где «звено за звеном» происходит поступательное развитие психической болезни, а при успешном лечении – в обратной последовательности. «В основе патогенеза лежат глубоко автоматизированные “цепные” механизмы, действующие по принципу саморазвития, самодвижения, как и все физиологические механизмы» (там же, с. 165).

Структурный эффект синдрома очевидно возникает не в переживаниях больного, а в восприятии наблюдателя, ибо только другой человек или человек рефлектирующий может ранжировать элементы и целое, пользуясь ценностными категориями. Можно предположить, что этот наблюдатель – скорее всего врач, а скажем не философ, писатель или журналист, кто тоже имеет доступ к чужой душе, тоже видит неординарные явления, но неспособен систематизировать их именно в таком порядке. Иерархия симптомов (первичные и вторичные), а также самих синдромов (основные и

второстепенные) возникает, когда в диагностику вкрадываются функции прогноза и терапевтической озабоченности самого наблюдателя.

Так как структура синдрома существует в восприятии наблюдателя и дается ему в результате переработки собственных впечатлений, она является, по нашему глубокому убеждению, *концептом*, неким клише врачебного мышления (клинический стереотип), которое формируется в ходе профессионального обучения. Происходит концептуализация потока информации, идущего от пациента, и в то же время – утрирование личностных планов из-за трудности охвата и стандартизации, которой требует любой, даже самый благополучный стационар.

Подытожим сказанное. Если сравнить труды представителей структурного и нозологического подходов, больших расхождений мы тут не увидим. Как Ясперс пытается преодолеть структурный анализ психопатологических феноменов и, выдвигая тезис о субъективно-понятных сочетаниях, хочет приблизиться к клинике и к нозологиям, так и нозологисты ищут структурное определение синдрома, уделяют внимание поиску клинической каузальности психических расстройств, некоего универсального закона развития патологического начала. Их объединяет не только безусловное принятие общего списка симптомов, но и двойственность при определении предмета психопатологии на фоне значительной оторванности от больного, манипулятивность по отношению к нему, а также одинаковый недостаток духовного опыта. Это значит, что структурная теория психиатрии не состоялась и некоторые ее главы должны быть переписаны заново, особенно в той части, где она терминологически противоречива или не опирается на опытные данные. Она также, как увидим ниже, может быть восполнена новыми наблюдениями и изысканиями.

2.3. Определение симптома

Симптом как объективный признак (sign). Из двух способов формулировки (жалоб и клинических наблюдений) симптомы душевного заболевания определяются посредством умозаключения, они принадлежат к объективным, а не субъективным признакам болезни, потому что лишены сигнальных свойств, сигнификативной функции знака. По существу они даже не «знаки-признаки», а скорее «знаки-символы» психической патологии, так как их денотат чаще всего неизвестен.

Напомним, что симптом определяется как «очевидный для самого больного признак какого-либо заболевания», а объективный признак – как «любой очевидный для врача, но не всегда для больного признак, свидетельствующий о наличии у человека какого-либо заболевания». Поэтому, рожденный как смысловой знак, он нередко становится знаком экспрессивным, зависящим во многом от чувств и желаний самого наблюдателя.

В своем безупречном анализе клинического образа мышления М. Фуко допускает, на наш взгляд, лишь одно преувеличение – в анализе понятий знака и симптома. Он считает, что «симптом становится знаком под взглядом, чувствительным к различиям, одновременности или последовательности и частотности» (Фуко, с. 148). Между тем симптом и есть знак, независимо от способа его восприятия. Отношения здесь количественные, а не качественные, не как между словом и музыкальной нотой. Нельзя забывать, что как знак симптом доступен не только врачу, но и больному, а также всем тем, кто прислушается или присмотрится к нему. «Между знаком и симптомом существует решающее различие, обретающее свое значение лишь в глубине основной идентичности: знак – это и есть симптом, но в его исходной истине» (там же, с. 148-149). Речь идет по М. Фуко о «взаимной детерминации» симптомов, но ведь существует представление о моно- симптоме, который как зубная боль определяет болезнь, и одного этого факта достаточно, чтобы увидеть слабое место в рассуждениях автора.

Чтобы выделить психопатологический симптом, сделать его узнаваемым, мы должны рассмотреть его на фоне эталона (нормы), а затем искать аналогию в общей медицине, – «скрытые смыслы обнаруживаются путем аналогий». Если пациент В. жалуется, что у него в затылочно-теменной области «булькает что-то липкое, сладенькое», мы говорим себе, что так не может быть (отрицание основано на нашем знании о патологических черепно-мозговых ощущениях): принимая подлинность страдания, мы сомневаемся в подлинности сигнала.

В обычной медицине боль, зуд, жжение как знаки болезни аутентичны, поэтому они не входят в реестр психопатологических расстройств. Напротив, в каталогах, глоссариях и руководствах по психиатрии значатся лишь представления о ложных ощущениях (сенестопатиях) в составе ипохондрического, истерического и других симптомокомплексов. Эти расстройства воспринимаются как не соответствующие нашему врачебному опыту и нуждающиеся в опосредовании путем умозаключения по аналогии. Уникальность предмета нашей науки в том, что симптомы психической болезни (знаки-символы) выявляются только в диалогическом контексте, когда врач помимо клинического принципа «видеть и знать» должен еще и сомневаться.

Когда мы говорим, что у больного лихорадка, мы просто фиксируем сигнал инфекционной болезни. Если же мы утверждаем, что в переживаниях пациента есть галлюцинации, это означает, в отличие от творческой фантазии, отсутствие адекватного восприятия больным внешнего мира или самого себя. Представление о реальной боли из соматической медицины переходит в область психической патологии только с добавлением слова «фантомная», т. е. несуществующая. Нарушение функций мышечного аппарата конечностей становится психиатрической проблемой тогда, когда мы говорим об истерическом или алкогольном псевдопараличе. Приставка *психо-* может даже значить «*лже-*», например в психастении, которая отличается от истинной астении и приближает нас к пониманию так называемых

функциональных психозов. Но один термин превзошел все остальные – «псевдогаллюцинации», что расшифровывается как ложное ощущение ложного восприятия. Да и сам больной по существу не является истинным объектом терапевтической активности: лечя его, мы часто забываем, что на самом деле лечим его опекуна или кого-то еще; такого нет в обычной медицине (об этом и о методе параллельного лечения родственников душевнобольных мы будем говорить в другом месте).

Таблица симптомов и ее параметры. Диалогическая пара врач-больной в практической психиатрии образуется насильственным путем, так как терапевтический альянс между партнерами из-за анозогнозии невозможен, объект не способен репрезентировать самого себя. В результате дуальных диалогических отношений врача и пациента создается неравное партнерство, когда врачу-психиатру не остается ничего другого как, пользуясь неким замешательством, вторгнуться во внутренний мир пациента и быть там «непрощеным гостем». Естественно, этот мир не открывается ему в полной мере, он судит о больном по искаженным психическим давлением внешним реакциям.

Приведем полный текст протокола беседы А. В. Снежневского с больным на первой лекции по шизофрении 10.03.1964 в Валдайской психиатрической больнице, предоставленный нам кафедрой психиатрии Таврического медицинского университета. «Вводят больного. Снежневский: Мы с вами второй раз встречаемся? – Больной: Да. – Вы в каком сейчас отделении? – В третьем. – Вам лучше? – Все равно. – Вы лечитесь? – Лечат. – Как? – Инсулином. – Лучше становится? – Нет. – Вас необходимо лечить? – Как хотите. – Больны вы или здоровы? – Дело ваше. – Семья есть у вас? – Нет. – А мать? – Нет. – Вас кто навещает? – Мать. – Значит, она есть? Почему вы говорите, что ее нет? (Молчит.) В больнице интересуетесь чем-нибудь, с больными общаетесь, книги читаете? – Нет. – Почему? Чем-либо заняты? – Нет, не делаю. – Какие желания у вас? – Никаких нет. – Вы несколько раз рассказывали о марсианах? – Ничего не говорил. – У вас в свою очередь есть

ко мне вопросы? – Нет. – Спасибо. До свиданья» (Снежневский, Шизофрения, лекции, 10.03.64, с. 14-15). В этой клинической беседе мы видим набор примитивных вопросов с однотипным содержанием, насильственный характер общения: больного вводят, начинают и завершают беседу врач. Выводы делаются на основе анамнеза. Единственный признак, который выделяется по текущему состоянию, негативизм, может иметь отношение к личности А. В. Снежневского, которого больной уже один раз видел и знает, что тот поддерживает крайне неприятную для него шоковую терапию. Бросается в глаза отсутствие у пациента опыта выступать в аудитории. На обычные вопросы он отвечает, хоть и лаконично, – в какой палате лежит, кто навещает, а рассказ о марсианах когда-то дорого ему обошелся. Любопытно, что пациент единственный раз не отвечает на вопрос, т. е. проявляет истинный негативизм, когда ведущий пытается уличить его во лжи, «поймать на слове». Зачем же, спрашивается, привели пациента? Что хотел показать лектор этой аудитории? Почему он не извинился перед больным, который не был расположен к беседе, а также перед курсантами: извините, мол, больной «не в духе», беседа не удалась. Наконец, уместно ли продолжение шоковой терапии из-за обиды больного на мать? Может быть, первые шоки уже привели к результату и их надо было приостановить из-за отсутствия текущей симптоматики?

В обычной медицине диалогическое взаимодействие врача с больным троично здесь пациент адекватно рефлексирован, он обращается к врачу, чтобы понять лишь скрытые причины болезненных ощущений, увидеть «незримую территорию» функционирования своего организма. Психически больной же нуждается в зеркале, способном воссоздать внутренний диалог и троичную структуру диалога с врачом. Цель врача – не только правильно организовать текущий диалог с пациентом, но и вернуть ему способность к существованию в трехмерном пространстве общения.

В трехмерном терапевтическом контакте с пациентом, имеющем непрерывный характер, врач занимает равное с больным положение (не он

уподобляется больному, а больной поднимается выше своей социальной ступени), и тут непереносимое присутствие синдрома как целого и неделимого образования не столь очевидно. Синдром в ряде случаев распадается и перестает быть универсальной единицей отсчета для врача-диагноста; дискретный характер его развития (отрицательное прогрессирование), метаморфозы (в сторону усложнения) не подтверждаются в нашей практике; синдром, как отмечалось, приобретает общемедицинские черты, например судорожный синдром. Термин «синдром» возвращается к своему исконному содержанию, обозначая определенную болезнь или стадию болезни, т. е. становясь классификационным признаком, а не названием действующей причины. На первый план выходят элементарные признаки душевного расстройства (симптомы), что позволяет преодолеть малый охват анализа психических нарушений способом обращения к личности пациента, к «лицу его болезни». Такой подход, на наш взгляд, предвидел К. Шнайдер и создал классификацию, которой сам, быть может, не воспользовался (мы имеем ввиду его концепцию шизофрении и отношение к аутизму). Как известно, этот влиятельный клиницист разделял признаки психического заболевания на две крупные группы, соматологическую (этиологическую) и психологическую (симптомологическую). Именно в первой группе мы находим синдромы в общемедицинском смысле слова. «Соматологическое» расстройство, например прогрессивный паралич, имеет и свою структуру и свое развитие и свои позитивные сигналы (симптомы), а также этиологию и патогенез. Во второй же группе определение синдрома как структуры, на наш взгляд, беспочвенно, здесь необходимо обращение к личности пациента, а не к ее больничному суррогату (см.: *Шнайдер*).

Напомним, что основная особенность психиатрического синдрома – его подвижность, динамика, а терапевтическая активность врача направлена не на ликвидацию структуры, а на ход ее развития. С другой стороны, практическая психиатрия оказывает лекарственное воздействие не только в направлении остановки эндогенного процесса, т. е. процесса смены

синдромов, но спонтанно под воздействием обстоятельств и в направлении подавления отдельных расстройств, в том числе так называемых вторичных. Таким образом, лечение психических болезней является не только концептуальным, но и симптоматическим, что косвенно подтверждает систематику К. Шнайдера. Тогда возникает другой вопрос: где терапевтическая граница между симптомами и синдромами?

Если основная особенность синдрома в его динамике, а симптома в нем самом, то концептуальное лечение (например, шоковая или противосудорожная терапия) возможно при доказанной процессуальности заболевания. Симптоматическое же лечение, чтобы не стать процедурой обезболивания, нуждается в поиске психических же причин душевного заболевания. Мы часто видим, что в процессе лечения из симптомокомплекса выбывают (временно или навсегда) те или иные структурные компоненты, что скорее всего и означает мифическую «остановку» патологического процесса или замедление его темпа путем расщепления. Итак, основой общей психопатологии должна быть симптоматология, потому что именно симптомы психического расстройства универсальны и могут присутствовать при всяком психическом заболевании.

Таблицы сигналов душевного заболевания в глоссариях и руководствах принципиально не отличаются, они оставляют двойственное впечатление, – с одной стороны своей избыточностью (из-за желания авторов дать полный их список), с другой стороны, как это не парадоксально, недостаточной полнотой (*Ануфриев и Либерман, Блейхер и Крук, Бурлачук и Морозов, Карвасарский и Тупицын, Осипов*, Словарь справочник симптомов и синдромов заболевания). Под избыточностью мы понимаем наименования феноменов, не отвечающих определению симптома как знака, признака или сигнала душевного заболевания. Обращает внимание наличие разных по объему понятий, – одни представляют собой, как и должно быть, элементарные неделимые явления (акозмы, брадифазия, вербигерация, гиперестезия, галлюцинации, иллюзии, мутизм, парейдолии, эхолоалия), другие –

симптомокомплексы (автоматизм психический, бредовое настроение, депрессия, кататония, навязчивое состояние), третьи – нозологические образования (абюзус, логоневроз).

Избыточность проявляется и в том, что есть наименования с порочной бесконечностью значений. Например, чтобы продолжить ряд фобий, не хватит целой жизни: – агорафобия, гленофобия, клаустрофобия, мизофобия, оксифобия, петтофобия, ситофобия, танатофобия... Чего только человек не боится! Здесь следует сказать и о попытках определения симптома через нозологию или синдром: эпилептиформное возбуждение, кататоническое возбуждение. В последнем примере налицо грубая лингвистическая шероховатость, мы видим рядом импульсивное и эретическое возбуждение, которое в свою очередь не согласовано с двигательным возбуждением и речевым возбуждением, а также с возбуждением координированным и хаотическим.

Принцип локализации симптома. В общей психопатологии не исследуется фундаментальное свойство симптома – его локальность. Без пространственной локализации говорить о патологии невозможно. Это, быть может, самое слабое звено в общей психопатологии; ссылки на шаткую территорию памяти, восприятия, воли, мышления – атрибутов одной из моделей человека – бесперспективны. Отсутствие пространственной локализации психиатрических симптомов, обоснования клинической каузальности функциональных психозов делает эту медицинскую науку легко уязвимой.

Локальные и общие симптомы замещаются здесь неудачно подобранными словами о взаимной зависимости позитивных и негативных расстройств психики. В этой идее Джексона сказалась одна из тех грубых ошибок синдромологии, которые наряду с дефинициями Ясперса и Шнайдера стали тормозом для развития клинической психиатрии как медицинской науки. На самом деле в психиатрии все симптомы негативны, потому что состоят из минус-признаков, а указанная дихотомия является утрированной формой представления о здоровом и больном началах психики. Довольно примитив-

ный ход: теперь уже пациент весь болен, а врач делает еще один шаг назад, становится безучастным к его судьбе чистым наблюдателем. Пациент как лабораторное животное, «безгласная вещь» по М. М. Бахтину, становится безликим веществом.

Если провести лингвистическую и смысловую доработку таблиц симптомов душевного заболевания можно будет заметить, что вместе они обозначают различные формы и степени расстройств диалога человека с окружающим миром. Аутопсихический эквивалент этих нарушений меньше представлен в этих списках. Тем ценнее прозрение о псевдогаллюцинациях В. Х. Кандинского (1890), воспринимаемых теперь в комплексе психического автоматизма G. Clerombaut (1920) и деперсонализации (L. Dugas, 1898) в паре с дереализацией (речь идет не о потере чувства «я», а о чувстве потери «я», т. е. не о синдроме, а о симптоме). Они как и дисморфофобии имеют отношение к глобальным явлениям аутизма и анозогнозии, обсуждению которых посвящена эта глава.

При внимательном исследовании истинных признаков психического страдания можно обнаружить, что они лежат в плоскости диалога душевнобольного с внешним миром. Ничто не препятствует, к примеру, интерпретировать иллюзии и парейдолии как нарушение восприятия внешнего мира и как потерю «функции реальности» по П. Жане, «некоторых контактов» по О. Блейлеру, «эмоционального контакта» по О. Минковскому.

2.4. Аутизм. Границы понятия

Многообразие форм, уровней, степеней социальной дезадаптации психически больных превосходит объем и значение внедренного в 1911 г. О. Блейлером и фрагментированного в последующие годы понятия «аутизма» (греч. autos – сам)*. «Аутизм – крайняя форма психологического отчуждения, действительностью и погружении в мир собственных переживаний» (Психология. Словарь, с. 32).

Это патологическое явление хорошо известно психиатрам и достаточно часто фиксируется в клинической практике. Можно также отметить тенденцию к подмене слова «аутизм» близкими по содержанию, но не идентичными обозначениями. Очевидный терминологический казус возник в результате снижения темпов разработок «блейлеровской» проблемы и усилению позиций исследователей раннего детского аутизма Каннера, выражающегося в уходе индивида от контактов с окружающей. Известны различные толкования рассматриваемого понятия – «пустой и полный, бедный и богатый аутизм» (*Минковски*), «аутизм и отгороженность», «аутизм наизнанку»**, «аутистическое мышление», «аутистический бред» и др.

*Постепенное сокращение первоначального содержания произошло, скорее всего, произвольно – под воздействием текущего клинического опыта.

**Этот термин также предложил в 1927 г. Е. Минковски – «аутистическая активность», своеобразная гиперконтактность внутренне отстраненного больного (*Minkowski*). Однако оно появляется еще в «Аутистическом мышлении» О. Блейлера, там, где он пишет о «шизофренике-реформаторе» (*Блейлер* 1981, с.113).

Однако принципиальных изменений оно с тех пор не претерпело и продолжает оставаться в пределах учения о шизофрении.

Хотя Блейлер рассмотрел понятие аутизма в рамках личностных содержаний, он сделал, на наш взгляд, важное научное открытие. Мы стали видеть то, что до него никто не замечал: ушедшего в свои грезы и мечты душевнобольного, а не жестокого, экспрессивного, опасного для общества безумца.* Так с внедрением в психиатрию нравственной категории возник и собственно профессиональный подход к лечению душевнобольных. Заслуга Блейлера состоит также в том, что он сумел корректно переформулировать сугубо метафизическое понятие, увидеть в феномене одиночества квинтэссенцию психической патологии.

Однако сам Блейлер не воспринял еще аутизм как собственно патологическое явление. В своем изложении он делит переживания душевнобольных на аутистические и реалистические, что, на наш взгляд, не выдерживает критики. Более того, по мнению автора, в аутистическом мышлении нет ничего такого, чего бы ни было в переживаниях нормального человека. Разница между нормой и патологией в рамках этой концепции чисто *количест-*

венная: «Существуют степени аутистического мышления и переходы к реалистическому мышлению, однако в том лишь смысле, что в ходе мыслей аутистические и реалистические понятия и ассоциации могут встречаться в количественно-различных соотношениях» (Блейлер 1981, с. 116). И уже неясно, как подобное определение может обозначать специфический признак, «осевой симптом» (наряду с диссоциацией)** одной из самых загадоч-

*Говоря от лица одной из российских политических партий «здравого смысла», Ю. М. Лужков мимоходом произнес в телепрограмме «Время» 12. 04. 1999 г.: «Слишком много «шизанутых» здесь проявляют сверхактивность». Самый древний предрассудок, недопустимая избыточность активности, количественная характеристика психоза – упорно держится в сознании большинства (см.: Фуко, 1997). Многие врачи, знакомые с такими явлениями, как апатия, абулия, редукция энергетического потенциала и другие дефицитарные симптомы, продолжают назначать пациентам сдерживающие препараты. Один из видных теоретиков психиатрии, А. Кемпински, весьма сомнительно определяя одержимого из «Евангелия от Марка» (5, 3-10) как больного шизофренией, приводит следующую цитату: «И никто не мог его связать даже цепями, потому что многократно был он скован оковами и цепями, но разрывал цепи и разбивал оковы, и никто не в силах был укротить его; всегда, ночью и днем, в горах и гробах, кричал он и бился о камни...» (Кемпински, с. 3-10).

**«Расщепление» и «аутизм» в блейлеровской интерпретации, на наш взгляд, во многом идентичны или взаимозаменяемы. Но это – предмет изучения генезиса понятия о шизофрении.

ных болезней – шизофрении. Не стоит также забывать, что эти понятия, – аутизм и шизофрения – при жизни автора были синонимами (*Каннабих*).

Сопоставляя эти две разновидности мышления, Блейлер замечает: «Аутистическое мышление и в будущем будет развиваться параллельно с реалистическим и будет в такой же мере содействовать созданию культурных ценностей, как и порождать суеверие, бредовые идеи и психоневротические синдромы» (Блейлер 1981, с. 124). Последнее утверждение, констатирующее, что аутизм способен порождать другие расстройства, осталось на бумаге, и не было использовано даже самим автором. И произошло это благодаря склонности автора считать, что аутистическое мышление продуцирует «культурные ценности», что предполагает восприятие одиночества одновременно и как добровольной и как вынужденной изоляции («полезный и вредный» аутизм). Подобная романтическая «добавка» к представлению о психических заболеваниях, свойственная современникам Блейлера в целом (тема гениальности и патологии от Ч. Ломброзо и Т. Манна до издателей журнала «Эвропатология»),* нанесла непоправимый ущерб разработке столь продуктивной идеи. На этом стоит остановиться подробнее.

Начало XX века – время зарождения глобальных психологических, антропоцентристских теорий. Заглавие философского труда французского биолога и гуманиста П. Тейяра де Шардена «Феномен человека» свидетельствует о тенденции к коцептуализации природы чувств и мысли. Потребность в исчерпывающем научном описании и интерпретации психофизиологических функций была столь велика, что на роль первооткрывателей наряду с известными исследователями претендовали весьма заурядные, даже дилетанты.** На всемирных научных форумах свои идеи излагали крупные неврологи, математики и простые инженеры,

*См.: Ломброзо, с. 8-214; Клинический журнал гениальности и патологии; Назлоян 1978

*Один из активных участников всемирных форумов (вместе с А. Пуанкаре, А. Бергсоном, Э. Махом и др.) философ техники П. К. Энгельмейер, перу которого принадлежит относительно посредственная теория творчества, с гордостью заявлял, что он дилетант и в этом видит залог успеха своего мировоззрения. Он даже выпустил работу, где одна глава называется «Дилетантизм» (*Энгельмейер*).

любители словесности, доморощенные философы. Замечателен и тот факт, что группа маститых ученых подвигла одного из своих коллег к созданию полной картины душевного мира в том ракурсе, в котором он был наиболее компетентен. Достаточно вспомнить, какие мыслители (Ф. Ниссль, З. Фрейд, Х. Груле, В. Майер-Гросс и др.) направили творчество К. Ясперса к созданию самой объемной и насыщенной дефинициями «Общей психопатологии» (*Ясперс* 1997, с. 19, 21). Характерно, что даже такой конкретный и точный исследователь, как Э. Кречмер свою «Медицинскую психологию» начинает с энциклопедического вопроса: «Что такое душа?» (*Кречмер* 1998, с. 13). А его физиогномический труд «Строение тела и характер» предваряется подробнейшим протоколированием всех деталей «оболочки» души – лица и тела (*Кречмер* 2000, с. 9-18). Эта работа, как и многие другие исследования того времени, выходит за пределы профессиональной деятельности автора, стремящегося охватить феномен не только человека, но и человечества в целом. На фоне нарастающей атеизации общества иллюзия близости подобной теории была настолько ощутима, что даже представители конкретных областей наук – математики, физики, биологии, химии, физиоло-

гии, медицины, филологии – создавали свои проекты. Причем многие исследователи опирались на категориальный аппарат собственной науки, где имели неоспоримые достижения и непререкаемый авторитет. Следующее поколение, находясь во власти очарования той или иной теории, увлеклось уже идеями репродукции, моделирования, копирования, клонирования, тестирования человека и продуктов его творчества.*

Чаще всего новые теории создавались в спешке, без строгих правил и отличались внутренней противоречивостью. Они заведомо были рассчитаны на доброжелательный прием со стороны научного сообщества: сама попытка разгадки феномена человека считалась достойным и нужным делом. В исходе читателю предлагалась некая система доказательств универсальной

*Одно из первых заявлений о копировании человека можно встретить в предисловии к знаменитой «Кибернетике» Н. Винера, изданной в 1949 г. (*Винер*)

формулы души («бессознательное» З. Фрейда, «архетипы» К. Юнга, «структуры» М. Вертгаймера и В. Кёлера, «поле» К. Левина, «доминанта» А. А. Ухтомского, «сигнальная система» И. П. Павлова, «установка» Д. Н. Узнадзе и др.). В основу этих теорем, как правило, закладывались удачные наблюдения, самонаблюдения и даже многолетние экспериментальные разработки. Однако вытекающие из контекста глубокие идеи порой, обрастая множеством шаблонных, недостаточно убедительных умозаключений. Сегодня многие из этих трудов принадлежат уже истории науки. Некоторые же были настолько тщательно продуманы и сбалансированы, что сохранили свое значение до наших дней.

Теория Блейлера, по нашему мнению, принадлежит, увы, к первой обширной группе и по внутренней противоречивости, спорности отдельных тезисов, неразберихе в образующих понятиях сравнима разве что с рефлексологией В. М. Бехтерева. Однако загадочным образом она все же сохранила свою актуальность. Удивительно и то, что эта теория была воспринята современниками без какой бы то ни было цензуры, как будто Блейлер выполнял некий социальный заказ. Точный в нюансах, аналитичный

П. Жане принял лишь легкую поправку Л. Минковского. А в современном юнговском словаре понятию об аутизме не нашлось места, несмотря на тесное сотрудничество двух психопатологов (см.: *Зеленский* 1996). Из ученых, которые были обязаны критически встретить взгляды Блейлера, достаточно назвать К. Ясперса, О. Бумке, А. Кронфельда, Дж. Вирша, а также многих отечественных авторов, всерьез занимавшихся данной проблемой в процессе разработки основ общей и частной психопатологии. Эта теория не цензурируется до сих пор, так как имеет отношение к разработке и внедрению понятия о шизофрении – одного из полюсов психопатологического глобуса. И пока данная нозология существует, пока от нее зависят судьбы наших соотечественников душевнобольных, актуальность критического анализа понятия аутизма сохраняется.

Такой анализ необходим и по той причине, что может вывести на передний план завязшую в рутине идею, рациональное зерно, которое этот «проницательный» (по определению Л. Кемпински) практик нашел интуитивно. И хотя трактат об аутистическом мышлении уступает даже рядовым статьям Фрейда, идея, заложенная в нем, не менее глубока, чем исходные послышки психоаналитической теории.* Как известно, клинический подход, в котором значительную роль играет учение о шизофрении, имеет такое же влияние в психиатрии, как и психоанализ.

Будучи бессменным директором Цюрихской университетской психиатрической клиники (1908–1927)**, Блейлер был склонен к детальному наблюдению и протоколированию поведения душевнобольных. Он не мог пропустить тенденцию своих пациентов к немотивированному уходу в себя, к твердому и длительному отказу от контактов с внешним миром. Наличием продуктивной или иной психопатологической симптоматики это уникальное явление невозможно исчерпывающе объяснить. Блейлер, следуя врачебной логике, которая не всегда совпадает с логикой обыденного здравого смысла, усмотрел в патологической замкнутости явление фундаментальное, не

обусловленное другими психическими расстройствами. В этом проявились глубина и продуктивность его наблюдения.

Для начала он выделил тех больных *dementia praecox*, отчужденность которых сопровождалась насыщенной мыслительной активностью, грезоподобными переживаниями. Эту форму дистанцирования с внешним миром он назвал удачным словом аутизм, а чувственно-интеллектуальное наполнение данного явления – аутистическим мышлением.

Именно аутистическому мышлению, а не признаку отчужденности от внешней среды, Блейлер отвел главную роль в становлении новой

*Как известно, свою теорию шизофрении Блейлер с излишней скромностью считал «распространением идей Фрейда на *Dementia praecox*» (*Каннабих*, с. 464). Но так не думали ни психоаналитики, ни клиницисты, ни даже он сам.

** «Хотите знать, как стал психиатром мой отец? – спросил меня Манфред Блейлер – Он в 27 лет был выбран франкоязычной общиной и направлен в Париж на учебу, потому что присланный немец, главный врач, проявлял жестокость к пациентам». О. Блейлер пришел в психиатрию с миссией сострадания и любви. Остается только восхищаться пронизательностью его односельчан.

нозологической единицы – шизофрении. В его научных трудах понятия «аутизм» и «аутистическое мышление» полностью совпадают, ввиду несомненной важности для автора второго из этих понятий, которое, кстати, в дальнейшем не получило подтверждения в клинических исследованиях. Трактат «Аутистическое мышление» не отличается цельностью изложения и, по нашему мнению, был написан под большим впечатлением концепции Фрейда, а может быть – отзывом на психоанализ, как произошло с другими современниками великого ученого, которые поддались соблазну охватить одной идеей сумму проявлений и законов функционирования психики.*

Блейлер отталкивается от понятия внутренней и внешней жизни человека, где внутренняя жизнь, как отмечалось выше, соответствует аутистическому мышлению, а внешняя – реалистическому. Далее, легко прослеживается образование гносеологически окрашенных субъектно-объектных дихотомий. Причем последовательность гносеологической линии, блистательно выдержанная, например, в концепции Ж. Пиаже (*см.: Флейвел*), в анализе аутистического и реалистического отсутствует. Дихотомия того и другого выступает то, как отзвуки картезианского параллелизма («параллельное»

существование реалистического и аутистического мышлений), то, как диалектика единства и борьбы противоположностей, отголоски сенсуализма при анализе сознательно-бессознательных соотношений или материи и духа в русле концептуализма А. Бергсона (см.: Хилл).

Многое в этой работе строится на метагносеологическом представлении о существовании гармонии, равновесия между субъектом и объектом. Там, где функции субъекта и объекта противопоставляются, основное внимание уделяется интерпретации субъективного. Нарушение паритета между субъектом и объектом, по Блейлеру, выражается в психическом расстройстве, а именно,

*Мода на создание альтернативных психоанализу теорий сохранялась длительное время. Напомним, что в отечественной литературе существовало целое движение, направляемое этой целью, а одной из последних попыток была концепция так называемого «надсознательного» (Петровский, Ярошевский). Причем происходило это в результате не конструктивной критики идей Фрейда, а недостаточно корректного отрицания последних

шизофрении. Одним словом, аутизм душевнобольных – это избыточный субъективизм.

К воззрениям Фрейда Блейлер подходит с двух сторон или с двух попыток. В первую очередь пытается проверить эти идеи на практике, т. е. провести так называемые клинические испытания. Затем пытается создать альтернативную систему идей, призывая читателя принять другую версию бессознательного. «У Фрейда аутистическое мышление стоит в таком близком отношении к бессознательному, что для неопытного человека оба этих понятия сливаются друг с другом. Однако, если понимать вместе со мной под бессознательным всю ту деятельность, которая во всех отношениях равнозначна обычной психической деятельности, за исключением того лишь, что она не осознается, тогда нужно строго подразделить оба эти понятия. Аутистическое мышление может быть в принципе столь же сознательным, как и бессознательным» (Блейлер 1981, с. 117).

В результате тщательной ревизии психоаналитических идей, проведенной в клинике вместе с ассистентами, он приходит к выводу, что некоторые предположения Фрейда подтверждаются. При чтении текста становится очевидным, что речь идет о шопенгауэровском феномене вытеснения и

принципе удовольствия, которые, естественно, немислимы вне общей концепции бессознательного. «Сопротивлению воли проникновению в сознание того, – писал Шопенгауэр, – что неприемлемо для человека, является тем местом, через которое дух может быть поражен безумием» (*Ellenberger*, с. 209). Здесь проблема заключается в том, что психодинамическая концепция не могла подтвердиться без ее полного или частичного усвоения, так сказать, принятия на веру, ибо, по справедливому определению К. Поппера, собственно научной (принцип «фальсификации» научного знания) она не является (Философский энциклопедический словарь, с. 514).

Однако Блейлер идет дальше Фрейда. Последний, как известно, не претендовал на открытие новых психических явлений, он опирался лишь на интерпретацию уже известных феноменов, и в высшей степени конструктивно пересматривал установившиеся понятия и представления. Что же касается аутистического мышления, то оно выступает и как основополагающий принцип, и как новый, не известный ранее наблюдателям феномен. Автор пытается идентифицировать его с уже известными явлениями, как в китайской игре в ассоциации. Аутистическое мышление есть аффективное мышление, утверждает он, или сильный аффект, или просто аффект. Но если это – аффект, а в другом месте – эмоции, то ничего нового тут нет и даже нет необходимости во внедрении нового обозначения.

Читая текст, мы обнаруживаем, что Блейлер произвольно нивелирует или деформирует отдельные понятия ради продвижения основной идеи. Аутистическое мышление идентично грезам: «Более тяжелые случаи полностью сводятся к грезам...». Тем не менее это «грезы наяву, как у истеричных, так и у здоровых людей» (*Блейлер* 1981, с. 113). В другом месте, по мнению автора, симптоматика исследуемого феномена совпадает с тем, что Фрейд называл дневными снами, реже – фантазиями. Затем утверждается, что по своей природе аутистическое мышление похоже на

«обычные сновидения». Эта мысль теряет под собой всякую почву, когда производится полная идентификация указанных явлений.

Часто аутистическое мышление совпадает у автора с общеизвестными представлениями об инфантильных переживаниях. Здесь Блейлер предпочитает приводить обобщенные примеры из клинической практики (Блейлер 1981, с.115). Наконец, встречаются, как думается, просто неудачные сравнения аутистического мышления – с бредом, бессознательным, иррациональным, бессмыслицей. Оно, по мнению автора, похоже также на детскую фантазию, религию, любовь, мировоззрение. Оно – всюду, где «логика отступает». Здесь не может не возникнуть множество вопросов, от которых мы, однако, воздержимся.

Выделим из всего перечисленного главное: данное явление противоположно логическому мышлению, представляя собой некое «алогическое мышление». Но поскольку мышление не может быть полностью алогичным, то остается допустить, что речь идет о нарушении его формально-логического компонента. Блейлер, один из самых талантливых психопатологов, наделенный очевидными литературными способностями, исчерпывающе описал формы расстройства логических функций психики при разных нозологических единицах – от бессвязности, разорванности мышления до паралогичности. Видимо, в данном случае, он имел в виду нечто иное, новое, ранее не известное. Однако сначала он пытается найти опору в типологии К. Юнга: «В довольно большой части аутизм покрывается понятием Юнга «интроверзия»; это понятие означает обращение внутрь либидо...» (Блейлер 1981, с.113). И предпринимает, на наш взгляд, ряд безнадежных акций, которые вновь заводят его в лабиринт умозрительных конструктов.

Так, например, на всем протяжении своего трактата автор выстраивает большое число альтернативных понятий в восточном стиле: чем не является аутизм? Приведем основные: аутистическое – реалистическое, внутренняя – внешняя жизнь, ирреальный – реальный мир, интроверсия – экстраверсия, сон – явь, бессмыслица – логика, аффективность – логика, фантазия – логика,

непротиворечивость аутизма – противоречивость окружающего мира, тенденциозность – отсутствие тенденциозности, игнорирование действительности – восприятие действительности, игнорирование временных соотношений – восприятие измеряемого времени, образование символов – отсутствие символов, ослабленная ассоциативная связь – ассоциативная связь, аутоэротизм – нормальное сексуальное удовлетворение, филогенетически юная – филогенетически древняя функции мозга.

Таким образом, «аутистическое» существует благодаря противостоянию реалистическому. При этом реалистическое и все приравненные к нему понятия не определяются, а считаются чем-то само собой разумеющимся и понятным читателю. Вопреки этому пробелу, один ряд понятий в данной системе заключает в себе отрицание другого ряда, и каждая пара понятий существует благодаря отрицанию одной группы другой. При отправлении жизненных потребностей – согласно Блейлеру – эти противоположные явления «тормозят друг друга» (Блейлер 1981, с. 117). И если вспомнить, что аутизм есть некая форма субъективизма, очевидно, какими необоснованно сложными путями автор приходит к «общему месту» в гносеологии.

Само содержание аутизма, как и аутистического мышления, также бесконечно двоится – «расщепляется», как сказал бы сам Блейлер, и естественным образом противопоставляются ненормальный и нормальный аутизм, бессознательный и сознательный, и так без конца. «Даже если мы перечислим всю совокупность признаков аутизма – писал Бинсвангер, – все же его самого мы перед собой еще не увидим» (Бинсвангер 1992 а, с. 131)

Наконец, автор пытается выдвинуть биологическую «платформу» аутизма с использованием представлений о фило- и онтогенезе. Свою «эволюционную теорию» Блейлер излагает произвольно, без ссылок и доказательств. Суть ее заключается в утверждении, что в начале было реалистическое мышление и только на каком-то четвертом этапе эволюции, известном лишь самому автору, появился аутистический способ мировосприятия. «Лишь здесь (на IV этапе), – считает Блейлер, – могут

существовать представления, связанные с интенсивным чувством удовольствия. Они порождают желания, удовлетворяются их фантастическим осуществлением и преобразуют внешний мир в сознании человека благодаря тому, что отныне он не мыслит себе (отщепляет) неприятное, лежащее вовне, присоединяя к своему представлению о последнем приятное, изобретенное им самим» (Блейлер 1981, с. 119). Указанный «четвертый этап» не имеет аналогов и альтернатив в мировой биологической мысли, и теоретизирование по его поводу лишено каких-либо оснований.*

Упомянем другие столь же умозрительные схемы. Аутистическое мышление тенденциозно, ибо функционирует в пользу субъективных стремлений. Однако при встрече с внешними препятствиями аутизм порождает бред

*Здесь Блейлер пытается образовать нечто вроде симбиоза эволюционной и психоаналитической теорий. Наложение клише эволюционного подхода к анатомии и физиологии мозга, а затем и к психическим функциям, распространенное среди ученых-врачей, есть не что иное, как вариант вульгарного материализма.

преследования. «В этих случаях цель аутизма заключается в том, чтобы создать болезнь» (Блейлер 1981, с. 118). Иными словами, сначала при встрече с внешним миром человек проявляет себя в качестве некоего самодостаточного мечтателя: «тем, кто удовлетворяется аутистическим путем, имея меньше оснований или вовсе не имея оснований к тому, чтобы действовать» (Блейлер 1981, с. 116). Затем сформировавшийся аутист при новой встрече с внешними препятствиями, мешающими грезить, спать и видеть сны, аутизируется вторично, что порождает бред и другие продуктивные расстройства. Выходит, что шизофрения – это как бы «аутизм в квадрате», по крайней мере, она появляется на втором витке аутизации человека.* Тогда же обнаруживается и феномен внутренней противоречивости, амбивалентности аутиста – расщепление вместо внутреннего согласия, страдание вместо аутистического удовольствия.

Далее, без ссылок, «переворачивая» известную пару понятий из «Творческой эволюции» А. Бергсона (интуиция – интеллект) (Бергсон), Блейлер утверждает, что свойством реалистического (рационального) мышления является всего лишь один правильный результат, тогда как аутистичес-

тическое мышление «располагает неограниченными возможностями». Разумеется, данное описание также находится в свободном парении.

В заключение приходится признать, что если аутистическое мышление, со слов автора, на 70% покрывается юнговской интроверсией, то остальные 30% с лихвой «покрываются» другими феноменами, описанными в научной литературе. Определение новой формы мышления, по нашему глубокому убеждению, не состоялось.

Другая череда методологических ошибок имела уже более серьезные последствия. Это связь и идентификация понятия аутизма с новой

*Но именно здесь проявилась гениальность О. Блейлера. Он заметил то, к чему клиническая психиатрия будет идти еще долгие годы: тезис о первичной и вторичной аутизации обращает наше внимание на тот неисследованный факт, что пациенты «загоняются» в болезнь другими людьми дома, на улице или в больницах, они живут в условиях хронического стресса, чаще нормальных людей болеют и умирают.

нозологической единицей, шизофренией. В самом деле, что есть аутизм – симптом, синдром или болезнь? Внятного ответа на этот вопрос до нашего времени нет. В изложении Блейлера – это и то, и другое, и третье. По определению же – некий полисиндром, или *симптомокомплекс*, вмещающий в себя всю гамму продуктивных и негативных расстройств, который плавно переходит в область нормального функционирования психики.* Противоречие заключается и в том, что читателю неясно, чем именно является аутизм – интеллектуальным, эмоциональным или личностным расстройством, страданием, болью или удовольствием, рутиной или творчеством? Есть подозрение, что автор имел в виду все это вместе взятое – некий набор свойств, функций, рефлексий.

Однако чаще аутизм обозначается как *симптом*. Но если это симптом, то он по определению должен встречаться и при других болезнях, а не только при одной из них – шизофрении. И хотя автор, как мы видели, распространяет данный признак на всю психическую патологию и даже на норму, он неким парадоксальным усилием воли утверждает, что аутизм является отличительной чертой шизофрении. Больной с помощью бредовых идей пытается преодолеть противоречия окружающей среды. «Шизофреники

теряют контакт с действительностью», – справедливо замечает Блейлер. Однако заметим, что и другие больные не очень продуктивно «контактируют» с ней.**

Само существование данной нозологии, даже этимология слова (греч. *shizo* – раскалывать, расщеплять, разделять и *phren* – ум, разум) ближайшим образом связано, как указывалось выше, с теорией аутизма. Отсюда, при полной неопределенности базисного понятия, отсутствии четкой идентифика

*Г. Т. Красильников также пишет о «диагностическом и прогностическом значении аутистического симптомокомплекса» (Красильников, с. 5).

**Именно О. Блейлер заложил основу гипердиагностики шизофрении. С этим согласился Манфред Блейлер в частной беседе с нами. Истоки гипердиагностики восходят к моменту сужения глобального представления об аутистическом мышлении рамками одной из многих сотен нозологий. Ведомый своей теорией, Блейлер был вынужден чаще других выставлять этот диагноз. В дофармакологическую эпоху ущерб был не столь ощутим: больным ничего не грозило, а в атмосфере клинических разборов даже появлялся некий научный лоск. Когда же мы рассказали сыну ученого М. Блейлеру в Цюрихе о том, сколько вреда больным в нашей стране принесло гипертрофированное представление о шизофрении, он был удивлен и опечален.

ции в рамках общей психологии и психопатологии, а также убедительного отграничения понятий аутизма и аутистического мышления возникает первое сомнение в правомерности шизофрении как нозологической единицы.

Итак, при внедрении понятия «аутизм» Блейлер, по нашему глубокому убеждению, допустил ряд методологических ошибок. Во-первых, достойно выдвинув на первый план феномен *патологического одиночества*, он далее создал деструктивное учение об *аутистическом мышлении*, характеризующееся столь же шаблонным, сколь и противоречивым содержанием, и объединил эти два понятия (в дальнейшем специалисты преодолели допущенную их предшественником ошибку, однако, как станет ясно по ходу изложения, с водой выплеснули и ребенка). Человек неверно мыслит, поэтому одинок, а не одинок, поэтому неверно мыслит, бредит, галлюцинирует, – так Блейлер совершил незаметный отход от клиники в сторону обыденной, а не специальной психологии и потерял важное для всей психиатрии слово. В этом методологическом упущении необходимо искать, на наш взгляд, корень всех остальных заблуждений в учении о психозах. Во-вторых, пересмотрев *dementia praecox* (сделав это понятие взамен монополипрогностическим, как и должно быть)* и определив весьма

продуктивное для своего времени медицинское понятие шизофрении, он жестко связал аутизм с этой нозологией. В-третьих, Блейлер, пользуясь известными психоаналитическими представлениями о вытеснении и принципе удовольствия, создал некий гибрид психоанализа и клинической психиатрии, заслонив тем самым развитие другой проблемы – нарушения диалога пациента с внешним миром. Положительным в работах Блейлера является тот несомненный факт, что он отвел феномену патологической замкнутости одно из центральных мест общей психопатологии, ясно заявив, что, возможно, аутизм является источником возникновения других

*Это стало возможным благодаря тому, что к феномену патологической замкнутости Блейлер подошел структурно, утвердив фактор диссоциации.

психических нарушений. «Отсюда в этих случаях, – пишет Блейлер, – цель аутизма заключается в том, чтобы создать болезнь» (Блейлер 1981, с.118).

К. Шнайдер стремился объективировать клиническую психиатрию, преодолеть расплывчатость представлений об эндогенных психозах и первым радикально прервал связь аутизма и шизофрении. Однако он сосредоточил все свое внимание именно на втором понятии. Определив симптомы первого и второго рангов по продуктивным расстройствам (в частности, по комплексу переживаний воздействия), коренным образом отличающиеся от первичных и вторичных симптомов Блейлера,* и исключив какое-либо упоминание аутизма, он вернул понятие шизофрении в поле dementia praecox Т. Валлизия, Б. Мореля, Э. Крепелина. Помимо сохраненного еще Блейлером свойства процессуальности, добавилась и полипрогностичность – от спонтанного выздоровления больных шизофренией до раннего начала слабоумия. Освободив это понятие от противоречий и спекуляций, рассмотренных выше, К. Шнайдер, тем не менее, заложил в него еще более сомнительный смысл.

Как первоклассный диагност и истинный клиницист, К. Шнайдер знал, что симптомы первого ранга встречаются при экзогенно-органических,

психосоматических, реактивных расстройств и что в разное время у одного и того же больного они могут исчезать. На этом основании он сделал опасное допущение, которое приблизило значение дифференциальной диагностики указанных нарушений к абсурду. Симптомы первого ранга, согласно К. Шнайдеру, могут определять шизофрению только в том случае, когда не найдена патофизиологическая или патопсихологическая почва болезни (*Кискер, Файберг и др., с. 361*). Это ограничение, введенное в психиатрический обиход К. Шнайдером, сохраняет свое значение в самых разных подходах к проблеме шизофрении и во многих ее определениях. Да и любая диагностическая процедура в практике психиатрии предполагает

*В этой связи трудно согласиться с Г. Т. Красильниковым, который склонен считать эти схемы тождественными (*Красильников, с. 16*).

квалификацию органических или стрессовых факторов как несущественных в образовании шизофренических расстройств. В этих случаях используется формула – «повод, а не причина». Данная традиция доминирует и в наше время.*

Ошибка шизофренологов, на наш взгляд, заключается в том, что критический пересмотр предложенного Блейлером понятия шизофрении всегда должен начинаться с аутизма: новый взгляд на *dementia praecox* не мог возникнуть за счет простого расширения психопатологического опыта. Невнимание к проблеме аутизма, свойственное и современной психопатологии, привело к тому, что в завуалированном виде она теперь присутствует всюду, где речь идет об эндогенных психозах – от глоссариев и руководств до историй болезни и амбулаторных карт.

Наивно полагать, что «живучесть» термина *аутизм* объясняется лишь тем, что, возникнув в творческой лаборатории ученого, понятие аутизма было «приплюсовано» к *dementia praecox*. На наш взгляд, Блейлер предпринял осознанный шаг, направленный на коррекцию не получившей подтверждения идеи об обязательном раннем слабоумии и в известном смысле спасший систематику Кальбаума-Крепелина, а также естественно-

научный подход в целом. Именно на эту поправку и был рассчитан социальный заказ психиатрического сообщества, о котором говорилось выше. Может быть, благодаря указанной заслуге автора трактат «Аутистическое мышление» прожил почти сто лет, переиздавался, переводился на другие языки, не испытал критического пересмотра.

Итак, если говорить об общей тенденции, то она была такова, что вслед за кратковременным увлечением феноменом аутизма, современники и ближайшие последователи Блейлера все меньше внимания стали уделять аутистическому мышлению и больше – фактору аутизации у больных шизофренией. А само это свойство, аутизация, постепенно уходило на

*Так называемые нью-йоркская и британская концепции шизофрении, по Дж. Е. Куперу, совпадают с расширенным толкованием Блейлера и сужением, введенным К. Шнайдером (*Кискер, Фрайберг и др.*, с.361).

периферию клинических разборов, приобретая разряд банального признака эндогенного психоза.

В наше время работ, посвященных данной проблеме, крайне мало. Среди прочих можно сослаться на докторскую диссертацию Г. Т. Красильникова (*Красильников*) – одну из немногих современных работ, где феномен аутизма рассматривается именно в блейлеровском значении. Автор представляет результаты своих многолетних разработок с использованием современных техник исследования психических особенностей душевнобольных. Особенность подхода заключается в том, что диссертант развивает понятия об аутистическом мышлении (быть может, впервые за много лет) и аутизма, принимая все, что описал Блейлер. Он также рассматривает оба этих понятия в рамках шизофрении, точнее – шизофренического дефекта.

Автор твердо стоит на классических клинических позициях в трактовке понятия шизофрении, включая форму и течение болезни, опираясь на ее процессуальное видение. Он пишет: исследовалось «...наличие в клинической картине симптомов, признанных в качестве диагностических критериев шизофрении Е. Краепелин (1913), Е. Bleuler (1911, 1912), К. Schneider (1971), использовалась систематика по формам течения А. В.

Снежневского (1969) в адаптированном по МКБ-9 виде» (Красильников, с. 9-10). Работа в целом, исключая применение современных патопсихологических и других параклинических методик, принадлежит довоенной эпохе.

Однако есть фраза, которая гораздо больше передает современное отношение к проблеме аутизма, чем то, что декларирует автор. «Рассмотрение аутизма, – пишет Г. Н. Красильников, – исключительно в качестве нарушения социальной коммуникации привело к сближению аутистических расстройств с неконтактностью при бредовой недоступности (Н. Buerger-Prinz, E. Schorsch), при апато-абулических и ступорозных состояниях (З. П. Гуревич), а также у депрессивных (Н. Kranz) и даже маниакальных (J. Glatzel) больных» (Красильников, с. 4). Здесь совершенно очевидно, что из производящего признака, аутизм превратился в производный, из глобального в банальный.

Картина разработок проблемы аутизма может оказаться неполной, если не упомянуть один артефакт в истории психиатрии. Группа детских психиатров – сначала Л. Каннер (*Kanner*), затем Г. Аспергер (*Asperger*) – вовсеуслышание заявила о своем отношении к этому понятию.* Именно представители детской психиатрии, описав аутизм как *самостоятельную* полиэтиологическую болезнь, не родственную эндогенным психозам патологию, сумели радикально отделить его от шизофрении и сделать приложимым к другим, в том числе, и органическим расстройствам.** При этом исследователи раннего детского аутизма прагматически отказались от понятия аутистического мышления, оставив за рассматриваемым феноменом лишь функцию нарушения контактов пациента с внешним миром.

Это был самый выдающийся шаг после О. Блейлера. Во-первых, аутизм интерпретировался вне поля блейлеровских спекуляций и обозначал самое ценное в его подходе – нарушение контактов больного (в данном случае ребенка) с внешним миром. Во-вторых, отмечалось, что он может присутствовать на другой патофизиологической и патопсихологической почве, не связанной с шизофренией. Исследователи раннего аутизма не

только методологически были корректны, но они описали и реальные расстройства, о которых не было известно психиатрическому миру. В этих блестящих описаниях и был скрыт последующий успех данного направления. Достаточно отметить, что все послевоенные исследования проблемы – доклады на форумах, печатная или иная информация – касались именно детского аутизма. Тем не менее, аутизм Каннера остается одной из наиболее

*В 1938 г. Л. Каннер обратил внимание на детей, в клинической картине заболевания которых ведущим расстройством был аутизм. В 1943 г. он обобщил свои наблюдения в специальной статье. В дальнейшем Л. Каннер в качестве критериев для выделения синдромов раннего детского аутизма предложил, во-первых, самоизоляцию и неспособность к установлению контактов с людьми, а во-вторых, – однообразное поведение с элементами одержимости.

**С. С. Мнухин, А. Ван Кревелен, М. Раттер «сформулировали принципиальное положение о детском аутизме, как синдроме детской психопатологии, отличающейся от оригинальной концепции О. Блейлера в традиционном ее понимании» (Каган, 1976, с.62).

трудных проблем детской психопатологии. Показательны нашедшие отражение в литературе 1) категориальная неопределенность этого явления в системе общей и частной психопатологии (симптом? синдром? самостоятельное заболевание?); 2) терминологические трудности и разногласия; 3) обилие возникающих в ходе поиска разнообразнейших представлений о клинической сущности и этиопатогенезе болезни (см.: Каган 1994).

Полиморфность понятия создавала трудности квалификации феномена отчуждения, и Л. Каннер, а за ним остальные, повторили методологическую ошибку своего предшественника, ища сумму этиологий в детстве, в детской психопатологии. Существуют признаки того, что это движение медленно заходит в тупик. Достаточно отметить следующий парадокс: если раньше аутизм интерпретировался как один из симптомов шизофрении, то в рамках детской психиатрии уже шизофрения или другие нозологические группы определяют данное явление как болезнь (Каган 1976). Несмотря на то, что в настоящее время под аутизмом подразумевают именно детскую самоизоляцию (особенно в англоязычной литературе), прагматический подход к проблеме, радикально очистив данное понятие от всего лишнего, утратил, быть может, главное в «романтической» интерпретации одиночества.

Блейлеру и его последователям достаточно было сделать один шаг – отказаться от жесткой привязанности аутизма к *dementia praecox*, учесть присутствие данного фактора при других психических и соматических расстройствах, чтобы создать новую теорию. Он впервые стоял на пути создания *метанауки* – вот почему его версия аутизма не совпадает с общеизвестными понятиями: симптом, синдром, болезнь. Его метатеория о патологической форме одиночества как пограничного явления могла стать долгожданным связующим звеном между соматической и психической медициной, внешнего и внутреннего мира больного. Ибо не только нарушения связи с внешним миром, но и собственным телесным «я» приводят человека к аутизации. Поэтому данное явление – исходное, базисное, а не вторичное, производное от других психических расстройств. Блейлер был близок к определению предмета психопатологии почти так же, как Фрейд – психологии.

Его теория могла бы обусловить новую деонтологию, направить поиск на разработку емких диагностических принципов, эффективных способов сомато- и психотерапии. Наконец, вопрос многовековой давности: что мы лечим – человека или болезнь? – также нашел бы свое развитие. Ибо только фактор аутизации может охватить всю патологию личности. Величайшая заслуга Блейлера, оставшаяся непревзойденной в классике психиатрии, заключена именно в том, что он сумел утвердить в психопатологии столь объемное гуманитарное понятие. В этом плане мы считаем себя последователями Блейлера, потому что стремимся лечить не психопатологические симптомы или синдромы, хотя и тщательно отслеживаем их, но аутизм, болезненное одиночество наших пациентов, т. е. всего человека. Но для этого надо было использовать категорию *диалогического мышления*, которая во времена Блейлера еще отсутствовала. Работа М. Бубера «Я и ты» вышла в свет в 1922 г., а имя М. М. Бахтина стало известным на западе лишь в конце 1960-х годов прошлого века. «Психиатрия останется навсегда благодарной Блейлеру за тот огромный материал, который он для нее сделал

доступным. Но он также поставил перед психиатрией и крайне сложную задачу – воздвигнуть из этого материала здание» (*Бинсвангер* 1992 а, с. 131).

Гуманитарное знание во времена Блейлера свернуло в сторону прагматизма и мистики, не позволив раннему прозрению ученого совершить поворот в медицинской науке. К нему были готовы и Ясперс, и Кронфельд, и Лакан, и Бинсвангер и многие другие. Такой поворот немислим и в обозримом будущем. Однако мы говорим здесь о лейтмотиве практического врача, а не об уже реализованных знаниях. Развитие проблем аутизма могло бы открыть широкий доступ концептуальной психотерапии, комплексному лечению психозов.

2.5. Аутопсихические расстройства

Концептуализацию психической причины патологических симптомов, мы начали с того места, где идеи классиков являются наиболее бесспорными. Это понятие об аутизме в плане внешнего отчуждения, и конфликта – в плане внутреннего, внутриличностного, внутриспсихического. Мы имеем ввиду не традиционное содержание – «наличие действия, не приводящего к желаемому результату» или «направленность конфликта» (*Дункер*, с. 41), а нарушение качества внутриспсихического диалога. Чтобы объединить эти понятия, мы отказались от частого употребления самих терминов, так как первый прочно связан с детской психиатрией, а второй отягощен социологическим, социально-психологическим и другим содержанием.

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 твор-

чества, 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 невыносимой форме (как в девятом круге Дантова ада «грудь о грудь окованные хладом», «самого одинокого одиночества» Ницше, «голового ужаса» 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 натуры (*Fromm-Reichmann, 1959*, цит. по: *Покровский 1989*, с. 114).

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 мало. Современные исследователи, Р. С. Вейс, Дж. Р. Оди и другие, сетуют на то, что при разработке проблемы одиночества не на что опираться, нет какой-либо традиции в понимании этого явления (*Вейс 1989; Оди 1989*). 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.

Ж. П. Сартр одним из первых сфокусировал внимание на этом понятии, определив одиночества как *сущностное* качество человека. 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 слияние с внешним миром. Такова, на наш взгляд, сама природа диалогического мышления. «Монологическое Я – справедливо утверждал Ф. Эбнер – это заблуждение, которое разрушило и должно было разрушить всю основывающуюся на Я философию. Я существует в диалоге» (*Философские науки*, 1995, № 1) Следуя сущностной характеристике феномена патологического одиночества, мы пришли к собственной точке зрения в области психической патологии.

Вот уже тридцать лет мы пытаемся рассматривать аутизм как явление, общераспространенное в клинике психических заболеваний, а не специфическое для одной лишь шизофрении. Было выдвинуто предположение, 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.

Прежде чем сделать обобщения, подчеркнем 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 рубежами детской психиатрии.

Наша точка зрения возникла в результате клинических наблюдений и предполагает синтез существующих взглядов. Но, прежде всего, она включает в себя представление о диалогическом свойстве мышления. 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, а феноменологически – аутизма. Именно в пограничной области следует, на наш взгляд, искать опору для определения предмета психопатологии.

Межличностное отчуждение как социальный и психофизический феномен нуждается в более широком рассмотрении.* Мы не только стремились найти общую для всех симптомов патологическую основу, но хотели также примирить позицию психотерапевтов с позицией соматотерапевтов (психиатров). 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 великий гуманист: «Я считаю это медленное, ежедневное давление на тайные пружины мозга неизмеримо более ужасными, чем любая пытка, 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...» (Диккенс, с. 125). Понятие о патологическом одиночестве способно восполнить утраченные связи научной психиатрии с этической и эстетической традициями старой клиники.

*Мы стали пользоваться понятием о патологическом одиночестве, хотя прекрасно осознаем, что одиночество не может не быть патологическим. Об этом сказал Б. Окуджава на одном из своих публичных выступлений ведь антоним этого слова - уединение.,

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 пространства (Цивьян, 1994, с. 9). «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 методов психотерапии,

построенных на *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 асимметричности или какие-либо другие изъяны и, соответственно, пытаясь изменить свое лицо» (Абрамян 1994, с.79). Процесс реконструкции утраченного образа равносителен попытке избавления пациентов от патологического одиночества. Последнее, как отмечалось, является причиной и смыслом 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, предоставляя продукт творческой переработки. По статистике они составляют не более трех процентов случаев шизофрении (*Руководство по психиатрии*, 1988, с. 442). Речь идет о принципиально ином факте – зеркальные нарушения обнаруживаются при каждом психическом заболевании и являются ключевыми.

«В общем психопатологию – писал Блейлер – можно сравнить с набросками карты обширной страны, которую прорезают лишь несколько проходимых дорог; наибольшее пространство занимают пробелы» (Блейлер, 1920, стр.V). Эти слова сохраняют актуальность по сей день. Один из таких

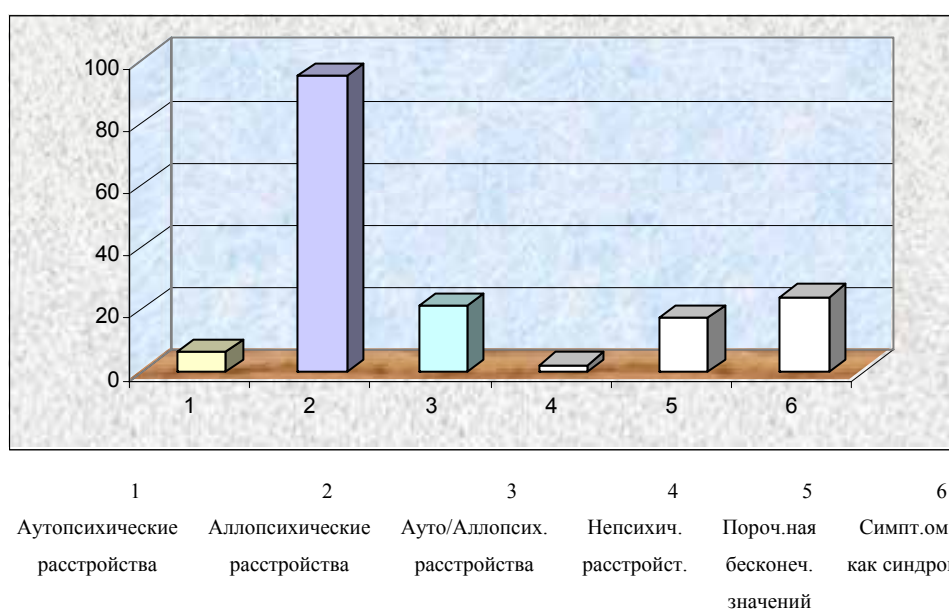
обширных пробелов – это то, как пациенты психиатрических больниц относятся к своему зеркальному образу. Симптомы зеркальных нарушений воспроизводят те (субъективные, сигнальные, сигнификативные) свойства симптома, о которых мы говорили в начале главы – они звучат в жалобах психотика, как боль в жалобах обычного пациента и здесь впервые появляется свойство локальности симптома, больной указывает место (на лице, или теле) фиксации своих переживаний.

Если суммировать негативную симптоматику, представленную в современных списках (коды негативных расстройств по А. В. Снежневскому, Г. Я. Авруцкому, С. Г. Зайцеву и С. Н. Мосолову, шкалы SANS, BPRS,

*«То обстоятельство - писал Г. Спенсер, – что вера в переживающего человека двойника возникает среди дикарей и затем постоянно воспроизводится у цивилизованных народов, представляет факт особого значения» (Спенсер, с. 7)

PANSS, а также в глоссариях и руководствах), то можно заметить, что большая часть выделенных нашими современниками и предшественниками признаков лежит в социально-психологической плоскости исследования, в области межчеловеческих отношений (см.: Хараш, 1977, 1980, 1999).

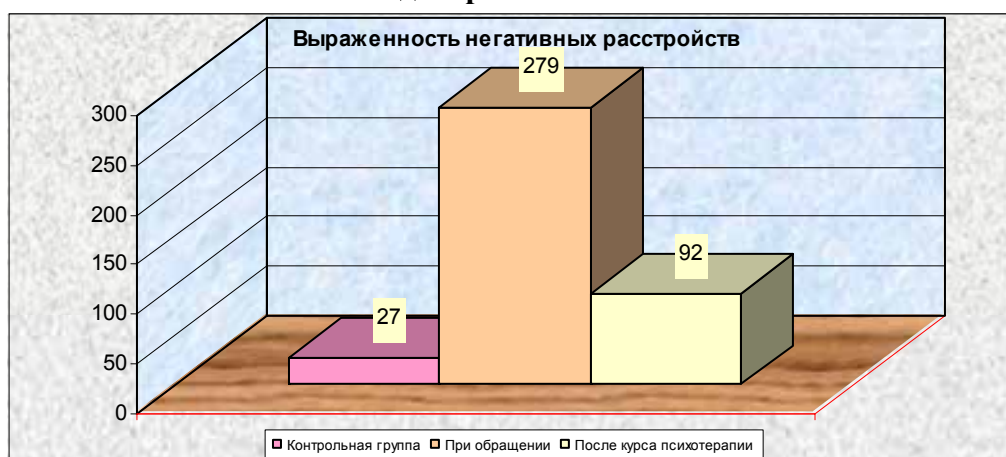
**Типы психических расстройств
диаграмма 1**



Целая эпоха в истории психиатрии связана с обсуждением проблем аутизма О. Блейлера, П. Жане и З. Фрейда. Идеи классической психиатрии,

быть может, самые глубокие в клинической области, возвращаются к нам в новом свете. Это вполне закономерно – понятие из области теории расширяется, а прежнее содержание становится частным случаем на новом витке развития клинических знаний. На диаграмме 2 мы видим значительную выраженность негативных (дефицитарных) расстройств у наших больных по сравнению с нормой, а также с той же группой пациентов после курса психотерапии.

**Выраженность негативных (дефицитарных) расстройств
диаграмма 2**

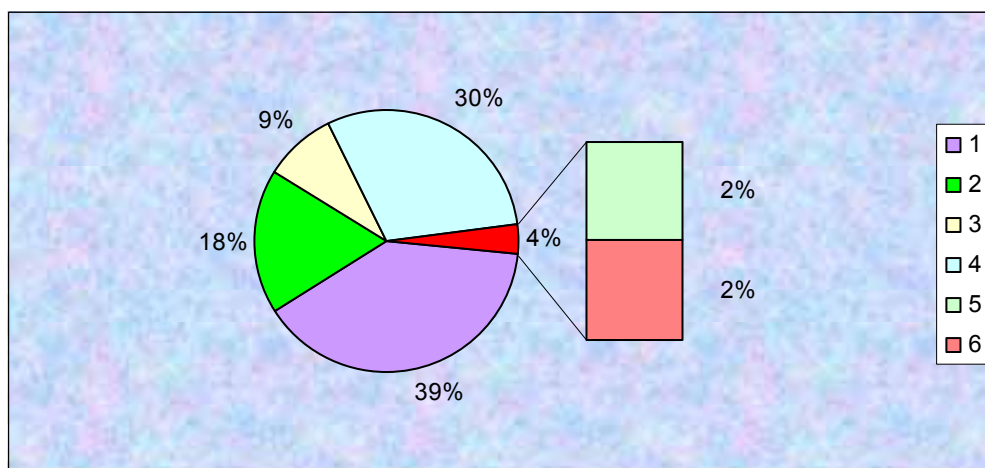


Аутопсихические расстройства представлены в литературе значительно меньше. Наиболее убедительными являются анозогнозия, симптом зеркала, симптом фотографии, дисморфофобия (дисморфомания), деперсонализация (если иметь в виду поправку Л. Дюга) и близкие расстройства (границ сознания, аутометаморфопсия, аутопсихическая дезориентировка), а также псевдогаллюцинации В. Х. Кандинского. Но даже этих наблюдений достаточно, чтобы говорить об актуальности интровертивных (интрасубъективных) психических расстройств. Заметный вклад в этом вопросе принадле-

жит М. В. Коркиной, А. Е. Личко и других авторов, мы имеем в виду страницы, посвященные дисморфофобии, дисморфомании и симптому зеркала. Развивая эту тему, мы построили свою классификацию по аксиологическому параметру и параметру симптома Абели.

Нами выделены 11 типов оценки внешности: отрицательная оценка своей внешности (О); положительная (П); сбалансированная (С); усредненная (У); полярная (П/О); дисморфофобия (ДФ); пациент не видит своих черт лица (НВ); не узнает своего лица (НУ); безразличие к своей внешности (Б); отказ оценивать свою внешность (ОО); не в состоянии оценить или описать свою внешность (Д). Однако в исследуемой группе пациентов с диагнозом шизофрения параноидная пять выделенных типов не встречается. Вот как распределяются остальные признаки в диаграмме.

**Типы оценки внешности
диаграмма 3**



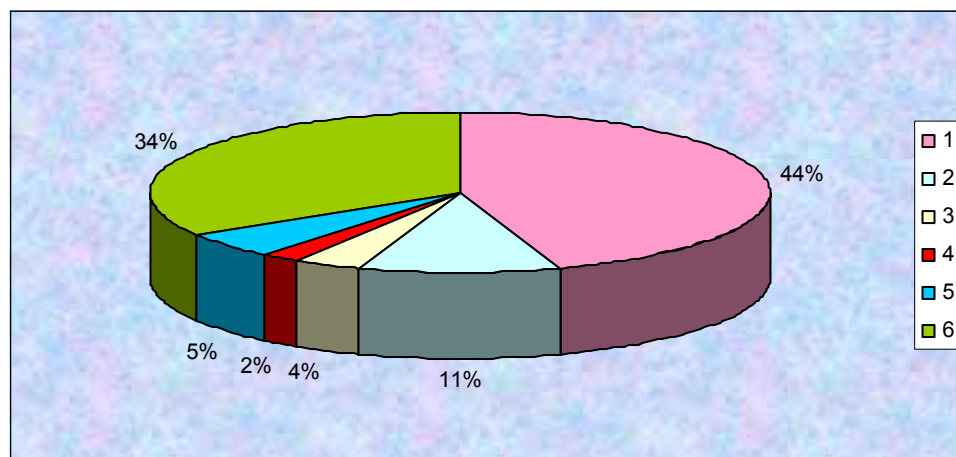
1-О	2-П/О	3-ДФ	4-Б	5-НВ	6-ОО
22	10	5	17	1	1

Из диаграммы 3 видно, что наибольший процент составили пациенты с отрицательной оценкой своей внешности. На втором месте – безразличные, что можно квалифицировать как отрицательное отношение к своему зеркальному образу. И на третьем месте – смена оценок. Таким образом, к отрицательному спектру самооценки принадлежит большая часть пациентов исследуемой группы кроме одного случая с явными признаками деменции.

По второму параметру – наличия симптома зеркала мы выявили

следующие типы: положительный симптом зеркала (ПСЗ); склонность к положительному симптому зеркала (СПСЗ); отсутствие симптома зеркала (ОС); полярная смена отрицательного и положительного симптомов зеркала (ПСЗ/ОСЗ); склонность к отрицательному симптому зеркала (СОСЗ); отрицательный симптом зеркала (ОСЗ).

**Наличие симптома зеркала
диаграмма 4**

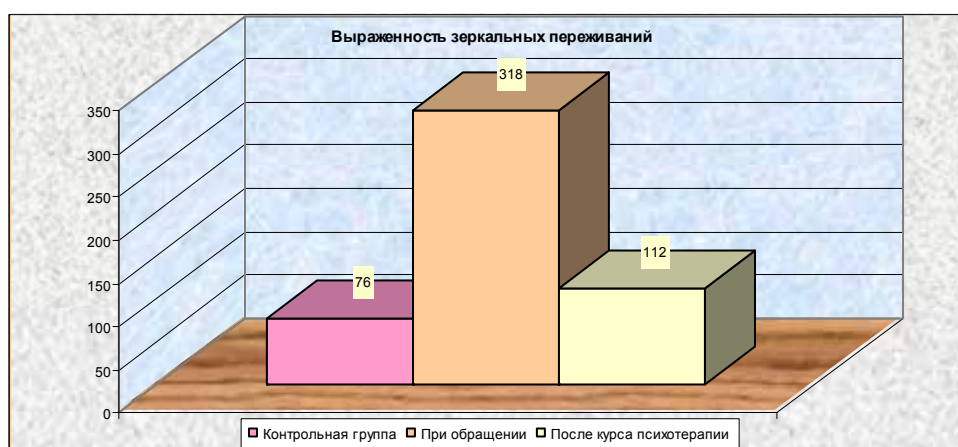


1-ОСЗ	2-СОСЗ	3-ПСЗ/ОСЗ	4-ОС	5-СПСЗ	6-ПСЗ
25	6	2	1	3	19

Таким образом, два опорных для нас понятия (о негативных расстройствах психики и нарушениях восприятия зеркального образа «я») мы находим в общей психопатологии. Одним из первых такую параллель провел выдающийся невролог В. М. Бехтерев, описав простой и надежный признак – боязнь чужого взгляда при дисморфофобии, т. е. отчуждение с отрицательной оценкой зеркального образа «я». Это – одна из бесчисленных форм аутизации вместе с нарушением восприятия зеркального двойника. Но и

поздние наблюдения не менее убедительны, например, сенситивный вариант дисморфоманического бреда (*Лебединская, Немировская*). В диаграмме 5 по сравнению с диаграммой 2 можно увидеть, что у одних тех же групп пациентов, выраженность зеркальных переживаний прямо пропорциональна негативным (дефицитарным) отклонениям.

**Выраженность зеркальных переживаний
диаграмма 5**



Такое совпадение, обнаруженное нами много лет назад и подтвержденное клиническими наблюдениями, позволило допустить, что восстановление функций психической деятельности в процессе индивидуальной и групповой психотерапии возможно на пути преодоления интрапсихических нарушений, путем реконструкции диалога пациента с самим собой, со своим зеркальным образом.

Методологически мы следовали З. Фрейду, построив свои техники психотерапии на базе развития *клинического интервью*. Клиническую беседу мы изменили структурно, – поместили его в функциональном поле художника и модели, заменив кушетку местом пациента у мольберта. Так появилась трехкомпонентная (вместо двухкомпонентной) структура терапевтического контакта, дающая возможность достичь равного партнерства, «нулевых диалогических отношений» в паре врач-пациент.

На базе клинического опыта мы разработали весьма эффективный инструмент выявления аутизма, «зеркальные переживания», – интервью, которое проводим со всеми пациентами, поступившими на лечение в Центр маскотерапии.* Этот прием имеет определенные преимущества перед «безликим» анкетным опросом и особенно важен для целей углубленного

*О том, что существующие психологические тесты не способны выявить интровертивные расстройства свидетельствует глава 8 фундаментального труда по нервной анорексии – одного из ключевых явлений при исследовании нарушений диалога человека с самим собой (Коркина, Цивилько и Марилов, см. также: Личко, Ушаков).

нами психологического исследования личности. Применительно к стоящей перед диагностической задачей необходимо отметить, что метод интервью дает значительный материал для изучения индивидуального своеобразия восприятия пациентом самого себя. 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» представляет собой синтез открытого опросника и интервью. При необходимости опросник может быть предложен пациенту для самостоятельного заполнения, а также может быть использован диагностом в качестве основы для ведения клинического интервью. Это сближает данную методику с клиническим интервью – одной из разновидностей метода сбора данных в условиях личного речевого взаимодействия. В клиническом интервью пациент выступает не только в качестве объекта исследования, но и одновременно в качестве субъекта, сотрудничающего с психодиагностом. Возникающий в процессе общения эмоциональный контакт может обеспечить творческий характер участия пациента в поиске требуемой информации. Зеркальные переживания пациентов, проходивших курс лечения в Центре маскотерапии наблюдаются и фиксируются следующими методами:

Невключенного наблюдения, главным условием осуществления которого

являются зеркала. Поскольку это один из главных инструментов в контексте маскотерапевтического направления, соответственно велика их роль в принципе оформления интерьера различных помещений нашего Центра. Помимо зала-мастерской, где зеркала размещены вдоль двух перпендикулярных стен (что позволяет пациенту наблюдать себя в разных ракурсах), они находятся также в небольшой прихожей, непосредственно рядом с парадной дверью, в коридоре, ведущем к кабинету врача, в разных других уголках и помещениях Центра. Такое расположение не случайно и позволяет фиксировать отношение пациента к своему образу не только во время работы, но и в те моменты, когда он приводит себя в порядок, просто прохаживается, ждет приема к врачу, входит в Центр или покидает его.

Проективные методики. Одна из них – анализ созданных на разных этапах лечения автопортретов пациентов, что дает значительный диагностический материал зеркальных переживаний. Целый ряд больных, которые не могли выполнить свой автопортрет даже на самом элементарном уровне, а просто мяли в руках пластилин, были в то же время не в состоянии вербально передать свои зеркальные переживания, или хотя бы вкратце описать фрагменты своего лица и телосложения.

Не менее важной проективной методикой диагностики является лечебный грим – портрет или автопортрет. Зачастую лечебный грим становился индикатором искренности, т. к. ряд пациентов на первоначальном этапе дававшие мнимую положительную оценку своей внешности, имели тенденцию обращаться с просьбой нанести им на лицо цветовую гамму, как можно более интенсивно уничтожающие их черты лица, либо сами выполняли грим – автопортрет в том же стиле. Лишь впоследствии они признавались в неискренности своих ответов в процессе интервью и в том, что негативно воспринимают свою внешность.

По критерию стандартизации интервью «зеркальные переживания» относится к частично запрограммированному диалогу, предполагающему наличие заранее намеченных вопросов и свободную тактику ведения беседы,

имеет полуструктурированный характер. Описывая методику «зеркальные переживания», мы исходили из предложенной А. А. Бодалевым и В. В. Столиным классификации психодиагностических процедур по методическому принципу. Следует сразу отметить, что существует немало тестов и методик, включающих шкалу диагностики отгороженности. Среди них «Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона, «Методика многофакторного исследования личности» Р. Кетгелла (фактор А – «шизотимия – аффектотимия»), Методика Рене Жилия (шкала 11), ММРІ (8 шкала – шкала аутизма), «Методика диагностики социально-психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда и др. (Практическая психодиагностика).

Однако аутистические расстройства у психотиков свободно выявляются и в простой беседе, наша цель выявить зеркальные нарушения, в этом отношении опросник «Зеркальные переживания» идентичен Стэнфордской шкале восприимчивости к гипнозу. Если пациент не обнаруживает признаков нарушения восприятия зеркального образа «я», то маскотерапия, направленная на реконструкцию утраченного образа, уступает место лекарственной терапии.

Наличие четкой схемы проведения опроса позволяет избежать отклонений от стоящей перед интервьюером диагностической задачи, а свободная тактика ведения беседы способствует снятию таких особенностей стандартизованного диагностического интервью, как подавление непосредственности в ответах пациента, потеря эмоционального контакта с ним. Предпринята также попытка дать классификацию зафиксированных в практике зеркальных расстройств (см.: Таврический журнал психиатрии 1998, №2-3; Сборник статей по прикладной психологии 1999).

Диагностика при помощи интервью «зеркальные переживания» проводится перед началом лечения и сопровождает каждый его этап, фиксируя изменения, происходящие в восприятии пациентом своего зеркального образа. Часто опросник становится первым стимулом, побуждающим пациента к

детальному рассмотрению своей внешности, к более реалистичной ее оценке. При первом проведении интервью, психодиагностика проводится только в режиме диалога: психодиагност задает вопросы пациенту, расположившемуся перед зеркалом, и в письменной форме фиксирует его ответы и поведенческие реакции. При повторном интервьюировании, по окончании очередного этапа лечения пациент может самостоятельно ответить на вопросы интервью, используя для этих целей бланковую форму методики.

При необходимости интервью предваряется сеансом бодиарт, также проводимым перед зеркалом, в процессе которого пациент выступает в роли модели, а иногда и в качестве соавтора в создании грима (см. гл. 5). Такая форма взаимодействия способствует возникновению у пациента ощущения безопасности и делает общение более свободным и непосредственным. Доверительная беседа с пациентом во время проведения интервью у зеркала часто оказывает существенную помощь в сборе анамнестических данных. Особенности восприятия своего образа субъективно значимы и подробное рассмотрение различных аспектов внешности может послужить ключом к тонким переживаниям пациента, вызвать его на откровенный рассказ о жизненных событиях, психотравмирующих ситуациях.

Интервью состоит из пяти разделов, содержит 24 вопроса, которые условно можно разделить на следующие подгруппы:

- вопросы общего характера, настраивающие пациента на тему интервью;
- вопросы, направленные на выявление особенностей восприятия пациентом своего лица;
- вопросы, направленные на выявление особенностей восприятия пациентом своего тела;
- вопросы анамнестического характера, призванные выявить временные параметры и возможные причины возникновения зеркальных нарушений;
- вопросы уточняющего характера, направленные на выявление идеального представления пациента о своей внешности и его соответствия реальности.

При этом некоторые вопросы, направленные на описание лица и фигуры, содержат ряд подпунктов, ориентирующих пациента на детальное рассмотрение отдельных черт внешности. Наряду с регистрацией вербальных ответов пациента и описанием его поведенческих реакций беседа фиксируется на диктофон, чтобы избежать потери лексических и интонационных нюансов, которые могут оказаться весьма важными при составлении заключения о

зеркальных переживаниях пациента.* Письменное заключение представляет собой конечный этап сбора, обобщения и интерпретации полученных диагностом сведений, его содержание строится не только на результатах интервью, но и на данных наблюдения за поведением пациента во время сеансов портретирования и бодипарттерапии, а также на информации, полученной из бесед с родственниками пациента. Единой стандартной формы заключения не существует, его содержание и стиль могут меняться в зависимости от используемых данных, от того, первичным или повторным является обследование, а также от личностных особенностей пациента.

Интервью «зеркальные переживания» предваряет портретную психотерапию, как клиническая беседа является обязательным условием начала соматотерапии. Этот метод не призван конкурировать с патопсихологическими тестами, хотя и может вызвать интерес у патопсихологов. Не является существенным и обнаружение зеркальных нарушений у пациентов, для нас это непреложный факт или истина, не нуждающаяся в доказательствах. 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.

В заключение 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

*Гениальное, по сути, изречение Лакана «бессознательное – это речь другого» не было развито ни им, ни его учениками. В противном случае неизвестно почему они ищут зеркальные переживания в детстве, будто бы шестимесячный ребенок отчитался им по полной программе (*Lacan*). Наши многочисленные семинары, контакты (работа в клиниках Лакана в Шони и Премонтре), особенно дискуссия на последней международной конференции ITINERAIRES в 1997 г. дают право сказать, что события диалогической природы не волнуют представителей этого направления. Они, на наш взгляд, еще более усложняют спекулятивную часть психодинамической практики. Доказательством сказанному может быть полное бессилие психотерапии психозов в указанных стационарах.

Людвиг Бинсвангер (*Бинсвангер 1992 б*). 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 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» (*Бахтин 1979, с. 363*).

Человек живет во внешнем мире. Он живет с ощущением этого мира. В 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.

Концепцию одиночества и явления анозогнозии мы изложили выше. Теперь перейдем к описанию терапии, в которой нам, как представляется, удалось соединить научный метод и искусство, расширить возможности лечебного воздействия на психическую патологию. Наши методы психотерапии основаны на древнем способе познания человека – искусстве портрета. Портрет, как и используемые нами автопортрет и бодиарт, возникает в тесном взаимодействии терапевта с пациентом.

Глава 3. Терапевтический портрет. Методика и техника

Метод портретной психотерапии, который будет здесь обсуждаться, 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 содержание (*Каннабих. 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 навыками изобразительного искусства.

Такие явления двойного профессионализма изучает так называемая *кентавристика* – наука о сочетаемости традиционно не сочетаемых областей знания. Известный исследователь этой проблемы науковед Д. С. Данин в своих лекциях (*Данин, 1997*) 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.*

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

Другой особенностью наших техник является то, что они применяются в плоскости разработанной нами концепции патологического одиночества. Содержание этой концепции подробно излагалось в ряде публикаций (*Назлюян, 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 психотерапевтические 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 психотерапии.** По нашему глубокому убеждению, клиническая (медицинская) психотерапия должна искать инструменты эмпатического сближения личности врача и пациента до полного слияния мотивов их переживаний, за счет изменения структуры и пространства психотерапии. На это неоднократно указывали психопатологи довоенной эпохи.

**Эту мысль высказал еще мой научный руководитель, профессор М. Г. Ярошевский: «Созданный Г. М. Назлюяном 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.

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

3.1. Пространство и время психотерапевтического сеанса. Стилистика лечебного портрета

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, 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 (*международная классификация болезней*), в другом сводится к той или иной системе интерпретации психопатологических явлений. Классические 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.

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 «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» (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, «для настоящего будущих предметов есть у нас чайание» (Августин, с. 587).

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 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 А. 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».**

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. 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, обеспечивающей его духовное существование во внешней среде. Попытаемся это показать, используя временные и пространственные характеристики психотерапевтического сеанса.

*Леви-Строс о своем творчестве: «Я есть то место, где в течение нескольких месяцев или лет вещи вырабатываются или же обретаются, а затем они отделяются посредством некоего извержения» (*Леви-Стросс, с.7*)

**Социализированного 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.

***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.

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 пациенту.** (см.: *Меграбян*) «Для меня время остановилось - говорил А. 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 нейрорептиков в организме, граничит с бессмыслицей.

«*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,

*Мы вслед за многими современными темпорологами испытали влияние работы Дж. Уитроу «Естественная философия времени» (*Уитроу*)

**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 неперенных 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.

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 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.** Здесь «наука превращает время в пространство» (*Бергсон*, 1923. с. 141).*** 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 врачей 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.

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 распорядку.*** Дискретность есть и здесь, она

*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 завывали 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.

**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. Мы спросили, и оказалось, что психотерапевт назначил время планового приема по собственному усмотрению.

***Философская заслуга Бергсона, по призванию Дж. Уитроу, состоит «в оригинальности его указаний на те свойства времени, которые носят истинно временной характер, а не квазипространственный» (160, с. 202).

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 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*). 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.**

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

*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».

**Разумеется тут речь идет о двух временных интервалах по Карнапу, «ни о какой правильности или ложности здесь говорить нельзя» (Карнап).

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).*

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 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 творчест-

ва, 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-

Однажды после окончания работы над скульптурой портрет нашей пациентки С. М. написал талантливый художник-портретист. С. 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: «Какое здесь может быть сравнение с нашим портретом? То, что мы сделали из пластилина, – это же я».

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» (Ельшевская 1994, с.87).

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 перевоплощения. 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 также 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 разделе о катарсисе.*

Пространство психотерапии, интимных откровений должно, как известно, обеспечивать сохранение тайны между врачом и пациентом. Это условие легко, почти автоматически, соблюдается при лечении невротиков: 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

*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.

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.

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.

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

Структура портретного пространства. Пространство вокруг этой изменяющейся во времени триады, как отмечалось, «открытое» – открыты двери, присутствуют свои, чужие и случайные люди, действия которых ничемне 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

*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 кульминации этого неосязаемого напряжения доктор Назлоян, неожиданно резко прервав сеанс, сказав: «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 возвратить его в истинную и предназначенную ему жизнь (Цивьян, с. 11).

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 моделью.* Наши больные порой проявляют тяжелую реакцию, когда их опекуны подходят 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.

*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.

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. 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 среди 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.

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, позволили нашим врачам преодолевать фиксацию переноса, сменяя друг друга у портрета.* В последние годы мы практикуем даже мастер классы, когда опытный врач лишь завершает работу. 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, повинувшись деструктивному импульсу, вначале «разрывает» форму (дизъюнкция), создает новое качество на одной из деталей лица (пликация). 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 отклик в постмодернистской концепции языка: у Ж. Деррида, Ж. Делёза и др. (*Пятигорский*). Многие наши пациенты тоже представляют себе лечение в виде послойного избавления от недуга. С. 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 портрета.* Данная процедура совершенно спонтанна и с точки зрения профессиональной скульптуры не экономична и никак не осмысленна

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

врачом. «Я чувствовала, – пишет больная в другом месте – с меня, как чехол, спадает мое прошлое», – имея в виду период длительной психотравмирующей ситуации.

Психотерапевт как истинный творец не подчиняется и не подчиняет часовому, измеряемому времени, в условиях которого пациент страдал, а создает и обновляет его, «движется к всегда-будущему и позднему, то есть всегда к иному, а не к тождественному» (*Плотин*, III, 7, 11). 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*).

Манера лепки. Не целесообразна и манера лепки в виде похлопываний, поглаживаний, неких пассов. Работа протекает вне академических приемов, она с этой точки зрения 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

*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 «разгонять 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).

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.

Материал и инструменты. Нетрадиционны и инструменты. Это, как правило, металлические колющие и режущие зубоветеринарные инструменты, неудобные для изготовления портрета, особенно в полный рост. Врач в одних случаях пальцами проводит складки, в других инструментами делает разрывы, расчерчивает 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 лицо.* 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 художник 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, отчуждения; «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 с лишним лет было всего несколько случаев из сотен, когда опекуны пациентов имели твердое намерение –приобрести скульптурный портрет.

*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).

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 художник 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» (Ельшевская, 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-, фоно- материалах. 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 хеппенинга (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 добротной 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 апреле 1997 года и в конференцзале психиатрической больницы №14 в 2004 г., 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.

3.2. Диалог с пациентом: 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 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 по психиатрии, 1988, т. 1, 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).

Клинический метод и психоанализ. Современный психиатр, лидер клинического разбора, утверждая свой авторитет, делает ставку на умения 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. Несколько 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).*

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. Седок, – 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 больным; вопросы, требующие и не требующие категорического ответа; воздействие на больного

*Иногда методы общения с душевнобольными на первый взгляд особенно причудливо. 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.

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-консультативная, 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 как 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

*Этот прием настоятельно рекомендуют и Г.В. Морозов и К. Зайдель (Руководство, с. 212). Ролевой подход (руководство и партнерство), предложенный В. А. Ташлыковым тоже принадлежит к этому кругу недостаточно продуктивных приемов терапевтического контакта (*Ташлыков*).

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

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 психоанали-

тического разговора – учет факторов переноса и контр переноса.*

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.

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 (*Мак-Вильямс*). 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).**

**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.

*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.

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 сценках, 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.

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.

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.

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, составляется *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.

Диалог. Мы обнаружили принципиальное расхождение в интерпретации этого понятия между двумя выдающимися мыслителями, К. Юнгом и М. М. Бахтиным: первый говорил о «диалоге между двумя людьми», о «психическом воздействии», «взаимодействие двух психических систем» (Юнг, с. 269-271), а второй - о равноправных отношениях партнеров по диалогу в присутствии «отстраненного третьего». Этой триаде структурно близок шаманизм, которому, на наш взгляд, следует отдать предпочтение. Но сравнение двух названных мыслителей, ставивших часто одни и те же проблемы, это сравнение двух эпох в развитии гуманитарных идей – оно может стать предметом отдельного исследования. Оно проявилось и в реальной дискуссии между Юнгом и другим философом диалога Бубером. Подводя итог

этого диспута, Ф. Р. Филатов пишет: «Юнг полагал, что человек может обрести единство лишь в собственной душе, интегрируя интрапсихические противоположности. Бубер утверждал, что оно обретается только в исполненном взаимности диалоге с Другим, высшим проявлением которого является обращение к Богу» (Филатов, с. 36).

Характеризуя дуальную организацию психотерапевтического контакта, как тоталитарную мы имеем в виду структуру, а не отношение к больному. Последнее испытывает многочисленные метаморфозы в сторону либерализации, но как верно заметил А. Сосланд, «равенство» терапевта и клиента носит скорее внешний, условный характер». «Первые «авторитарные» школы – продолжает автор, – очень явно обнаруживали манипулятивные желания психотерапевтов, и всю дальнейшую историю психотерапии можно рассматривать с точки зрения стремления терапевтов как-то скрыть эти свои желания» (Сосланд, 39). Но даже замена аллопатического стиля на гомеопатический сохраняет тоталитарные черты. Тем не менее, либерализация, равное партнерство между врачом и пациентом заявлены, остается искать структуру (терапевтическую атмосферу), в которой они могут быть достигнуты. Гуманное отношение к пациенту нуждается в гуманитарном же контексте интерпретаций его переживаний, в котором врач не только хочет, но и вынужден осуществлять равноправный диалог.

Пафос антиманипулятивности в классическом психоанализе, экзистенциально-гуманистическом направлении, у современных психотерапевтов-диалогистов («контакт», «встреча», «молитва») не достаточно убедителен, хотя бы потому, что у врача есть свобода выбора техник терапевтического воздействия, а у больного нет (см. Соколова, Чечельницкая; Копьев). Создается впечатление, что в концепциях современных психотерапевтов классический психоанализ под влиянием идей философов диалога лишь мутировал и превратился в еще более сложное образование («позиция вопрошания», «эхо-позиция», «угу-позиция», «позиция ответственания» и многие другие новшества). Это происходит потому, что мы часто припи-

сываем своим кумирам идеи, к которым они лишь приблизились. Нам непонятно, каким образом Фрейд мог сознательно принять идеи религиозных философов (первых диалогистов) и твердо стоять на гуманитарных позициях, если он даже не воспринимал художественную прозу из-за недостаточной верифицируемости изложенных автором произведения фактов? Напомним, что упомянутая дискуссия Юнга и Бубера, в конце концов, перешла в теологическую плоскость, так плохо были готовы оппоненты к дискуссии о диалогической природе чувств и мысли. Что мог сказать Юнг о диалоге, если «Бога он рассматривал как «психологическую функцию человека»? (Филатов, с. 36). Но даже далеко продвинутые идеи Бахтина и Выготского нуждаются в значительном преобразовании прежде, чем они будут внедрены в практическую психотерапию. Таким образом, дуальная структура психотерапевтического контакта ни в одной из известных нам техник психотерапии не преодолена, а терапевты вполне соответствуют эталону Шульца, который считал, что среди прочих дарований они непременно должны обладать качеством «энергичного начальника» (*Руководство по психотерапии*, с. 13).

Существуют две формы психотерапевтического диалога: воздействие и рационализация. Это два естественных механизма преодоления человеком своих проблем, «базальной тревоги» по К. Хорни, возникающей в процессе его жизнедеятельности (*Horney*). Воздействие предполагает своего рода вытеснение болезнетворного комплекса. Приемы воздействия символизирует суггестивная психотерапия, рационализации – психоанализ. Вытеснение корнями уходит в практику эксортизма и других форм подавления патологических симптомов. Рационализация имеет отношение к убеждению, основанному на доводах обыденного здравого смысла, выявлению формально-логических изъянов, подчинению мировоззрения пациента собственному мировоззрению. Последнее со времен Фрейда является наиболее распространенным. Здесь может быть представлена сумма различных этико-

эстетических, философских идей психотерапевта, а также его способ концептуализации симптомов заболевания.

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 психотерапевты.* 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 спекуля-

*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.

тивного 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 удается 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 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.

Выявляя клинические симптомы в процессе портретирования, врач может наблюдать их индивидуальное преломление, многообразные личностные нюансы, динамику и смену синдрома. И если О. Блейлер говорил о важности наблюдения *исподволь* за мимикой, за реакцией зрачка и т. п.,* то здесь мимические движения «впитываются» врачом для их воспроизведения, а реакции зрачков он наблюдает не между прочим, а в упор, – и это не прерывает диалога. Восприятие врачом цвета, линии, объема, как у любого художника, концентрическими кругами уменьшается до бесконечности, до почти физического ощущения микроскопической величины, за пределами возможностей аккомодации.**

Начавшийся раз диалог не прерывается и может быть возобновлен даже через несколько лет. Он возникает спонтанно и захватывает как врача, так и позирующего больного. Лепка каждой детали лица или обращение к целому изображению рождает новые ассоциации, продуцирует дополнительные стимулы для общения.

Некоторые сеансы длятся без всяких «допингов» до 24 часов. Думается,

* «Многое из психической и соматической сферы – пишет Блейлер - можно видеть незаметно для больного; нужно приучиться замечать реакцию зрачков во время простого разговора; надо постоянно иметь в виду, в каком виде вся обстановка представляется больному; один и тот же вопрос может быть очень хорошим и может испортить весь ход исследования в зависимости от того, в какой обстановке он задан, с предисловием или без него» (Блейлер, с. 140).

**Концентрация восприятия художника многократно превышает возможности самого наблюдательного аналитика. Всем известны легенды о точности зрения («хищный глазомер» по выражению О. Э. Мандельштама) известных художников. Один художник-портретист, показывая мой графический портрет друзьям, давал им большую лупу, чтобы они увидели штрихи (тысячи прикосновений сепией), невидимые невооруженным глазом.

что если в чертах лица запечатлен весь жизненный опыт человека, то портрет, исполненный врачом, ключ к нему (*Ярошевский, Липкина, с. 11*). Особенно результативен лечебный портрет в тех случаях, когда интеллект больного не уступает интеллекту врача или его знания глубже в какой-либо области, не говоря уже о творчески одаренных людях.* Тогда клиническая беседа, рассчитанная на создание неоспоримого авторитета врача, встречается с большими трудностями.

Равное партнерство. Процесс идентификации между врачом и пациентом в сеансах портретной терапии имеет непрерывный характер, хотя вне работы над портретом, как отмечалось, между ними никаких отношений нет. Это приводит к дезактуализации авторитарного образа врача, иерархической структуры отношений. Мы утверждаем, что равное партнерство невозможно внутри пары врач – больной, здесь врач может лишь более или менее успешно вуалировать свое превосходство в общении. Благодаря нашей структуре из трех составляющих, врач – пациент – портрет, появилась возможность вести психотерапию на одном уровне с пациентом. Показательно, что, когда больные и даже опекуны довольны лечением, они говорят в кулуарах: «хороший человек», но никогда – «хороший врач», «хороший специалист». А когда приходят на сеанс после дантиста или окулиста, говорят: «были у врача».

Одна из отличительных особенностей, портретного метода психотерапии в том, что по ходу лечения, портретирования разрушается авторитарный образ врача – всезнающего, владеющего готовой истиной, способного внушить свою волю пациенту. Попытки больного восстановить врачебный авторитет и связанную с ним структуру отношений парадоксально отмечаются врачом. Казалось, он должен радоваться и доверительным словам и возникшей критике и ценности патологического материала, который больной ему передал. Однако психотерапевт непредумышленно сдвигает эту

*«При этом – писал К. Юнг – сначала надо серьезно взвесить вероятность того, что личность пациента, возможно, превосходит врача по уму, духовности, широте и глубине» (*Юнг, с. 277*)

информацию из центра в периферию, пропускает ее «мимо ушей». Это диктуется законами портретного искусства.*

Художник-портретист создает образ путем вытеснения отрицательных впечатлений, сохраняя в своей творческой памяти эстетический позитив. Так поступает и врач-художник, но он не вытесняет, а как бы *оттесняет* патологические знаки на второй план. Здесь они задерживаются, потому что профессионально скульптор не перестает чувствовать себя врачом. Причем периферическое восприятие не умаляет значения его содержания. Это единственное условие, при котором возможно «впитать» переживания пациента, пропустить их в область бессознательной сферы творческого акта. Отсюда и структура этого, не описанного в литературе диалога. Она имеет центр и периферию, потому что зависит от визуальной активности врача (ср. центральное и периферическое зрение). Врач проводит жесткую «сортировку» вербального и визуального материала, где центральная часть представляет собой здоровый обмен мыслями и позволяет работать над скульптурным образом, а периферическая часть, не вытесненная полностью, активизирует мотивационную сферу творчества. В медицинском плане это фактически разделение на здоровое и больное начало с наращиванием позитивных признаков.**

Такая «сортировка» отдаленно напоминает технику изгнания болезни. В эту структуру вовлекается пациент; представляя свой образ в положительном свете, он вынужден и беседу вести в положительном ключе, не больше и не меньше как быть здравомыслящим. Если пациенту это не удастся, врач-скульптор упреждает его и тоном и акцентами беседы, не «смакует», как принято, патологические откровения пациента, не выясняет детали, не

*Способность не фиксироваться на главном, как бы не замечать то ценное, что передает пациент, мы наблюдали у наших учителей, отечественных клиницистов (А. И. Белкин, Р. Г. Голодец, А. Г. Гофман, А. С. Тиганов и др.). К этому эффективному приему клиницисты пришли, видимо, опытным путем, хотя сейчас это уже признак «школы». По нашему глубокому убеждению, умение «периферийно» воспринимать пациента свидетельствует о высоком мастерстве врача-интервьюера в психиатрии.

**Мы не имеем ввиду простую дихотомию норма и патология, на ближе православная традиция трихотомического восприятия душевнобольного, но это предмет отдельного исследования (см.: *Мелехов*).

«вгоняет» его в болезнь, концептуальная расшифровка патологического материала производится в эстетических категориях.

Но если структура диалога из-за наличия патологической активности у модели нарушается, т.е. к психотерапевту обращаются как к врачу, он ссылается на некие авторитеты. Тогда в вербальной части общения (врача и пациента) выстраивается образ «идеального третьего». Именно от него исходят общие принципы лечения, нравственные установки.* Ему безоглядно верит врач, – к нему он обращается за помощью в трудную минуту. Причем тут нет наигранности. Этого «идеального третьего» врач цитирует, с ним он иногда общается по телефону, но его физическое присутствие на сеансе необязательно. Нередко функцию слова «идеального третьего» выполняют ссылки на мнение известных деятелей культуры, цитаты из канонических книг для религиозных пациентов.

Как-то один из наших пациентов, склонный к философскому осмыслению своих бредовых переживаний, сразу после окончания курса лечения сказал: «Все-таки Абрамян не прав!» Так он обнаружил признаки ущемленного самолюбия, как будто речь шла не о спасении его жизни (десять лет почти непрерывного лечения в стационарах), а о споре, который он в этот день проиграл. Заметим, что стандартный вариант этой структуры сформировался в последние годы, когда опытный врач-наставник входит в образ идеального третьего для своих учеников. Он даже проводит мастер классы с периодическим участием в портретном творчестве. «Слово – это драма, в которой участвуют три персонажа (это не дуэт, а трио). Она разыгрывается вне автора, и ее недопустимо интроицировать (интроэкция) внутрь автора» (Бахтин, 1996, с. 332).

*Даже в дружеской среде врач как частное лицо не воспринимает критику в адрес того, кто был для него «идеальным третьим» в работе.

**Вот что пишет один из тех, кто долгие годы был образом идеального третьего, Л. А. Абрамян. «Назоян опытным путем пришел еще к одному замечательному, на мой взгляд, открытию. В процессе разрушения своего авторитета перед больным – этого требуют, в частности, особенности избранного им метода терапии – он пришел к созданию образа некоего третьего, всезнающего и мудрого, стоящего за его действиями и следящего за обоими. Этот третий может быть конкретным лицом. Именно к нему обращается врач в трудные минуты за советом, причем не столь важно, верные это советы или нет, – как правило, они не играют существенной роли в терапии. Однажды, когда мне довелось быть таким третьим, я из другого города по телефону дал не самый верный совет, но терапия, к счастью, от этого не пострадала. Врач знал верное решение, но мнение «великого» третьего *обсуждению не подлежит*» (Абрамян, 1994, с.82).

Определение третьего в диалоге можно найти в послевоенных трудах Бахтина. По всем признакам – это формально не идеальный третий (Абсолют, «нададресат»), как у философов-диалогистов, с его замещающей ролью в диалоге, «на встречу «я» и «другого» в последней диалогической инстанции» (Бахтин, 1996, комментарий на с. 658). И все же спорный момент и в ранних, и в поздних работах Бахтина о природе диалога можно отнести к макроуровню – именно к идеальному (или отстраненному) третьему, а не к троичному и неделимому, равному по качеству составляющих образованию. Видимо структурные особенности диалогических отношений на элементарном уровне не интересовали ни Бахтина, ни других философов диалогистов, потому что их цели были глобальными – они изменили наш менталитет. Это хорошо видно на примере «нулевых диалогических отношений», где «раскрывается точка зрения третьего в диалоге (не участвующего в диалоге, но его понимающего)» (Бахтин, 1996, с. 336). Ближе всех к структурному определению был О. Розеншток-Хюсси («крест действительности»), но об этом мы будем говорить в следующем разделе.

Идентификации. Равное партнерство возможно, на наш взгляд, только при полной взаимной идентификации собеседников. «Только при условии – утверждал В. фон Вайцзеккер, – что врач до глубины души задет болезнью, заражен, напуган, возбужден, потрясен ею, только при условии, что она перешла в него и продолжает в нем развиваться, обретая благодаря его сознанию свойство рефлексии, и только в той степени, в какой это оказалось достигнуто, врач может рассчитывать на успех в борьбе с нею» (Ясперс, с. 960). Однако идентификация врача с больным на основе эмпатии, до полного «слияния душ», – процесс невероятно сложный в обычных отношениях между людьми и невозможный в паре здоровый – больной. Мы утверждаем, что истинный диалог может состояться лишь эксклюзивно – например, при выборе художником своей модели, поскольку структура всякого художественного произведения представляет собой процесс, в котором элементы

целого не просто выстраиваются один подле другого, а взаимопроникают друг в друга. Момент истинности в диалоге – явление почти случайное и в высшей степени продуктивное, оно равноценно вдохновению.

Идентификация с больным. В работе над портретом художник естественным образом идентифицирует себя с моделью. Общее мнение лучше всего выразил М. М. Бахтин. «Первый момент эстетической деятельности – вживание: я должен пережить – увидеть и узнать – то, что он переживает, стать на его место, как бы совпасть с ним..., я проникаю внутрь его и почти сливаюсь с ним изнутри» (Бахтин, 1979, с. 24-25). По признанию наших врачей, когда они вылепливают детали, на них находит чувство близкое к *deja vu*, калейдоскопически мелькают отражения собственного лица, воспоминания разных годов, иллюзия того, что лицо модели своим выражением похоже на близкого врачу человека, которому он в раннем возрасте подражал, с которым отождествлял себя. Иногда врач-портретист ловит себя на том, что он как во сне лепит именно этот образ. Есть много данных о том, что портрет в известном смысле есть автопортрет.* Подобная идентификация не имеет затаенного смысла, и каждая деталь в диалоге, каждый совместный вздох отпечатывается на портрете. Происходит истинное перевоплощение врача-художника в образ своего пациента, «присвоение характеристики другого лица» (Хьелл, 1997, с. 154).

Эмпатические способности художника здесь в значительной степени усиливаются особым свойством сострадания, которое знакомо врачу со студенческой скамьи, когда (ввиду неполной доказуемости) он «находил» у себя симптомы почти всех болезней. С годами это чувство, частично сохраняясь, частично переходит в способность «пугаться» (по О. Вайцеккеру), «ощущать» отдельные симптомы, особым образом сострадать пациенту. К. Ясперс в описании «субъективно понятных» явлений, таких как символика, бред, галлюцинации, решил проблему наполовину, потому что мы не знаем,

*См.: Ельшевская 1992. Сюда же можно отнести знаменитое высказывание Флобера о героине своего романа: «Эмма это я!»

что делать с тем, что мы впитали, запечатлели, куда эти явления отнести в сложном комплексе психотерапевтического вмешательства; и не знаем наконец, какую роль эти необъективируемые признаки болезни играют во врачебной эмпатии.*

Мы утверждаем, что психика врача имеет тенденцию отбрасывать их, поэтому соматотерапевт старается ликвидировать «субъективнопонятные сочетания» путем создания объективного досье на больного. Не требует доказательства и тот факт, что названные расстройства порождены монологическим мышлением пациента в условиях патологического одиночества. И здесь врач-скульптор получает преимущество перед своими коллегами, поскольку мишенью его терапевтической активности, его осознанной целью является аутизм. Воспринимая указанные необъективируемые явления в свете проблемы одиночества, он стремится не уничтожить их по одиночке или сразу, а видоизменить, трансформировать через диалог с пациентом. В диалогическом контексте существования «Я» патологические симптомы сами собой дезактуализируются.

Идентификация с врачом. Но и больной идентифицирует себя с врачом, который лепит его портрет, и пока скульптурный двойник не сформировался окончательно, врач воплощает это завершение и фактически предстает двойником пациента. Внутренняя речь пациента, как у ребенка, начинает громко звучать (ср. механизм интериоризации речи по Л. С. Выготскому),** она обращена к своему двойнику-врачу. Здесь уже не может быть «секретов». У некоторых пациентов наблюдается даже бредообразование с полной идентификацией себя с врачом и вне работы над портретом: то это идеи

*Значение этого понятия весьма разнообразно: от «кинестетической эмпатии» (отзеркаливания) до «зрения» в невидимом мире, эмпатии без искусства (телепатии); от артистического восприятия окружающего мира до инженерных приемов отождествления себя с деталью механизма. В нашем случае врачебное уподобление и художественное проникновение сливаются воедино. Этическое вживание врача в «его» страдания, в категории *другого*» (Бахтин, 1979, с.25), становясь этико-эстетическим, приобретает значение своего (врача) страдания.

**«Поэтому – пишет П. Я. Гальперин – первой формой собственно умственного действия оказывается четко развернутая внешняя речь про себя» (Гальперин, с. 85)

двойничества, то требующая сложных доказательств идея близнечества, то идентификация по профессиональному признаку.

В процессе лепки врач как бы расшифровывает (через воспроизведение целого и деталей) переживания пациента, опережая его в том, что он собирался выразить словами. Кстати, такое опережение высоко ценилось создателями клинической психиатрии. Продвижение портрета немислимо без полной взаимной открытости художника и модели. В этой открытости у больного еще нет слов и фраз, как у младенца, – это суть и начало формирования личности. Об этом свидетельствует работа с молчаливыми, иноязычными, умственно отсталыми, глухонемыми пациентами.

Идентификация больного с портретом. Отождествление пациента с портретом – главное условие выздоровления. Оно цементирует всю процедуру лечения и может проявиться уже с первых минут работы. В профессиональном искусстве, где имеют право на жизнь самые разные интерпретации модели – вплоть до полного несходства, – разговоры на тему «похож, непохож» – признак дурного вкуса. Другое дело лечебный портрет. Постепенное возникновение реалистической (аналитической) оценки своего лица порождает сильные переживания, разрушающие привычный ход мысли больного, «привязывающие» его к собственному зарождающемуся образу, заставляющие часто (иногда украдкой) подходить к зеркалу для изучения отдельных деталей лица, искать сходство с портретом. Эти переживания не могут не отразиться на выборе слов, выражений в диалоге. Например, А. П., чья грубая пока еще маска едва напоминала человеческое лицо, спросил: «Неужели у меня такой угол рта?» Затем подошел к зеркалу проверить, и вернулся с недоуменным выражением лица.

Иногда больных удивляет форма собственного уха, носа, рисунок глаз, губ, подбородка. Это и есть первый выход из аутистического плена, первый взгляд на себя со стороны, первая попытка сравнить себя с другими людьми без порочной мифологизации и дисморфофобических установок, искажающих видение мира вообще и мира человеческих отношений в частности.

А. Ш., для которого лоб был «полигоном», поверхность носа – «стартовой площадкой», а рот – «пещерой», под конец, вспоминал об этом с иронической улыбкой, как и о своей бредовой идее, что он – Пришелец из будущего, и неадекватных поступках.

Параллельно с работой над портретом происходит бурное обсуждение деталей лица больного, который уже настолько включился в этот процесс, что нередко бессознательно повторяет движения рук скульптора – разглаживает, похлопывает свое лицо. Это создает значительное эмоциональное напряжение, а в моменты кульминации – «отреагирование» (по Юнгу), интенсивную разрядку накопленных переживаний. Интерес больного к своему образу так велик, что временами приходится прерывать работу: это нужно пациенту, чтобы уединиться перед зеркалом, или врачу, чтобы оставить того у мольберта и, возможно, предложить ему что-то самостоятельно доработать.

Неадекватность в восприятии своего лица сочетается с незрелостью понятий и принципов, необходимых для творчества и социализации. Жена упомянутого А. П. с досадой сказала нам перед началом лечения: «Кого вы лечите, если личность не состоялась?» Он, кстати, узнавал себя в групповой фотографии лишь по очкам и прическе, т. е. по вторичным признакам. Примечательно, что отличительным признаком психоза Фрейд считал расстройство механизмов образования «я». Незнание деталей своего лица сопровождается незнанием лиц своих близких – жены, ребенка, матери, отца, братьев и сестер. Таким образом, одновременно с реалистическим взглядом на свою внешность к пациенту в диалоге с врачом возвращаются фундаментальные категории общения, устанавливается гармония между аутистической и реалистической функциями мышления (по О. Блейлеру).

Довольно типичная картина: новый пациент – и перед врачом возникает стена, нередко кажущаяся непреодолимой, стена молчания или резонерства, сверхценных или бредовых переживаний больного, его мнительности, негативизма. Однако после того как наступит момент отождествления с

портретом (рано или поздно это происходит), от сеанса к сеансу повышается результативность психотерапии. Возникает и развивается ситуация соучастия, творческого сотрудничества. Возможно, еще далеко до выздоровления, но на пути к нему процесс отождествления очень важен. В него включаются и все присутствующие (даже случайные).

Так прокладывается «тропа здоровья» (Фрейд), осознание своей болезни. То медленно, то быстро развиваются интеграция и реинтеграция личности, ее формирование или восстановление, умение управлять моторикой, речью, ориентация в себе самом и в окружающем мире, адекватное мышление. Собственно эстетические мотивы при обсуждении портрета сводятся к минимуму, внимание концентрируется на состоянии, которое в данный момент отражает глина или пластилин. С каждым сеансом больные все серьезнее относятся к своему скульптурному образу, часто они стремятся оградить портрет от неуместной или преждевременной критики; по этому поводу даже может возникнуть размолвка с родственниками.

Отождествление себя с изображением начинается задолго до появления истинного портретного сходства. «Идентификация не всегда относится к лицам – считал К. Юнг, – но и к предметам» (Зеленский, с. 81). Можно привести немало подтверждений этой глубокой связи: при резких движениях работающего портретиста лицо больного иногда дергается; пациенты часто потирают ту часть лица, которую лепит врач, кривят рот, а при работе над глазами ведут себя так, будто соринка попала в глаз; они жалеют свой портрет, относятся к нему предельно осторожно. Тот же А. П. серьезно рассердился на четырехлетнего сына, показавшего на портрет со словами «это не папа», и на жену, которая высказалась по поводу «недоработанного» глаза. В. Р. создала целый ритуал общения со своим портретом: перед началом каждого сеанса она просила всех выйти из комнаты, потом звала их и сообщала: «Да – это я». Некоторые больные невольно пытались изменить выражение лица на портрете в области губ, бровей, чтобы передать врачу свое состояние. Были случаи, когда пациенты приезжали из другого города, с

единственной целью – посмотреть на скульптуру. «Нарисованное или скульптурное изображение, – сказал Леви-Брюль – более или менее похожее на свой оригинал, является alter (вторым «я») живой реальности, обиталищем души оригинала, более того, это – сама реальность» (Леви-Брюль, с. 135).

Трансформация основного синдрома заболевания. В процессе работы над портретом раскрываются патологические переживания больных – не только актуальные, но и давние. Приведем отрывок из воспоминаний С. М. «Мы делали бесконечно важное дело. Мы вместе делали его. Я уже начала болеть этой скульптурой. Я видела, как его руки – то нервно, то нежно – «колдуют» над портретом. Он был взволнован моим рассказом. А говорить хотелось много и все до самого доньшка! Он слушал, и это вызывало доверие. Сейчас, во время работы, он мог спрашивать о чем угодно. Да ничего этого не могло быть в кабинете врача. Сейчас я ему верила. Верила!»

Именно потому, что на первых сеансах структура патологических явлений вырисовывается со всей полнотой, в дальнейших беседах нет необходимости к ним возвращаться; так возникает цепочка продуктивного «контакта» с больным. Уже на первом сеансе психотерапии преодолевается удивление и скрытое недовольство больного тем, что врач занят лепкой, пока он пытается обратить внимание на свою личность, высказывая заготовленные дома жалобы и применяя хорошо отрететированные приемы сопротивления лечению. К примеру, Н. И. после первого сеанса жаловался матери, что доктор невнимательно слушает подготовленные им отчеты и поэтому может неточно изобразить его лицо. В ответ пациент может услышать сходные в эмоциональном отношении признания самого врача.

Будущий «зеркальный двойник» пациента, пока еще в виде куска глины или пластилина, – перед взглядом врача. Начинается воссоздание образа больного. Врачу предстоит найти, вернуть черты лица больного, вытесненные или искаженные расстройством. Психотерапевт, как настоящий художник, полностью погружается в свое творение, идентифицируя себя с моделью, забывая об осторожности, теряя собственные «защитные механизмы».

Он «заболевает» тем, от чего должен вылечить другого. Трудно описать силу эмоционального заряда, возникающего в начале лечения и не ослабевающего на всех этапах. Происходит трансформация внутреннего диалога в диалог «врач – пациент» – так называемый «перенос», когда процедура лечения проходит все ступени, описанные в классическом психоанализе. Но сходство это формальное, оно относится к лечебному процессу вообще. Ни принцип либидо (с последующими модификациями) ни представление о комплексах неполноценности (и тем более сложная, вызвавшая споры концепция дифференцированного бессознательного) в рассматриваемом контексте не значимы. Отмечу лишь, что известные методы психотерапии, разработанные для преодоления «сопротивления», для проникновения в интимные или вытесненные переживания больного, оказываются ненужными, когда начнешь работу над портретом.

Отсутствие временных ограничений в лечебном процессе, о котором говорилось выше, имеет существенный нравственный смысл: никто никуда не спешит, делается глубже и шире диалог между врачом и пациентом. Возникает иллюзия непрерывного общения, и можно позволить себе разговоры на «второстепенные» темы, как бывает в дружеской беседе. Эта нерегламентированность диалога способствует притоку положительных эмоций и в конце концов – к вытеснению многократно повторяющихся (при привычном общении) негативных, собственно патологических переживаний. Так происходит редукция симптомов заболевания – ослабевает фиксация на своей персоне, совершается «коперниканский» переворот в оценочных категориях (Клиническая психиатрия, с.47).

Точное воспроизведение лица заставляет больного уточнять свои высказывания, по этому поводу и возникает основной конфликт между врачом и пациентом, который продуктивно преодолевается при портретировании. Конфликтная ситуация обязательна на сеансах портретной терапии, она имеет одну и ту же структуру при различном содержании – фактически это модель конфликта, возникающего в контактах больного человека с

обществом. Поэтому наши врачи не потакают болезни, не соглашаются с тем, что чуждо общественному сознанию. Преодоление этого конфликта чрезвычайно важно и для продвижения портрета.

Выход из состояния аутизма обычно начинается с первых минут лепки. Пусть врачу недоступен внутренний мир больного, пусть слова врача оставляют его равнодушным, закрытым, но лицо пациента совершенно открыто. Существует целая культура понимания внутреннего состояния человека через внешние его проявления – от уровня здравого смысла до изощренных психологических приемов. В этом отношении портретное искусство не знает себе равных. Нет такого больного, который игнорировал бы направленный прямо на него изучающий взгляд художника – взгляд, сосредоточенный на воспроизведении его лица и его состояния. Первые признаки смущения, неловкости (так хорошо знакомые портретистам) вызывают у врача надежду, оптимистические прогнозы – его внимание уже не поглощают отдельные признаки душевной болезни. Терапевтический азарт невозможно остановить, пока врач не пробьет брешь в аутизме, пока не начнется свободное, действительно духовное общение. Начальный период скованности, самоуглубленности больного, которую можно было бы интерпретировать как еще больший уход в себя, на самом деле часто оказывается мучительным поиском контакта с врачом. (Нелепые высказывания иногда – своеобразные «пробы и ошибки» на пути к серьезному общению с оппонентом.) Нередко сеансы проходят в полном молчании, но это лишь затишье перед важными событиями.

Со временем между врачом-скульптором и больным возникает особая внутренняя связь. Ее характер лучше всего показывает многочисленными примерами «двойного» общения, приведенные выше. Оставаясь недоступным в контакте с посторонними, даже с родственниками, больной неожиданно сильно привязывается к врачу-портретисту, ищет встречи с ним, хотя идет на конфликты. Со временем наши пациенты становятся крайне пунктуальными, тщательно готовятся к началу очередного сеанса, торопят своего «опекуна»,

помогающего общению с врачом волнуются перед приходом к нему. Некоторые готовят подробный план беседы, что свидетельствует о продолжающемся в них диалоге и вне реального контакта. Нередко этот внутренний диалог продолжается по инерции и после курса лечения – месяцы и годы, как бы оберегая больного; такой диалог может проходить и вне портретной терапии.

Связь между врачом и больным становится особенно отчетливой, когда из-за каких-то чрезвычайных обстоятельств курс лечения прерывается, – вот тут и выясняется мера надежды нашего пациента, степень мобилизации его жизненных сил, направленных на преодоление болезни. Состояние может настолько ухудшиться, что помочь больному удастся лишь в условиях стационара. Но и успокоившись, он испытывает глубокие переживания, связанные с врачом и своим скульптурным портретом. Таким образом, обострение (при «отказе другому в последнем слове» – *Бахтин*, 1996, 362) протекает не в русле прежних болезненных переживаний, а представляет собой состояние с новым содержанием. В. Б., лечение которого было прервано по не зависящим от нас причинам, приходил в наше отсутствие, чтобы посидеть рядом с портретом, не отрываясь смотрел на него и уходил лишь по просьбе персонала. В. Р. в подобных обстоятельствах (уже из больницы) писала своему другу, что у нее есть шанс на спасение, – у доктора в Москве она оставила «часть своей души» и он сохранит ее до выхода из больницы. В. М. ушла из дома, попала в среду богемных художников и много рисовала, чтобы, как она потом выразилась, «преодолеть тоску совместной работы по портрету».

Надо отметить, что такого рода привязанность не является постоянной, – ее особенности неразрывно связаны с этапами создания портрета. По мере его продвижения возникает и растет, с одной стороны, критически-реалистическое отношение к врачу, а с другой – стремление вовлечь в сферу своих переживаний все новых и новых людей; при этом идет активное формирование целей и планов новой жизни. Этому невольно способствует и

сам врач, который по мере приближения к окончанию лечения как бы стряхивает с себя это «наваждение» и возвращается к своим профессиональным обязанностям, – его ждут новые больные. Некоторое взаимное разочарование не мешает, однако, сохранить теплые чувства друг к другу, воспоминания о совместно пройденном пути.

Что же происходит с тем содержанием переживаний пациента, которое находится на периферии общения создателя портрета с его моделью? Собеседники как будто игнорируют такие «мелочи» как бред, галлюцинации, навязчивые идеи. А ведь именно на этих переживаниях фиксируется внимание больного на первых этапах, именно на их преодолении уходит больше всего сил. Во-первых, иллюзия вечности общения создает у больного уверенность, что к своим основным вопросам он может вернуться, когда только пожелает. Во-вторых, каждая болезнь несет с собой очень ограниченный набор переживаний, к которым приковано сознание пациента. За время лечения портретируемый больной успеваает многократно повторится в своих проявлениях, – это вызывает недовольство присутствующих, а у врача откровенную иронию и даже «агрессию», так как подобные «надоедливые» повторы мешают сосредоточенности скульптора, необходимой особенно в работе над деталями лица.

Со временем больной научится терпеть «пренебрежительное» отношение к его «неординарным» мыслям и чувствам и, чтобы вернуть свой прежний статус, пойдет на компромиссы, пытаясь приспособиться к вкусам авторитетного для него круга, – придется вести беседы на темы, которые с момента заболевания стали трудно ему даваться. Возникающие из-за этого конфликты психотерапевт улаживает простыми формулами: «Я ненавижу вашу болезнь и люблю вас, у меня ничего не получится, если вы и дальше будете повторять эти непонятные мысли, – постарайтесь хотя бы яснее выразить их». Нередко активность больного относительно собственных патологических переживаний так велика, что он направляет все усилия на расшифровку этих переживаний и порой добивается успеха. Так символическое и мифологиче-

ское мышление становится конвенциональным и рациональным – это один из главных путей упрощения и редукции основного синдрома заболевания, который в конце становится истериеформным.

Пути трансформации. Одной из самых глубоких идей клинической психиатрии является, на наш взгляд, проблема протекания психозов. Временной обзор проявлений болезни, ее характера – важнейшая составляющая клинической культуры. Этому уделено много внимания в истории психиатрической мысли. Идея автономного развития психической болезни себя не оправдала, и это видимо способствовало тому, что соответствующая качественная характеристика выбыла уже в IX пересмотре международной классификации психических заболеваний. На самом деле типы течения болезни – реальный факт, они описаны весьма убедительно. Эту типологию можно использовать и без идеи об автономном развитии болезни, признаков тяжести заболевания и т. п. Два типа проявления болезни – непрерывный и приступообразный – крайне важны для нас при слежении за положительной динамикой основного синдрома заболевания.

Здесь уместно вспомнить, какое содержание вкладывал О. Блейлер в понятие аутизма. Он не считал явление одиночества неким застывшим признаком, который может присутствовать либо отсутствовать. Поскольку это источник остальных расстройств, существуют различные степени отчуждения. По нашим данным, всякие психические расстройства начинаются с постепенного уединения, ухода в себя пациента. Даже после исчезновения некоторых продуктивных расстройств проблема аутизма сохраняется. Затем одиночество дифференцируется, обрастает патологическим содержанием, причем внешний круг этого обособления нередко составляют ритуалы, псевдогаллюцинации, некоторые формы агрессии, манерность, вычурность, другие поведенческие расстройства.

Вытеснение, болезни. Мы проследили два главных пути исцеления душевнобольных, приходящих к нам с диагнозом психического заболевания. В одних случаях аутистический симптомокомплекс вытесняется на второй

план, локализуется, появляются светлые промежутки, называемые в нарколо- гии «окнами». Вместе с дезактуализацией падает амплитуда проявлений в этих локальных участках, обедняется патологическое содержание. Со време- нем протяженность приступов сокращается, а потом и вовсе исчезает. Оста- новимся на случаях, которые достаточно убедительно иллюстрируют сущест- вование этих тенденций.

По нашим наблюдениям, это состояние часто проявляется в конце курса лечения и предшествует выздоровлению. Диалог с воображаемым партнером, к сожалению, недостаточно изучен в современной психологии. Он имеет не только отношение к проблеме идентификации человека с самим собой, но и может пролить свет на психологические механизмы творчества, особенно при анализе его результата. В этой связи, интерес представляет также главного упражнения в единоборствах – «бой с тенью». Несколько лет мы осуществляли программу под названием «Бой с тенью как поиск утраченного двойника», пытаясь создать двигательный диалог с больными, отказываю- щимися от вербального контакта. Эту же цель преследует практикуемая нами техника пластической ритмики, когда пациент «зеркально» повторяет пластику терапевта (Сборник статей по прикладной психологии, с. 106-112).

Рационализация. Второй путь имеет отношение к постепенной рационализации бредового симптомокомплекса. Бредовые идеи переходят в сверхценные, а затем и в категории обыденного здравого смысла. Термин «рационализация» мы используем не в психоаналитическом смысле, защиты, а в клиническом – рациональной психотерапии. Однако в отличие от такой терапии врач не является активным участником рационализации она протекает у самого больного в ходе истинного и воображаемого диалога с врачом. Причем пациент приходит к врачу, чтобы обсудить очередную порцию своих умозаключений, домашних заготовок.

3.3. Критерии завершения психотерапевтического процесса. Катарсис по Аристотелю и псевдокатарсис по Брейеру и Фрейду

Фактор завершения терапии психического заболевания – одна из центральных проблем практической психотерапии. Это вопрос этический. Он возникает в атмосфере оказания текущей медицинской помощи пациентам на пути к так называемой норме. Здесь есть два аспекта: возможно ли радикальное завершение лечения и каковы его критерии. В контексте клинической психотерапии, как и медицины в целом, этот вопрос не так актуален. Концепция отрицательного прогрессирования болезни, о которой мы говорили выше, исключает возможность радикального решения проблемы. Здесь уместно говорить о так называемых ремиссиях.

В других психотерапевтических школах общая тенденция приближается к клинической точке зрения. Мы же, следуя Фрейду, считаем, что лечение должно непременно завершаться, а это в свою очередь означает для нас достижение больным полного психического благополучия. Фрейд, имевший дело в начале своей карьеры с недееспособными пациентами, «совершенно неспособными к нормальной жизни» (Томе, Кэхеле, с.448), хорошо понимал, что если в соматической медицине временное или частичное избавление от боли или телесного дискомфорта возвращает пациенту утраченный общественный статус, то в области психиатрии даже малозначительные нарушения могут воспрепятствовать его социальному благополучию.

Постаналитическая фаза. Краткий обзор. Психоаналитики после Фрейда поставили ряд важнейших вопросов, связанных с завершением лечебного процесса, но ни на один из них не дали исчерпывающего ответа. Формулу Фрейда «там, где было Оно, должно стать Я» не прояснили ни Ш. Ференци и О. Ранк (*Ferenzi, Rank*) ни М. Балинт (*Balint*) ни другие активно занимавшиеся этой проблемой аналитики. Из множества интересных зарисовок окончания анализа, «периода отнятия от груди», можно выделить четыре наиболее часто встречающиеся тенденции.

Это, во-первых, временное ограничение лечения. «Я решил... - предельно откровенно пишет Фрейд, – что лечение следует прекратить в определенно назначенный день, независимо от того, насколько оно продвинулось» (*Томе, Кэхеле*, с. 449). Такое волевое прекращение лечения подспудно присутствует в каждой терапии. В явной форме оно сохранилось при завершении психоаналитического сеанса. Фактор произвольного ограничения лечебного процесса всерьез обсуждался на всем протяжении развития психоанализа. Доминировали количественные характеристики. «Когда принимается решение по поводу продолжительности, хорошо бы помнить, что прежние аналитики привыкли проводить анализ в период от шести до двенадцати месяцев, и его конечные результаты, насколько я мог выяснить, не сильно отличаются от тех, о которых заявляют в настоящее время аналитики, растягивающие свои анализы на четыре-пять лет» (*Glover*, с. 382-383). Это типичный ход рассуждений психоаналитика 50-х годов, во многом еще манипулятора. «Когда закончится лечение?»* – на этот вопрос, часто задаваемый родственниками пациента, мы отвечаем в духе художника: «Возможно, сегодня», и проблема решается позитивно. Так мы говорим еще и потому, что имеем основания – случаи из нашей практики.

Другой, быть может самый ранний критерий – времен «наивной» психотерапии, восходит к совместным опытам Фрейда с доктором Дж. Брейером. Этот критерий еще стоял в зависимости от «хирургического» представления об исцелении. Вначале «селективно» выделялось конкретное расстройство, некий моносимптом, затем, по методу снятия боли (посредством концептуализации причины) у сохранной во всех отношениях личности, производилось изъятие, избавление пациента от вытесненного в бессознательную сферу патологического конгломерата. Критерий в дальнейшем сохранился и был представлен Фрейдом в расширенном виде. «Первое – пишет он в своей поздней работе, – пациент не должен больше страдать от своих симптомов и должен преодолеть свои тревоги и торможения» (*Томе и Кэхеле*, с. 449). Но здесь уже присутствуют черты третьего, клинического признака окончания

курса лечения – суммарное состояние пациента, существующего без «тревог и торможений».

Еще одну форму завершения, самую специфическую и самую укоренившуюся, представил Ш. Ференци под названием «супертерапии». Это так называемый обучающий анализ, когда пациент осваивает необходимый набор аналитических приемов терапии и сам может оказать сопротивление патологическому началу, имеющему свойство откуда-то появляться и утверждаться в поле сознания. Используемые приемы завершения анализа должны, по определению авторов, приводить к финалу: «Стороны расстаются. Контракт выполнен» (*Menninger, Holzman*, с. 179).**

Как видим, рассмотренные критерии завершения лечения (клинические и психоаналитические) выделяются в плоскости пациента, а врач, выполнив функции диагноста, затем целителя, становится и высшим судьей, определяющим судьбу пациента (здоров, нездоров). Не вдаваясь в подробности *постаналитической фазы*, отметим, что общая тенденция высказанных в последние десятилетия мнений сводится к поиску компромисса между радикальным прекращением анализа и возможностью неограниченного посещения пациентом своего врача, – «гибкий подход» (*Томе, Кэхеле*, с. 457). Очевидная субъективность и неточность определений нормы в психоанализе, как и в клинической психотерапии, не требует доказательств. Для нас важно то обстоятельство, что ряд серьезных представителей этого направления используют как и Фрейд понятие финальной стадии лечебного процесса. Однако, принимая это понятие, мы встречаемся с другой более сложной проблемой – определением критериев психического здоровья.

*Количественные ограничения курса лечения (например, 300-часовая норма Германской ассоциации психоаналитиков) – бич современной психотерапии. Причем речь идет не только о продолжительности сеансов, но и о частоте посещений больным психоаналитика (*Томе, Кэхеле*, с. 454).

**Есть еще один очень сомнительный признак финальной стадии, когда диалог «изнашивается», перестает быть интересным для партнеров. Достижение рутинности диалога вполне возможно, но как прием, подконтрольный врачу. Вообще в психоанализе много описаний финальной стадии, пущенной на самотек. «Анализ окончен, – утверждал Фрейд, – когда аналитик и пациент перестают встречаться на аналитическом сеансе» (*Томе, Кэхеле*, с. 453). Тут сразу возникает множество вопросов теоретического и практического характера. Ссылаться на подобные заявления через сто лет развития психоанализа мы считаем сомнительным и даже безответственным.

Здесь также возможны два аспекта. Первый имеет отношение к общепринятой точке зрения – это попытка стандартизации психической нормы, которая определяется количественно и альтернативно, как все то, что не является патологией. И второй, – моделирование психического здоровья, составленного из разных более или менее смутных примет (отсутствие первоначальных жалоб, суммы продуктивных и негативных расстройств; представления и вкусы врача о «правильном», сбалансированном, здравомыслящем человеке; наличие позитивных результатов в общественной деятельности пациента вплоть до творчества). Здесь заметную роль играет также положительный или отрицательный вердикт опекунов больного, а также консультантов. К существующим признакам мы добавляем еще один, для нас важнейший, и выводим на авансцену фактор доказательности, последовательности и полноты оказания медицинской помощи.

Эстетический критерий завершения лечения. Контроль над лечебной деятельностью существует и в психотерапии, и в клинической психиатрии. Здесь предметом анализа становится медицинский документ – протокол беседы, дневники, эпикриз, акт экспертизы, заключение. Однако эти свидетельства не отражают в достаточной степени объективно деятельность врача, к тому же они фрагментарны и не могут показать качество лечения. Мы же закладываем психическую норму в саму технику психотерапии, поскольку имеем помимо вышеуказанных свидетельств еще одно, объективное – лечебный портрет как произведение искусства. Эстетическое качество, достигнутое врачом как художником, – самое верное свидетельство его искренности в диалоге, использования им всех творческих ресурсов, его квалификации. Каждый художник-портретист знает, что в противном случае «искусство накажет», т. е. портрет эстетически не состоится. Хотя завершение портрета означает для нас окончание курса лечения и ничего больше, немалую помощь в спорных случаях могут оказать показы в профессиональной среде. Оценку художников и искусствоведов мы

воспринимаем в том же ключе – все ли сделано для достижения лечебного эффекта?* Мы привлекаем к лечению консультантов по искусству. В нашей практике был даже случай, когда многолетний процесс был завершен, в отсутствие лечащего врача, стажером (об этом драматическом событии мы расскажем позже) и консультантом-искусствоведом, который, заметим, никогда не видел нашу пациентку.

Поскольку у скульптурного портрета, как у целостного явления, есть начало, этапы создания и завершение, то итогом лечения должно быть не частичное улучшение состояния, а полное выздоровление больного. «Нет необходимости бояться повторения связанных с ними (симптомами – Г. Н.) патологических процессов» – писал Фрейд в 1937 году (*Томе, Кэхеле, с.449*). И это его высказывание при должной оценке может коренным образом изменить наши клинические представления. Внутри «портретного времени», а не вне его делается все возможное, чтобы избавить пациента от болезненных переживаний. Все, что может беспокоить его после окончания портрета, рассматривается как нечто новое, не родственное предыдущему состоянию. Такое явление подлежит самостоятельному анализу и если оказывается аномальным, то нуждается в соответствующей коррекции. Итогом же лечения считается выход пациента из аутистического состояния, восстановление или развитие его творческих способностей.

Достигая уровня истинного осознания своих переживаний как болезненных, человек приобретает мощные защитные механизмы, своеобразную

*В этом отношении наш опыт не совпадает с мнением Бахтина об «элементе насилия» при завершении художественного образа, о том, что «ему предписывают извне, кем он должен быть, его лишают права на свободное самоопределение, его определяют и останавливают этим определением» (*Бахтин, 1996, с.65*). Момент завершения портрета самое загадочное и непредсказуемое явление в нашей работе. Тот, кто первый говорит об этом (врач, больной, консультант, опекун, посторонний человек) похож на вестника, его мнение не является императивным. Нередко в нашей практике бывают случаи, когда после перерыва вся группа возвращается к портрету с тем, чтобы продолжить работу (и возможно не один день или даже месяц), но все одновременно видят, что портрет состоялся. Наоборот, врач-портретист, которому дано право объявить о завершении первым, в виду обостренного чувства ответственности долго не может оторваться от работы, пытается найти какое-то продолжение, но это не встречает отклика у присутствующих, группа с неотвратимостью распадается. Критерий портретного сходства здесь уже особого значения не имеет. Портрет закончился, потому что мастеру уже нельзя к нему дотрагиваться. Даже художники-портретисты (мы их называем шутливо «убийцами»), обладающие огромной волей к завершению образа, подчиняются общим для всех законам, которые даются человеку извне.

мудрость в болезни. По мнению многих бывших пациентов, они более стойко переносят трудности на своем пути, нежели люди никогда не болевшие. Именно творчество, а не роботоподобная деятельность, нуждающаяся в нейрорепитивной «подпитке» и протекающая под бдительным надзором, является истинным критерием выздоровления. Но творчество не в смысле изолированного творца эстетических ценностей, а в смысле сотворчества со своим партнером-мастером, роль которого в нашем случае исполняет психотерапевт. Поэтому собеседник врача, пациент во время лепки – и активный соавтор врача.

Пробуждение конкретных творческих функций, как и достижение среднестатистической нормы, нами не планируется, но часто возникает неожиданно не только для пациента, но и для его окружения. Причем наибольший интерес представляют не столько случаи, когда сложившийся мастер (художник, музыкант, поэт, кинорежиссер, артист, ученый, журналист) успешно возвращается к своему творчеству, сколько те, когда никаких предвестников творчества в жизни пациента не замечалось. Умение лепить, рисовать, ткать гобелены, заниматься боди-артом, причем с чрезвычайно интересными результатами, мы наблюдаем почти у каждого из наших пациентов и пациенток. Но выход в профессиональную сферу, особенно при полном несоответствии с возрастом (хроническое психическое заболевание) и природными способностями, – явление экстраординарное.

Идентификация пациента с самим собой. Синхронное (с лепкой) лечение, привязанное к эстетическому окончанию портрета, имеет свое развитие и детализацию. Мы отмечали феномен дискретности после каждого сеанса. Но дискретность присутствует и внутри одного сеанса. Именно здесь – ключ к пониманию природы лечебного диалога.

«В начале – сказал М. Бубер – есть отношение» (Бубер, с.21). Художник-портретист, изображая свою модель, отводит взгляд с модели на изображение, удерживая в кратковременной памяти целое и воспроизводимую деталь. После реализации текущего переживания, он переводит взгляд на модель,

чтобы вобрать очередную порцию визуальных впечатлений. Таким образом, существует контакт с реальным человеком, контакт с его воображаемым образом и остановка контакта.* Диалог с реальным пациентом-моделью протекает в следующей последовательности: фиксация образа, его отчуждение и воплощение в пластическом материале, творческое освобождение от текущего впечатления. В то же самое время, когда врач находится в состоянии творческой переработки образа, пациент создает новый, или новую маску.** В таком прерывистом режиме протекает всякий диалог, даже телефонный. На наш взгляд, кульминация наступает в тот момент, когда врач, реализуя свое визуальное впечатление, исчерпывает тему и вновь обращается к лицу портретируемого пациента за новыми впечатлениями. Именно в этой точке общения происходит самоидентификация и врача и больного. Фактор самоидентификации является началом и концом всякого диалога, более того, это его смысл и ценность.

Приведение себя в соответствие с «текущим настоящим» (*Дубровский, 1974*) – жизненная потребность человека, свойство его ментальности. И как в портрете философски присутствует автопортрет, так и диалог в сущности есть диалог человека с самим собой. Самоидентификация – главное событие духовной жизни пациента (как и любого человека), когда прошлое и будущее сливаются в настоящем.*** Будучи началом и концом диалогического мышления, она – его хрупкая основа, нуждающаяся в постоянном воспроизведении. Стойкое нарушение именно этого механизма неотвратимо приводит к психическим болезням.

*Остановка контакта в данном случае не исключает партнера (его ожиданий) по диалогу. Это пассивный компонент диалога, пауза, а не отвлечение интереса партнеров.

**Если этого не происходит по причинам, связанным с состоянием пациента (интеллектуальный дефект или негативизм), то работа над воспроизведением синхронно тормозится. В таких случаях мы используем технику параллельной лепки по живому лицу, одна из функций которой – разрушение визуального стереотипа. Но об этом мы будем говорить в другом месте. За многие годы мы привыкли относиться к «обновлению» лица серьезнее, чем это принято. О том, насколько глубоко затрагивает это явление пациента, свидетельствуют фиксируемые нами реальные изменения в размерах и пропорциях лица.

*Кажется, только Э. Фромм понимал значение этого фактора в образовании психических болезней. «Наряду с потребностью в соотнесенности, укорененности и трансценденции – пишет он – его потребность в самоидентификации является настолько жизненно важной и властной, что человек не может чувствовать себя здоровым, если он не найдет возможности ее удовлетворить» (*Фромм, с. 61*). Мы рассматриваем это явление на элементарном уровне, не забывая, что существует и другой (статусный) уровень использования этого понятия, – этнокультурная, религиозная, профессиональная, гендерная, социокультурная и другие формы самоидентификации.

Предпосылки завершения лечебного портрета. Дискретность диалогического мышления определяет неделимое образование, представляющее триаду, которую можно описать только после принятия следующего условия. Оно заключается в том, что диалог не является простым, вневременным событием, он направлен в будущее и коренное его свойство – фактор развития, интрига. В одной из версий диалога указанные выше компоненты (фиксация образа, его отчуждение и реализация) последовательно сменяются один другим. Против часовой стрелки, если больной сидит справа от художника, по часовой стрелке, если слева. Возможны и другие плоскости «вращения» вышеуказанной триады, но тогда наблюдатель должен сменить точку обзора.

Мы не совсем согласны с представлением философов диалога (М. Бубер, Ф. Розенцвейг, О. Розеншток-Хюсси, С. Л. Франк, М. Шелер, Ф. Эбнер) о том, что каждый человек находится в своеобразном силовом поле, выступая *попеременно* субъектом или объектом общения. Розеншток-Хюсси предполагал строго определенный процесс попеременного существования человека в качестве объекта (подчиняющегося) и в качестве субъекта (господствующего), неразрывно связанного с языком (см.: *Пигалев*). Это принципиально формальная схема, которая не приживается в психотерапевтическом опыте. В нашем понимании, человек является одновременно и субъектом и объектом контакта. Эта позиция резко отличается от концепции представителей диалогической философии, глубокие идеи которых ввиду их общего характера не всегда воспроизводимы в психотерапевтической практике, поскольку диалог между двумя людьми невозможен без третьего, реального, воображаемого, или же его присутствия в другой ипостаси. В противном случае партнеры будут обречены на смену «господства», а диалог вырождается в спор. Достаточно представить себе абсолютную изоляцию пары «я – ты», чтобы возникло твердое убеждение о невозможности внутри нее какого-либо диалога.

Четкого определения третьего компонента мы не нашли и у М. М. Бахтина. Его «третий» – это по всем признакам «четвертый», которому уступает место один из партнеров (*Бахтин, 1996*, комментарий на с. 658). Крик о пожаре из примера О. Розенштока-Хюсси, обращенный в пространство «ты», производится, на наш взгляд, в осязаемом присутствии отстраненного зеркального «я» потерпевшего. Однако неопределенность «ты» – предмет другого исследования (*Розеншток-Хюсси, с. 18*). В работах фотографов и кинооператоров, запечатлевших портретную психотерапию, совершенно явно присутствует третий – то портрет, когда врач в контакте с больным, то врач, когда больной в контакте со своим образом, то пациент (когда врач лепит скульптуру). Благодаря особому присутствию третьего диалог из простого обмена «да» или «нет» приобретает развитие и все те свойства, которые были успешно охарактеризованы нашими предшественниками. Итак, врач-скульптор смотрит на пациента, фиксирует и отчуждает его текущий образ. Затем, удерживая этот образ в своей памяти, портретист поворачивает взгляд на пластическую массу, а диалог продолжается с воображаемым партнером. Текущий образ модели эстетически исчерпывает себя; происходит гипотетически определяемая точка остановки творческого процесса, «пауза» в контексте настоящего, когда врач и пациент предоставлены самим себе. Врач-портретист в ожидании новых впечатлений, а модель с бездейственным еще, но уже образованным, зеркальным «я». Дальше все начинается сначала, но на новой ступени визуально-вербального познания.

Идентификация человека с самим собой не всегда учитывается представителями диалогического направления. Ошибка коренится в том, что они задаются не вопросом, какова роль «я» и «ты» в диалоге, а вопросом, какова роль диалога для «я» и «ты». Тут не помогает даже формальное отрицание «я» или «ты» вне диалога. «Дело в том – пишет С. Л. Франк, – что никакого готового сущего-в-себе «я» вообще не существует до встречи с «ты». В откровении «ты» и в соотносительном ему трансцендировании непосредственного самобытия – хотя бы в случайной и беглой встрече двух пар глаз –

как бы впервые совместно рождается и «я», и «ты»; они рождаются, так сказать, из взаимного, совместного кровообращения, которое с самого начала как бы обтекает и пронизывает это совместное царство двух взаимосвязанных, приуроченных друг к другу непосредственных бытия. «Я» возникает для меня впервые лишь озаренное и согретое лучами «ты» (Франк, с. 50). Это, на наш взгляд, – совершенно неверное описание человека и межчеловеческих отношений. Оно приводит автора к таким же сомнительным выводам о взаимных «проникновениях», «уничтоженьях», «откровениях» и т. п. Вопреки им «Я есмь» существует в сложной структуре общеизвестной паузы в беседе или когда собеседники переводят дыхание, глотают слюну в двигательном, вербальном или визуальном общении.

Если же мы вслед за Бахтиным будем рассматривать каждое высказывание как отклик на предыдущие (последовательное пересечение границ двух «я»), то это будет противоречить нашему опыту (Шоттер, с.107). Работая с душевнобольными, мы часто говорим однотипными фразами с многократным повтором тем и реплик, однако диалог (иногда похожий на монолог) бурно развивается благодаря последовательной смене структурных образований, сеансов, масок. Язык в нашей практике является носителем чувств больше, чем содержания. Имели место даже случаи длительного (до двух лет) невербального контакта, или контакта в виде «монолога» врача и «монолога» больного, и это время было потрачено не зря – этапные и итоговые диалогические достижения свободно документировались нами.

Врач совершает «захват» и «присвоение» образа пациента (моя модель, мой пациент – мой ребенок, но лишь отчасти). Затем он переходит к его воспроизведению. Вектор его творческой активности направлен в будущее. Момент окончательной реализации визуальных впечатлений совпадает с настоящим, здесь нет ни прошлого ни будущего. Итак, по нашим наблюдениям, феномен диалога «я» и «ты» не исчерпывается тем, что партнеры смотрят друг другу «в глаза» (по Буберу и Франку), а продолжается и тогда, когда они «отводят глаза друг от друга» в процессе ассимиляции

воображаемого образа партнера по диалогу. Происходит соотнесение этого визуально-вербального комплекса с самим собой, с собственным зеркальным «я», со всей онтогенетической глубиной этого «я», до полного их соотнесения и совпадения. Здесь «атомарный» творческий акт завершается и возникает острая необходимость в новых визуальных впечатлениях. В этом настоящем есть начало будущего в виде интенционального прорыва, который формирует мотив следующего творческого события.

Из всех философов-диалогистов один Розеншток-Хюсси пытался описать некое развивающееся во времени неделимое образование, структуру. Он поместил человека в гипотетический центр, из которого тот может смотреть назад, вперед, внутрь и наружу; этот «крест действительности» создается осями пространства и времени. На наш взгляд, в этой схеме крылья креста не равнозначны, так как на оси пространства назад, вперед или, добавим, в стороны, вниз, вверх, – все это означает наружу, а на оси времени сторон внутрь и наружу вообще не существует. Следовательно, «прорыв» из единого пространства-времени не может состояться при всей убедительности самой идеи структурного перехода из настоящего в будущее (см.: *Пигалев*). Концепция диалога у Розенштока-Хюсси, как и у других авторов, плоскостная (лишена объема), а диалогическое событие в этом «эфире» или «пневме» (по Ф. Эбнеру) представлено в виде пунктирных линий, упорядоченных в двоичной последовательности.

Дискретная природа диалога, незримая и гипотетическая на элементарном уровне, находит свое объективное воплощение, осязаемую форму в конце сеанса, этапа, всего лечебного процесса. Эти концовки качественно одинаковы, они существуют в том сечении времени, когда, исчерпав текущее впечатление, врач-скульптор обращается к пациенту-модели уже не за очередными визуальными впечатлениями, а чтобы словом, знаком, просто уходом дать понять, что сеанс, этап лечения или же вся работа закончена. Получается резкое несовпадение с ожиданиями пациента, надеждами на

будущее, – истинная утрата иллюзий, когда его оставляют в настоящем, лицом к лицу с самим собой.

Последствия шока проявляются в форме «отреагирований» разного масштаба. Происходит калейдоскопическая смена выражений на лице пациента, сопровождаемая эмоциональными выплесками, затем неизбежная встреча с самим собой и самоотождествление в процессе оценки завершенности скульптурного портрета (отчуждение от портрета). Значит, развязка может наступить только при потере партнера, и это сугубо диалогическое явление. Вот как описывает свои переживания больная М. Х., которая на несколько лет закрылась от внешнего мира, считая, что окружающие критически обсуждают ее волосы, нос горбинкой, другие «дефекты» ее внешности, а также поведение и мысли в целом.

Здесь мы близко подходим к проблеме катарсиса, которую должны изложить уже в категориях диалогического мышления.* Помимо наших многолетних наблюдений, опору мы находим не только у современных авторов, но и в известном фрагменте «Поэтики» Аристотеля. И не потому, что она считается первоисточником этого понятия, а потому, что Аристотель выводит содержание катарсиса из природы античного театра, – искусства диалога.

Катарсис у Аристотеля. Из сохранившихся свидетельств, можно сделать вывод, что в античную эпоху явление *катарсиса* (т.е. очищения) было в центре внимания философов древности. Видимо, не случайно греческие мудрецы привязывали его к основным категориям своих учений (Гераклит – к «огню», Пифагор – к музыке и числам, Платон – к душе и телу). Существовали и другие точки зрения, от религиозных до поэтико-эстетических. Но все это стороны хорошо известного явления, связанного с жертвоприношением (заклание «козла отпущения»), а затем с театром. Общим для них является то, что катарсис – это интенсивно окрашенное, ни с

*Катарсис после Аристотеля никогда не анализировался в контексте диалога, даже философами-диалогистами и Бахтиным (см. критические работы *Жирар, 2000, с.332-377* и *Рабинович, 2000*).

чем не сопоставимое психофизическое состояние, обусловленное строго определенным стечением обстоятельств. Оно возникает при восприятии искусства и приводит к «просветлению», «избавлению», «исцелению» души. «Понятно поэтому – свидетельствует О. Фрейденберг, – что обряды очищения сопровождали мистерии и драматическую обрядность как дубликат; такое очищение называлось «катарсис» или «катармос» и заключалось в убиении жертвенного животного. В то же время «жизнь» представляется в анимистический период как «душа», и самое «очищение-жизнь», дальше – «очищение жизни» обращается в «очищение души»» (Фрейденберг, 154).

Концепции пифагорейцев и Аристотеля имеют точки соприкосновения в контексте диалогической парадигмы. Однако катарсис пифагорейцев сегодня труднее отделить от представления об эстетическом удовольствии. Взгляды Аристотеля сохранили актуальность в результате выбора им театра как места возникновения катарсиса (в отличие от изобразительного искусства как места подражания, мимесиса), который посредством «сострадания и страха совершает очищение» (Аристотель, 1984). Однако если отвлечься от мысли, что зритель непременно должен испытать страх, особенно когда героя на сцене «убивает» родственник, что показывают именно трагедию, а не комедию,* то можно сказать, что эта концепция до настоящего времени не превзойдена другими авторами и актуальна. Она актуальна потому, что в трагедии создается (особенно у Еврипида) структура диалога с партнером, в которую зритель легко вовлекается посредством идентификации себя с героем (Морено, с.3).

Аристотель, начав с изобразительного искусства, перешел на анализ трагедии и нашел в ней самую убедительную, самую диалогическую атмосферу, где и наблюдается катарсис. Театр античности в этом плане коренным образом отличался от современного театра, там в диалоге присутствовал третий – хор, а зритель не играл роль третьего и был (как в

*«В то же время это же очищение души сохраняется и за комедией, и под ним понимаются ночные обряды инвективы и глумления, разыгрываемые на повозках» (Фрейденберг, с. 154).

кинотеатре) более свободен для полной идентификации себя с героем. В финале это приводит к более отчетливому отождествлению зрителя с самим собой. Катарсис по Аристотелю, «безвредная радость», имеет отношение к такой остановке диалога с воображаемым партнером и приведением зрителя трагедии в состояние самотождества. Такая интерпретация диалога наиболее обоснованна и ее не превзошли даже философы-диалогисты, которые, на наш взгляд, слишком отдаляли иудейскую и христианскую ментальность от античных мировоззренческих традиций. Достаточно вспомнить драматургию Евангелий или мистерий. Что касается диалога, здесь, мы полагаем, не было исторических прозрений и открытий. Пройдя долгий путь интерпретации в этическом и эстетическом планах (кроме одного глубокого замечания Лессинга),* понятие катарсиса окончательно «деморализуется» в ницшеанской философии и отныне выглядит сугубо эстетической категорией. Вот с какой последовательностью это представлено в «Рождении трагедии». «Еще никогда, начиная со времен Аристотеля, – писал Ницше, – не было дано такого объяснения трагического действия, исходя из которого можно было бы заключить о художественных состояниях и эстетической деятельности слушателя. Порой предполагается, что сострадание и страх приводят к облегчающему душу разряжению строгой значительностью изображаемых событий; иногда же имеются в виду чувства подъема и воодушевления, в смысле некоторого нравственного миропонимания, вызываемые в нас победою добрых и благородных принципов и принесением в жертву героя; и насколько я убежден, что для весьма многих людей именно в этом, и только в этом, заключается все действие, производимое на них трагедией, настолько же ясно следует из сказанного, что все подобные люди, вкупе с их эстетиками-истолкователями, ровно ничего не поняли в трагедии как высшем искусстве» (Ницше, с. 22). Отныне катарсис будет

*Мы имеем в виду слова Лессинга о том, что страх, который описал Аристотель, «мы переживаем за себя в силу нашего сходства с личностью страдающего» (Лессинг, с. 570).

рассматриваться как форма эстетических реакций.* И наиболее последовательным исследователем этого ракурса проблемы является крупнейший отечественный психолог Л. С. Выготский.

Концепция Л. С. Выготского. «В результате эстетическая реакция – читаем в «Психологии искусства», – сводится к катарсису, мы испытываем сложный разряд чувств, их взаимное превращение...» (*Выготский*, с.293). Об эстетизации катарсиса свидетельствует тот факт, что он усматривается в восприятии любого произведения искусства, независимо от его жанровой принадлежности).

Причем такая реакция, согласно автору, почему-то должна существовать без внешних проявлений «при сохранении ее необычайной силы» (*Выготский*, с. 287). Подобная интерпретация эстетического чувства вызывает недоумение, ведь одни люди умеют сдерживать его при восприятии художественного произведения, а другие нет. Возглас «Какая красота!», слезы, смех, аплодисменты, крик, свист, моторные проявления, другие формы эстетического реагирования не требуют специальных поисков и подтверждений. Мы уже не говорим о бурном восприятии искусства в древности, о шествиях зрителей с венками по улицам, о жертвоприношениях, о диспутах авторов перед началом представления, о проводившихся параллелях театра с олимпийскими играми и чествованиях актеров как олимпийских чемпионов. «Упомянутое патологическое разряжение, – пишет знаток античной словесности Ницше, – катарсис Аристотеля, о котором филологи еще не знают толком, следует ли его причислить к медицинским или к моральным феноменам, напоминает мне одну замечательную догадку Гёте. «Без живого патологического интереса, — говорит он, — и мне никогда не удавалось обработать какое-либо трагическое положение, почему я

*«В то же время это же очищение души сохраняется и за комедией, и под ним понимаются ночные обряды инвективы и глумления, разыгрываемые на повозках» (*Фрейдсберг*, с. 154).

*Здесь уместно сослаться на очень важное разграничение фрагментов «Политики» и «Поэтики» Аристотеля, проведенное Е. Рабинович. «Музыкальный катарсис, – пишет она, – является разрядкой психического напряжения (восторга), достигаемый посредством эксоргических или катартических мелодий...трагический катарсис не тождественен музыкальному» (Рабинович, с.226).

охотнее избегал, чем отыскивал его. Не было ли, пожалуй, одним из преимуществ древних, что и высший пафос был у них лишь эстетической игрой...?»» (Ницше, с. 146).

Отправным пунктом Л. С. Выготскому служит известное определение Шиллера: «Итак, настоящая тайна искусства мастера заключается в том, чтобы формой уничтожить содержание» (Выготский, с. 293). Выготский, мы считаем, уделяет слишком много внимания структуре произведения искусства и значительно меньше, как это не парадоксально, – феноменологии. Он много говорит о взаимоотношениях формы и содержания произведения искусства, и почти не обращается к форме и содержанию феномена катарсиса. В своей психологии искусства он скорее гносеологичен, чем психологичен, и отводит объекту (произведению) значительно больше места, чем это нужно в данном контексте. Клише противопоставления формы и содержания творчества накладывается на эмоциональную сферу («умные эмоции») почитателя искусства. Выготский считает, что при восприятии произведения участвуют прямо противоположные эмоции, которые при определенных обстоятельствах способны к взаимной нейтрализации, «к короткому замыканию». Он приходит к субъекту от объекта: «В этом превращении аффектов, в их самосгорании, во взрывной реакции, приводящей к разряду тех эмоций, которые тут же были вызваны, и заключается катарсис эстетической реакции».

Здесь мы видим симбиоз идей Шиллера и Фрейда (наиболее слабой, энергетической части его теории). Прямолинейность этой схемы очевидна, и для нас остается загадкой, почему Выготский заинтересовался этой проблемой, если он не видел «наружных проявлений», т. е. феноменологии. Видимо, он обратился к проблеме катарсиса под книжным впечатлением и построил, на наш взгляд, недостаточно продуманную концепцию.* Между прочим, Ч. Дарвин, на идеи которого («закон прямо противоположных ощущений или чувствований») Выготский опирается в разделе «Искусство

*Справедливости ради отметим, что этот труд считается среди историков психологии незавершенным.

как катарсис» (*Выготский*, с. 290), писал в дневнике о своей потере в возрасте 30 лет эстетического чувства после какой-то загадочной болезни. Дарвин жаловался на то, что уже не способен эстетически созерцать закаты, где, заметим, форма не разрушает содержание и никаких реакций нейтрализации по типу короткого замыкания не происходит.

Современное представление о катарсисе в обобщенном виде можно встретить у С. Аверинцева: «Глаза плачут, и сердце уязвлено, однако и согрето, на душу сходит умиротворение, а мысль яснее и твердеет» и (*Аверинцев* с. 15). В этом емком определении известного филолога отражены сильные и слабые стороны этико-эстетической традиции. Сила в точности самоотчета. Слабых сторон больше, они обусловлены фрагментарностью и тем обстоятельством, что скептическое отношение крупных ученых-гуманитариев к «психологизму» (описаниям психологических механизмов) часто распространяется на феномены, хорошо известные классической психологии. Ведь приведенная цитата описывает состояние, могущее возникнуть по любому поводу и даже при отсутствии такового. Больше того, это состояние может быть свойственно лично автору, другим выдающимся людям, но не всем, и об этом свидетельствуют случаи из нашей клинической практики. Во-вторых, явление катарсиса здесь безразлично к структуре диалогического мышления, оно выведено из исследовательского контекста в область обыденных представлений. Поэтому его можно назвать и эстетическим удовольствием и моральным удовлетворением и благодатью и откровением и раскаянием и вдохновением и встречей и прощанием. В-третьих, под катарсисом, как это принято в наше время, подразумевается некое текущее, а не итоговое состояние. Это даже не «развязка», фрагментарность которой убедительно показана в критической работе Е. Рабинович, а фрагмент фрагмента, определенный тип эмоциональных проявлений теперь уже бессмысленный (*Рабинович*, с.223). Создается впечатление, что ни один из авторов после Аристотеля не наблюдал рассматриваемый феномен, – нет

описаний внешних проявлений, нет сводного содержания (отчетов людей, испытавших это состояние), наконец, его не отличают от похожих явлений.

Псевдокатарсис Брейера и Фрейда. Первыми наблюдали и описали феномен катарсиса врачи, а именно Брейер и Фрейд. И в этом было их преимущество. За короткое время им удалось вполне корректно представить катарсис феноменологически, назвать его причину и определить один из механизмов его возникновения, учесть фактор избавления, очищения от патологического комплекса. Так они самым простым образом восстановили аристотелевское содержание понятия катарсиса, и Фрейд активно пользовался им в начале своей психотерапевтической практики. Важен и тот не замеченный еще факт, что Фрейд вступал в психотерапевтический (гипнотический) диалог с пациентом, чтобы вывести на свет психотравмирующее обстоятельство личной жизни больного. Позже он отказался от катарсического метода из-за того, что именно этих «вспышек» не всегда удавалось достичь. Таким образом, Фрейд восстановил диалогическую среду возникновения этого феномена, он точнее Аристотеля показал исцеляющую сторону этого явления, основываясь на наблюдении. Наконец, его концепция позволяет задуматься о факторе аутоидентификации после избавления от патологического комплекса.

Однако по сравнению с катарсисом по Аристотелю это была узко врачебная концепция, не отражавшая полноты человеческих переживаний. Авторы фрагментировали сложное содержание, которое присутствует в определении Аристотеля, – весь комплекс «очищения», а не только эмоциональное сопровождение исцеления. Яркие эмоции, похожие на электрические разряды, были некоторое время главным терапевтическим ожиданием при лечении неврозов. Слово «катарсис» лишалось исконного содержания, внутренней структуры и перемещалось в плоскость эмоций (после катарсиса), а само явление становилось похожим на некую электрическую искру, неживую и бездушную. Полного охвата страдающей личности не произошло, так как лечебная манипуляция производилась вне творческой атмосферы,

окружающей создание произведения искусства. А названные Фрейдом причины болезни с годами становились все более проблематичными.*

Были продолжатели катартического лечения – «дикий» психоанализ, «терапия первородного крика», но они ничего не внесли в понимание этого явления и, по нашему убеждению, пришли к ложным формам катарсиса, которые есть в практике любого психотерапевта.** Они имеют отношение к действию, близкому к католическому изгнанию (*экзорцизм*), устранению, удалению того, о чем манипулятор знает. Катарсис же приводит к множеству часто неожиданных и непредвиденных избавлений – душевных и физических.

Психодрама. Самым ярким представителем катартического направления был создатель психодрамы Я. Л. Морено. Чувствуя указанные выше недостатки раннего психоанализа, Морено сделал рискованную, почти авантюрную попытку соединить идеи Аристотеля и Фрейда. Он перевел психотерапию на театральные подмостки, где пациенты исполняли роли самих себя. «Архитектурный проект сцены – пишет он – соответствует терапевтическим требованиям. Ее округлые формы и различные уровни вдохновения, подчеркивающие вертикальный размер, стимулируют освобождение от напряжения и допускают мобильность и гибкость действия» (Морено, с. 149). Этот опыт оказался весьма продуктивным. Так появилась психодрама. Второе крупное новшество Морено состояло в том, что он сценически овеществлял само расстройство, а не его гипотетическую причину. Каждый современный психотерапевт знает, что достаточно «материализовать» (с помощью живописи, поэзии, пластики или музыки) и «тиражировать» некоторые патологические явления, и наступит облегчение

*К этому же уровню воздействия относятся все известные методы катартической психотерапии, включая, так называемую, фармакологическую абреакцию (*Атанасов, Асатиани, Платонов, Чолаков, Thorpe и др.*).

**Два психотерапевта из наших бывших стажеров, не имевшие достаточных навыков в области портретного искусства, решили, что уже владеют техникой портретирования, «отделились» и стали лечить самостоятельно, вызывая у пациентов удивительно яркие формы переживаний, подобные катарсису, однако состояние больных (особенно позднейшее) после временных улучшений оказывалось бесплодным. Бурную разрядку, «выплески» накопившихся у пациентов эмоций мы вызываем в технике бодиарттерапии (нанесение психотерапевтического грима), и это приводит к временному улучшению состояния пациента. Появились даже пациенты, которые приезжают к нам, чтобы еще раз «поплакать» и успокоиться. Мы активно противостояем этим явлениям.

текущего состояния пациента. Морено, более верному последователю Фрейда, чем он сам считал, не удалось воссоздать катарсис по Аристотелю, именно потому, что сами больные играли себя.*

Это тоже было не искусство, а врачебная манипуляция. Но как алхимики в поисках золота, Морено нашел много интереснейших феноменов, например «частичный катарсис», описал исключительно выгодную для терапии атмосферу. «Именно в этот поток катартического действия текут все ручейки катарсиса» (Морено, с. 153). Его заслуга и в том, что он четко выделил момент самоидентификации больных после катарсиса: «Психодрама как в зеркале отражает их личность» (там же, с. 155).

Таким образом, психоаналитическое направление не имело отношения к большому искусству, охватывающему все личностные планы как больных, так и здоровых людей, но показало широкому читателю феноменологию, которую часто видит терапевт, избавляя пациента от боли или другого страдания. Эмоциональное выражение этого состояния нельзя приравнять к описанному древними явлению, и может быть названо катарсисом только условно. Восприятие искусства, его возвышенной «искусственности» остается важной составляющей понятия катарсиса.

Катарсис и завершение психотерапии. Слово «катарсис» настолько утратило аристотелевский смысл, что уже не поддается реконструкции. Оно прочно ассоциируется с неким чувством удовлетворения при избавлении от душевной боли, будь то эстетический или медицинский аспект избавления, и обычно означает яркое эмоциональное состояние, без содержания и структуры. Это эмоциональный выплеск, приводящий к позитивным результатам: «ясности и твердости мысли» у С. С. Аверинцева, ощущению исцеления и душевной свободы у Фрейда и Морено. Для нас же некоторые представляются наиболее ценными те концепции, которые учитывают особенности первоначального смысла. Это, во-первых, диалогический

*В психодраме завязка насильственна, действие надумано, смысл развязки в самой развязке.

контекст возникновения катарсиса, во-вторых, его «итоговость» (недаром античное представление заканчивалось на заре), а в третьих, фактор самоидентификации в атмосфере искусства, присутствующий почти во всех описаниях данного явления, не считая вырожденных случаев.

Приметы наступления катарсиса. Так как в лечении методом скульптурного портрета исключается какое-либо влияние, внушение, навязывание своих представлений о «норме», основная ставка здесь делается на возможности больного, на его способность перестроить собственную личность. Уже с самых первых сеансов наблюдаются выходы из тягостного взаимного непонимания, неприятия окружающего мира. В ходе дальнейшего общения эти «озарения» повторяются все чаще, становятся интенсивнее и значимее, однако всякий раз больной возвращается в броню своего отчуждения. Этот возврат выглядит как упрямство, каприз пациента и вызывает у него раздражение, ощущение неловкости перед присутствующими. К содержанию упомянутых «проблесков» приходится возвращаться, напоминать о них как о творческих достижениях, систематизировать их. Иногда больной проявляет большую изобретательность и изощренность, пытаясь вернуться к своему прежнему состоянию, потому что вначале ему бывает довольно уютно в полноценном, здоровом общении. Но с каждым разом его способность поддаваться патологическим изменениям уменьшается, он должен по памяти достраивать свою болезнь.

На пути к излечению возвраты неизбежны, и чем меньше остается патологических симптомов, тем больше пациент цепляется за болезнь. Но то, что раньше пугало окружающих в контакте с ним, сейчас раздражает; что казалось частью его самого и даже его сущностью, начинает выглядеть декларативным, демонстративным, наносным. Хотя синдром значительно упрощается, напоминая истерический, напряжение растет с каждым днем. Оказывается, симулировать душевную болезнь не так-то просто: возникает драматическая ситуация конфликта с самим собой, которая иногда разряжается настолько бурно, что походит на обострение прежнего состояния. В

результате совместных усилий пациент примиряется с мыслью о том, что он такой же, как все, вполне здоровый человек с обязанностями нормального члена семьи и общества. Возникает чувство морального удовлетворения достигнутым, но с оттенком потери себя прежнего, – оттенком, который исчезнет по мере включения недавнего больного в жизнь.

Следует отметить, что иногда черты психического здоровья оказываются не такими, как представлял себе больной, когда обращался за медицинской помощью; это еще одна причина нежелания «оторваться» от своих привычных болезненных переживаний. Но даже врачу неизвестно, каким будет пациент после избавления от патологических явлений, поскольку психическое здоровье не моделируется в процессе лечения. Сами больные предлагают два типа объяснений своего отчуждения. А. Ш., например, считает, что человек выбывает из пространства и времени, перестает существовать для других людей, не может быть полезным для общества и семьи, творчески продуктивным, не способен любить и страдать. В результате «засушаривания» мозга происходит «окукливание» личности с утратой образа самого себя, своего лица. Эти несколько вычурные определения отражают желание пациента (довольно типичное в период портретирования) вернуть себе прежнее состояние, прежнюю «форму». Такого рода отчужденность более свойственна людям, осознающим начало своей болезни, критически относящимся к своему состоянию. Иногда эта жажда вернуть утраченное относится не к самочувствию до болезни, а к конкретному яркому отрезку жизни, на основе которого формировалась обобщенное представление о себе. У других больных более скромные требования к жизни, но все они ищут утраченное «я».

Другая категория пациентов, как мы уже говорили, отличается инфантильностью, незрелостью представлений о своем «я» и своей внешности. Т. В. во время работы над портретом говорила врачу: «Помогите мне родиться. Я еще не родилась. Вы поможете мне?» Это очень точное определение целого ряда явлений, которые указывают на расстройство

механизмов образования «я». Для таких больных все в будущем: «Вот вылечусь, а потом... займусь спортом, буду закалять свою волю, буду работать...».

Не всем больным свойственно осознание своей незрелости, но все они, без исключения, так или иначе такую незрелость обнаруживают – в понятиях, в представлениях, в поступках. Это подробно описано в психиатрической литературе. Надо только добавить, что больные этой категории обнаруживают и значительный дефицит переживаний по поводу собственного лица, крайнюю бедность и примитивизм знания своей внешности. У таких людей первые патологические знаки возникают при встрече с серьезными, «взрослыми» проблемами. Во время работы над портретом они как бы наверстывают упущенное за многие годы; они скорее узнают себя, нежели возвращают утраченное. Работа над портретом – фактически первое яркое событие в их жизни, начало творческой биографии. При столкновении с житейскими трудностями они мысленно возвращаются к началу своего диалога у мольберта.

Катарсис наступает, как отмечалось, по мере упрощения основного синдрома заболевания и конкретизации деталей скульптуры. Такая зависимость от упрощения синдрома косвенно подтверждается неудачами в случаях, когда мы были вынуждены ускорить работу над портретом. Тогда обострение («катартоидное» состояние) наступает раньше времени и не приводит к ожидаемому результату.

Катарсис не всегда наступает во время портретирования, в присутствии врача. Нередко общую картину приходится восстанавливать, со слов присутствовавших при этом людей. Катарсис бывает ступенчатым с определенными и весьма существенными достижениями на каждом этапе. О катарсисе известно многое, но глубинный интимный смысл этого состояния остается мало доступным.

Проявления катарсиса. Наиболее часто рассматриваемый феномен проявляется в нашей практике следующим образом. После завершения

работы над портретом врач покидает свое место, а больной без предварительных условий занимает его. Это для пациента привычно, так как после успешных сеансов он, как правило, садится на место врача, чтобы лучше увидеть новые элементы. Формальное основание – убедиться в портретном сходстве. Больной еще несколько напряжен. Внезапно начинаются подергивания определенной группы мышц лица, спины, учащается глоточный рефлекс. Выражение лица характерно искажается и пациент беззвучно плачет, почти не моргая, не утирая слезы. Этот плач не обращен к зрителю, пациенты, по их признанию, «жалеют себя». Присутствующие либо сами плачут, либо испытывают смущение и выходят из помещения. Даже операторы стесняются снимать это состояние. Такой плач может длиться до полутора-двух часов, после чего выражение лица пациента проясняется, просветляется, вид у него не то чтобы веселый, а какой-то счастливый. С особой трогательностью, вниманием, нежностью он начинает относиться к своему лечащему врачу, к близким и ко всем тем, кто помогал ему, кто прошел с ним весь этот трудный путь. Портрет, который незадолго до того имел высшую ценность, перестает его интересовать, в лучшем случае пациент помогает нам сделать гипсовую отливку, чтобы закрепить свое состояние. Примерно 30% пациентов проявляют крайние формы катарсиса, – это больные, которые до последнего сеанса недостаточно критично относились к своему психическому состоянию.

Содержание катарсиса имеет отношение к более или менее трудному освобождению от воображаемого образа своего партнера по диалогу, т. е. лечащего врача. Пациенты-душевнобольные, как правило, полностью или частично амнезируют описанное состояние, во всяком случае, не желают давать отчета о переживаниях, которые были дверью между болезнью и здоровьем, между внутренним и внешним миром. Редкие самоотчеты возможны, если расспрос ведет не сам лечащий врач.

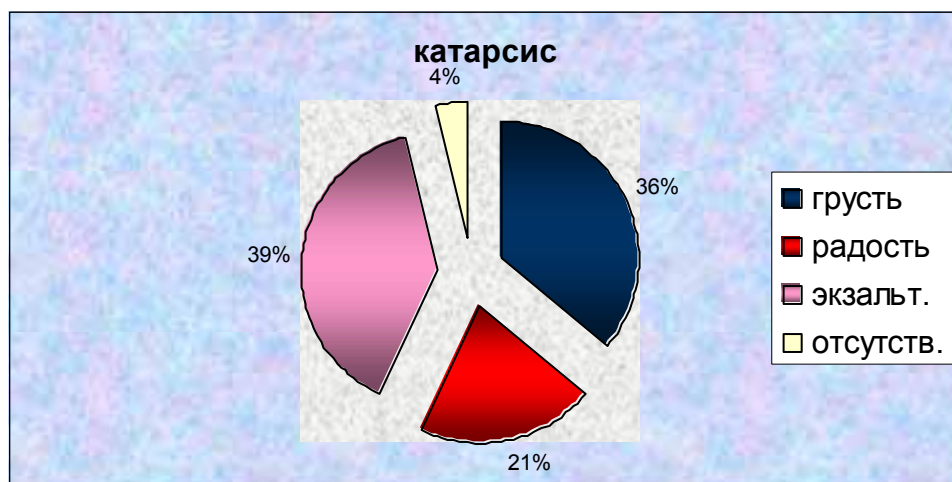
Обобщая сказанное, попытаемся ответить на вопрос, является ли наш метод лечения катартическим. Нет метод не является катартическим в

современном значении этого понятия. Мы стремимся не к тому, чтобы вызвать некое яркое эмоциональное состояние, но к тому, чтобы основательно завершить лечебный портрет, исчерпать психопатологическую проблему. Эмоциональное сопровождение хотя и постоянно возникает перед нами или сразу после того как лечебная работа закончена или, как мы видели, иногда значительно позже реального окончания портрета («отложенный» катарсис), не является для нас патогномическим фактором. По всем признакам оно является не кульминацией диалога, а кульминацией самоотождествления, тем самым «последним словом» (по Бахтину), которого его лишила завершающая фаза произведения искусства. Поэтому значение этого слова так недоступно посторонним. Самоидентификация, на наш взгляд, не монолог одного из партнеров. Это интенсивный диалог больного с самим собой, особое жизненно важное состояние целостности, внутренней связности человека и его зеркального «я».* Фактор самоидентификации позволяет интегрировать все существующие значения «катарсиса» этого «ходового», по выражению Е. Рабинович, слова – от узко врачебного избавления до эстетического или сексуального удовлетворения.

С другой стороны, наш метод вполне соответствует катартическому в аристотелевском плане, если иметь в виду весь процесс лечения-лепки от пластилинового яйца до зрелого портрета и все события самоидентификации, возникшие на этом пути. Первоначальное диалогическое поле с годами (благодаря бодиарттерапии, ритмопластике, присутствию посторонних, группы пациентов и опекунов, исполнителей автопортретов) трансформировалось в атмосферу хеппинга с одномоментной презентацией скульптурного портрета в финале (см.: *Абрамян, Назлоян*). Последняя точка (не для подражания древним) ставится нами, как правило, после ночного сеанса, с первыми лучами света в окне.

*Достижение временных состояний душевного благополучия – аутентичности (*Rogers*), свободы (*Allport*), самоактуализации (*Maslow*), самости (*Perls*), конгруэнтности (*Ginler*) – не способно, на наш взгляд, решить проблему психоза, так как не затрагивает глубинных пластов в переживаниях пациента. Целостность личности тут суммарная, она больше соответствует представлениям психотерапевта, его вербальному строю мышления. Эти концепции похожи на благие пожелания, а практика – на суррогат клинического опыта.

диаграмма б



Глава 4. Комплексные методы лечения душевнобольных

Портретный метод психотерапии обусловил появление новых способов, приемов, техник воздействия на патологическое начало – все они функционируют в единном концептуальном ключе. Эти методы используются самостоятельно и в комплексе с другими психо- и соматотерапевтическими техниками. Они возникли в гуще клинической практики и были обусловлены проблемами фиксации переноса с одной стороны, с другой – по причине того, что многие врачи-психотерапевты не обладают мастерством в области портретного искусства. В этой главе мы рассмотрим наиболее эффективные и устоявшиеся техники маскотерапии, оставляя за текстом многие нюансы. Метод параллельного лечения опекунов душевнобольных и принципы назначения медикаментозной терапии, организации психиатрической помощи, несмотря на свою значимость в нашей практике, не вошли в контекст настоящего исследования и нуждаются в отдельном рассмотрении. О них мы сообщали в ряде статей и научных докладов.

4.1. Автопортрет – метод лечения и реабилитации душевнобольных

Генезис автопортрета. Автопортрет – одно из основных представлений иудейской и христианской ментальности. Мы имеем в виду миф о сотворении человека «по образу и подобию своему» и предание о «Спасе нерукотворном», где идея самовоспроизведения выражается в создании произведения искусства. Из разных источников об этом замечательном явлении можно заключить, что «Спас» был создан в лечебных целях. Здесь познание себя, протекая на визуальном уровне, расценивается и как форма самосовершенствования, и как способ избавления от страданий.

По биографическим и эпистолярным свидетельствам о великих художниках автопортрет создается в критические для автора периоды жизни (*Михайлова, Нуркова и Назлоян*). Может быть, самым ярким примером служит «Автопортрет с отрезанным ухом» Ван-Гога. А знаменитый автопортрет Леонардо да Винчи по всем признакам был «лекарством» многолетнего пользования. Показательный пример преодоления «кризиса» на элементарном уровне – автопортреты на полях рукописей Пушкина: эти пиктограммы отмечают начало каждого всплеска творческой активности поэта. Исключение может составлять лишь «большой» автопортрет; для нас важнее всего несомненный факт, тонко подмеченный еще Фердинандом Эбнером, что акт создания как процесс – явление диалогическое. «Сотворение Богом человека Эбнер понимает как диалогический акт обращения, инициирующий ответ – «высказывающееся становление» самого творения: «Бог создал человека – это значит не что иное, как: он обратился к нему со словом, создавая его, он сказал ему: Я есмь и через меня – ты еси» (*Махлин, с. 369*). А если так, то речь идет о поэтапном создании произведения искусства в том же направлении, что и рождение, становление человека.

Это высказывание проницательного философа подводит нас к анализу диалога художника с самим собой в ходе создания автопортрета. Именно в автопортрете душевнобольного, когда он является активным участником

действия, можно проследить то, что в портрете завуалировано деятельностью врача-скульптора. Здесь как у Платона, «душа ничего не делает кроме как разговаривает, спрашивая сама себя, отвечая, утверждая и отрицая» (*Платон*). По структуре этот диалог с собой не отличается от диалога художника с моделью, здесь та же триада: а) контакт художника и модели перед становящимся портретом, б) с «высказывающимся становлением» (портретом) в присутствии воображаемой модели и в) паузы в диалоге в виде обращения к самому себе. При создании автопортрета скульптор, сделав «промежуточную» маску, снова обращается к своему образу в зеркале. Потом, удерживая это новое впечатление в памяти, он обращается к глиняной заготовке, манипулирует ею, чувствует «сопротивление» пластического материала, приводит его в соответствие со своим воображаемым зеркальным двойником. Меняя маску, меняется и сам (по М. М. Бахтину).*

Автопортрет врача. Своим появлением метод автопортрета обязан сеансам скульптурного портретирования душевнобольных, на которых было замечено, что пациенты любят вносить свой вклад в портрет; была значимой и идея реконструкции зеркального двойника пациента. «Но тогда это было скорее снисходительное отношение мастера к ученику: мастер в любой момент мог ликвидировать «забавы» моделей и восстановить свою версию портрета» (*Назлован, Абрамян, с. 106*). Генезис этой эффективной и удобной для применения техники арттерапии представляет, на наш взгляд, определенный интерес.

До внедрения метода автопортрета в Институте маскотерапии в 1990 г. было замечено следующее явление. Когда интенсивная работа над портретом больных прерывалась по внешним (досадным) обстоятельствам, это вызывало у врача некоторую подавленность, тревогу, мысленное выяснение отношений с опекунами, навязчивое представление деталей лица модели, особенно перед сном. Чтобы избавиться от мучительного состояния, врач-

*В. П. Самохвалов – один из немногих современных психопатологов, который придает значение исследованию процессов идентификации, портрета и автопортрета. О его неожиданном взгляде на эту проблему можно узнать в монографии «Психический мир будущего» (*Самохвалов, 1998, с. 282-290*).

скульптор, чрезмерно вовлеченный в атмосферу портретирования, пытался по памяти докончить работу. Хотя попытка удалась, законченный так и даже отлитый портрет не позволял преодолеть творческий кризис. Тогда мы опытным путем пришли в 1982 г. к автопортрету как способу реабилитации психотерапевта. В том же году появилась редкая возможность тесно общаться с крупным художником-портретистом, проанализировать биографические обстоятельства создания серии автопортретов, а также присутствовать при завершении очередной вещи. Начало работы над автопортретом у этого художника совпало с периодом душевного неблагополучия, дискомфорта, ощущения неразрешимости душевных и семейных конфликтов, наконец, возникновения паранойяльных идей. Автопортрет позволил преодолеть этот кризис, вернул художнику психическое и творческое равновесие. Этот опыт подвел нас к мысли, что автопортреты художников могут быть средством самоизлечения. Наше предположение подтвердилось фактами, описанными у искусствоведов, в их анализах портретного жанра. Наши пациенты из числа художников по профессии тоже подтверждали, что к работе над автопортретом они обращались для преодоления стрессовых ситуаций. Другие мотивы, по данным наших интервью, не имеют для них смысла.

Автопортрет пациента. Однако реальным поводом для внедрения техники автопортрета послужила встреча с пациентом Д. И. В 1989 г. на прием в Московский центр нейроэндокринологии пришел пациент, который, прочитав в газете о методе портретной терапии, показал автопортрет, выполненный им из *эглина* в натуральную величину. Д. И. утверждал, что его состояние после работы над автопортретом заметно улучшилось; это подтвердил его отец. Помимо назначения лекарств, пациенту было рекомендовано сделать еще один автопортрет, чтобы устранить недостатки работы, которые были обсуждены на приеме. Так началось сотрудничество с творчески одаренным самодеятельным скульптором. Год применения этой техники дал убедительные результаты «заочного» лечения, прояснился также сложный ритуал работы над автопортретом.

Техника лечебного автопортрета. В результате интенсивного применения на сотнях пациентов этот способ лечения к настоящему времени выглядит следующим образом. Автопортретная терапия проводится в зале-мастерской Института маскотерапии, где в одном помещении проводится лечение несколькими видами искусства: портретирование пациента врачом-скульптором, живопись (классическая и бодиарт), музыка, ритмопластика.

Автопортрет лепится из серого скульптурного пластилина, имеющую необходимую для работы вязкость и пластичность. Используются скульптурные стеки различных размеров; для лепки деталей удобны некоторые зубоврачебные инструменты. Пациенты усаживаются за столики перед зеркалами, берут пластическую массу и готовят, по просьбе врача, овальную форму, близкую по размеру и виду к куриному яйцу. Если больной отказывается это делать или не понимает задания, ему помогает опекун (например, мать или отец), который тоже присутствует и может сидеть рядом, а в некоторых случаях – другой пациент или врач. Определенные сдвиги в состоянии пациента иногда происходят в самом начале, в подтверждение приведем слова нашего пациента Д. Р.: «Когда я создавал яйцо, почувствовал небывалую нежность и родство к себе, ведь там, внутри, должно быть мое лицо, я сам. И странное чувство радости охватило меня, как перед встречей с близким и родным человеком» (случай Г. Б. Аракеловой).

Маски создаются путем выемки лишнего (принцип работы с твердым материалом). Момент стилистического завершения портрета (маска) фотографируется и врач-скульптор, не вмешиваясь творчески, рекомендует закрыть портрет пластилиновыми лепешками. Формируется новое, по размеру несколько большее яйцо. «Выясняется – пишет Бахтин, – что всякий действительно существенный шаг вперед сопровождается возвратом к началу..., точнее, к обновлению начала» (Бахтин, 1996, с. 398). На каждом новом этапе пластический образ должен становиться ближе к прототипу. Получается набор масок, которые как в матрешке вставлены одна в другую. Они, по выражению пациентов, «изнутри помогают лепить». Ритуал закры-

тия осуществляется пациентом по возможности бережно, чтобы не повредить созданный образ.

Автопортрет и принцип матрешки. Технология изготовления собственного портрета в виде серии стилизованных масок одна на другой напоминает матрешку. Каждая маска, при реальном несходстве, подобна предыдущей, полностью идентифицируется больным с самим собой. Хотя маски подобны по смыслу, но, как и в матрешке, оптически неравноценны. Есть также складка и внутренняя пустота, куда помещается предыдущая форма. А новое значение возникает путем нарушения гладкой поверхности пластилинового яйца. В отличие от матрешки здесь существуют некоторые технические ограничения: а) произвольные – размер с куриное яйцо в начале и натуральная величина в конце; б) необходимые – по меньшей мере символическое сходство в начале и реалистическое в конце. Это позволяет преодолеть неопределенность матрешки. Идентичность достигается тут не по образу самой маленькой фигурки, а достижением все большего соответствия каждого захороненного образа, – «храм в храме» у инков и у христиан. То есть образ не «переселяется» в другой слой, а воплощается, становясь основой (как материальной, так и идеальной) следующего образа. Сам мастер непременно должен меняться в творческом процессе и задавать новый образ. Это создает феномен диалога с самим собой, чего нет в игре с матрешкой, где происходит простое дублирование образа. Движение автопортрета касается самого человека, который держит в руках «матрешку», на ней изображен он сам. Если бы на игрушечной матрешке был изображен сам зритель, он увидел бы одно и то же статичное изображение, а раскрытие смысла (в силу одинаковости) было бы бесконечной процедурой, – цикличность в смене надежд и разочарований. Смысл не меняется в этой игре, поэтому диалог отсутствует. Здесь речь идет не о народной матрешке (совершенно безупречной по своей сути), где воспроизводится рост, взросление, причем можно идти назад к детству, а о постмодернистской интерпретации этого явления (см.: *Орлицкий, 1996, Орлов, 2001*). В развитии же автопортрета происходит

некий онтогенез похожих (по своей отнесенности к автору) и одновременно непохожих в деталях эстетических форм, которые продвигаются в сторону материализации универсальной идеи, окончательного сходства с оригиналом. Автопортрет больше напоминает акт рождения человека, если иметь в виду оболочку души, его организм и совпадает с принципом матрешки в непосредственном, а не в опосредованном ее восприятии. В последнем случае матрешка – это философия рутины, а автопортрет – философия диалога, творчества, рождения произведения искусства, возрождения пациента. Это две разные модели мира.

Роль психотерапевта в работе пациента над автопортретом не исчезает, хотя бы потому, что технически врач превосходит пациента, имеет больший опыт в лепке. При достижении скульптурного автопортрета натуральной величины курс лечения должен быть завершен. Но если больному не хватает профессионального мастерства, ему поможет докончить работу врач-портретист. Это довольно сложная процедура и в лечебном и в изобразительном плане, ведь левая и правая стороны в портрете меняются местами, а в автопортрете нет. Опыт завершения другим мастером автопортрета неизвестен в истории портретного искусства. Если работу завершает врач, основная эстетическая идея, вложенная в портрет пациентом, его версия непременно сохраняется. Она сохраняется, поскольку врач должен лепить технически, творчески это невозможно из-за смены правого и левого. Врач лишь завершает последнюю маску и не создает нового образа, так что автопортретная заготовка, если ее сохранить, остается работой больного, а врач остается на положении обучающего мастера, соблюдает дистанцию между собой и подмастерьем. Именно потому, что это последняя и единственная маска, врач при всем желании не сможет изменить конструкцию портрета, как бы долго он ни работал над ним. Пациент как бы лепит сам, только руками мастера. Отсюда множество «подсказок» врачу, обсуждение деталей, что редко присутствует при работе над портретом. С начала лечения перед больным и врачом возникает цель – изготовить

полноценный в художественном смысле портрет. Окончание автопортрета, как и портретной терапии, совпадает с окончанием лечения. Таким образом, лечебное время и здесь совпадает с творческим временем.

Первые автопортреты у больных получаются, как правило, в стиле наивного искусства, но следующие маски все менее стилизованны, все ближе к оригиналу. Некоторые пациенты сразу же добиваются портретного сходства. Техника автопортрета максимально приобщает больного к искусству, ставит пациента на место не только модели, но и художника, а именно художника, познающего себя через воспроизведение собственного лица. В окружении знакомых и незнакомых людей (социальные зеркала) пациент познает своего зеркального двойника, воспроизведя его в пластилине. Именно с этой триадой – пациент, его зеркальный двойник, автопортрет – работает врач-психотерапевт, имеющий опыт ведения индивидуальной и групповой психотерапии, а также навыки ваяния.

В некоторых исключительных случаях автопортрет может лепиться в домашних условиях, перед зеркалом, как в случае Елены К. Обязательные условия при этом: во-первых, дверь в комнату, где работает больной, должна быть открыта для актуального или потенциального присутствия других людей, поскольку психотерапевтический автопортрет не должен создаваться в условиях изоляции больного скульптора; во-вторых, на разных этапах лепки необходимо обращение к психотерапевту с очередной готовой маской.

Процедура изготовления скульптурного автопортрета предполагает новую форму общения с пациентом, существенно отличную от традиционной. Врач может садиться рядом, беседовать, вмешиваться в работу, отходить, наблюдать пациента со стороны, слушать его беседы с «коллегами», фиксировать изменение выражения лица больного в зеркале, производить видео- или фотосъемку, разговаривать с пациентом на различном расстоянии и с разных сторон, задавать ему любые вопросы. К пациенту может подойти специалист по бодиарттерапии, сделать массаж лица (лепка по живому лицу) или наложить грим. В эти моменты больные абсолютно доступны и врач может

«режиссировать» любые, даже постановочные сцены. Пауза наступает, когда больной обращается к лечащему врачу с вопросом, что делать дальше.

Процесс скульптурного автопортретирования предполагает совместное творчество пациента и врача, причем пациент занимает в нем активную позицию. Возникает возможность сколь угодно длительного общения врача и больного. В атмосфере сотворчества пациент раскован, открыт общению, откровенен. Нередки признания вроде такого: «я много лет ношу это в себе и теперь решила признаться».

Одно из главных преимуществ контакта врача с пациентом при автопортретировании – обращение к больному с обсуждением его развивающегося во времени образа (предметное общение). Такая щадящая форма психотерапевтического контакта позволяет преодолеть сопротивление пациента и быть естественным и равноправным со своим партнером. В отличие от других способов психотерапии здесь врач надежнее защищен от фиксации переноса. Доверительная беседа открывает возможность наиболее полного наблюдения и изучения больного, врач освобождается от необходимости выстраивать беседу по заранее разработанному плану. Если в портретной терапии психотерапевтическое поле совпадает с полем художника и модели, то здесь используется структура общения мастера и подмастерья, в психотерапевтическом аспекте врач принимает образ идеального третьего, разрешающего конфликт между человеком и его зеркальным образом, между здоровьем и болезнью.

Длительное непосредственное общение с пациентами в творческом процессе позволяет выявить нарушения координации движений, концентрации внимания, волевой активности; определить степень заторможенности, утомляемости, способности к мелким точным движениям. Результат работы, маска, безотносительно к уровню профессионализма показывает грубые пространственные нарушения у больного, асимметричность этих расстройств, стереотипность и символизм в мышлении, его бессвязность и многое другое. Расширяются возможности дифференциальной диагностики

органических и функциональных расстройств. Уже первые маски больных с диагнозом шизофрении, выполненные в реалистической или в символической манере, позволяют усомниться в правильной постановке этого диагноза.

Психотерапия. Важнейшим фактором автопортретной терапии является то, что работа больного над собственным образом стимулирует рефлексивную, «обращенность сознания к внутреннему миру» (Сэмюэлз, Шортер, Плот); в отличие от аутистического погружения в себя это творческий процесс самосознания, результатом которого легко становится повышенная критика своего состояния. Самопознание и самосознание происходят в условиях множественной идентификации: сравнение себя с автопортретом, себя со своим зеркальным образом, своего отражения с отражениями других пациентов, своего автопортрета с другими автопортретами и т. д. * Такая атмосфера стимулирует восстановление внешнего и внутреннего диалога. Здесь уместно вспомнить эксперимент Л. Выготского, в котором дети не общались друг с другом, а говорили каждый с собой, но непременно в присутствии других таких же детей, и это помогало превратить внутреннюю речь во внешнюю. Происходит часто бурный прорыв из патологического одиночества, проявляющийся как эмоциональная разрядка. Конкретными «виновниками» этих интенсивных состояний врач и его ассистенты не являются, они лишь свидетели, поэтому техника автопортрета наиболее щадящая, наиболее гуманная из всех наших методов лечения. Техника автопортрета, как и другие методы маскотерапии, направлена на выведение пациента из состояния патологического одиночества, на восстановление им утраченного образа самого себя. Отличительная черта этой техники в том, что здесь используется майевтический принцип. Врач как повивальная бабка помогает пациенту родить свой образ, возродиться, стать нормальным, адекватным, психически здоровым. Здесь, как и в портретной терапии, лечебная цель совпадает с процессом самоидентификации. Описывая свое «жуткое впечатление» от автопортретов Рембрандта (с Саскией на коленях) и Врубеля (углем и сангиной), затем фактически отрицая этот жанр искусства, Бахтин,

на наш взгляд, выводит культуру из привычного контекста. «Мне кажется, впрочем, что автопортрет всегда можно отличить от портрета по какому-то несколько призрачному характеру лица, оно как бы не обымает собою полного человека, всего до конца...» (Бахтин, 1979, с. 32). Если иметь в виду известную разницу, о которой мы писали выше, между восприятием портрета и автопортрета, то здесь у нас нет никаких расхождений с автором. Сомнения возникают в оценочной части суждений философа. В течение многих лет, наблюдая за процессом становления портретов и автопортретов у художников, больных и стажеров, создавая смешанные формы (совместное творчество) портретного искусства, мы не заметили отличия этих произведений в качественном плане. Более того, глубокое восприятие автопортрета на различных стадиях его создания приводило к излечению пациентов от тяжелого психического недуга. Недостаточно справедливо и отношение к фотографии как всего лишь «материалу для сличения», ведь многое зависит от того, кто и как сделал фотопортрет. Наши фотографии, сделанные А. Морковкиным и А. Поляковым (тогда еще недостаточно «авторитетными» по Бахтину мастерами), способствовали повышению скульптурного и врачебного мастерства психотерапевтов не меньше, чем специальное обучение. Об этих фотографиях Т. В. Цивьян пишет: «На фотографиях удивительным образом передана живость, естественность облика врача, та творческая наполненность и обаяние, которые вовлекают в его орбиту, в его власть и людей вокруг него, и равнодушную глину» (Цивьян, с.9). Автор считает даже, что фотоаграфам удалось показать не только глубину образов, но и особое время лечебного портрета, и мы не можем не согласиться с нею (там же).

Реабилитация душевнобольных. Совмещая в себе предельную простоту и наивысшую сложность, техника автопортрета прокладывает пути восстановления интеллектуальных функций у дефектных, умственно отсталых и слабоумных больных. Надо отметить, что к работе над автопортретом больные независимо от их диагноза и уровня интеллекта

относятся одинаково серьезно и ответственно. Так же серьезно относятся к этой работе родственники пациентов, не воспринимая ее как некую психотерапевтическую «игру». Некоторые родители сами лепят себя, пытаясь «негласно» решить собственные проблемы.

Психотерапевтическая работа в атмосфере автопортретирования позволяет полностью реализовать реабилитационный принцип опоры на сохраненные звенья. В лексиконе Института маскотерапии это звучит как «наращивание» здорового начала. Известно, что трудотерапия является основной формой реабилитации больных шизофренией. Она позволяет сохранить элементарные трудовые навыки больного и приобрести новые. В организации трудового процесса соблюдается одно правило – от простого к сложному (грубо говоря, от склеивания коробок до сборки простых электрических приборов). Здесь примитивные действия преследуют примитивную цель.

Между тем работа над автопортретом – сложнейшая человеческая деятельность, пациенту с самого начала ставится трудная цель, но для ее достижения нужно выполнить ряд простых действий. Например, вылепить заготовку в виде яйца нетрудно, этот начальный этап требует активизации обычных навыков. Просьба врача вылепить первую маску усложняет задачу. Начальные маски схематичны, не требуют детализации в отличие от завершающих процесс лечения автопортретов. Переходы от маски к маске, от более простых и стилизованных образов к более сложным, реалистичным перемежаются возвратом к простейшему – к овальной заготовке. Итак, чтобы продвинуться в творческом процессе вперед, нужно вернуться к началу, но на новом уровне. При наличии сложной цели простые действия становятся гораздо эффективнее в плане реабилитации.

Рассматривая технику автопортрета как вариант трудотерапии, мы считаем главной задачей возвращение больному утраченных навыков. Но бездумная, автоматическая работа малоэффективна. Автопортрет, возрождая умение или навык, делает это в атмосфере истинного познания себя, всей онтогенетической глубины собственного «я». Создав скульптуру, совершив

высокодифференцированную работу, пациент восстанавливает или приобретает впервые умение к точной работе пальцами. Предлагаемая техника решает и проблему социальной реабилитации душевнобольных пациентов. Больные с многолетним опытом госпитализаций в психиатрических клиниках утрачивают свой прежний социальный статус, что ведет к дальнейшей дезактивации. Психотерапевтическая техника автопортрета позволяет прервать этот замкнутый круг. В Центре маскотерапии пациент получает рабочее место, конкретное задание. Это место заменяет ему ту социальную нишу, которую он когда-то потерял. Здесь он выполняет сложную творческую, престижную работу и проходит путь от ученика до мастера, чему способствует созданная нами атмосфера ремесленного цеха, творческой мастерской.

4.2. Бодиарт-терапия

В этом разделе описывается бодиарттерапия* – оригинальный метод психотерапии, разработанный нами в 1988 году, и устанавливается ее связь с другими известными способами лечения душевнобольных. Бодиарттерапия возникла на основе синтеза портретного метода и лепки по живому лицу. В начале, чтобы продлить жизнь пластилиновой маске, мы к тому же раскрашивали портреты театральным гримом, обжигали (энкаустика), чтобы создать твердую и живописную поверхность.

Лепка по лицу. Это техника возникла спонтанно в ходе работы над скульптурным портретом пациента, когда врач, творчески исчерпав текущее визуально-вербальное впечатление, не видел перемен в состоянии и выражении лица модели. Так часто бывает у глубоко аутичных, дефектных, принимавших лечение нейрорептиками пациентов. Подчиняясь внутреннему импульсу, врач (с молчаливого согласия больного) оставлял портрет и начинал лепить по живому лицу пациента; это приводило к временному, но сильному эффекту. Врач-скульптор лепил по живому лицу как по пластилину, пока не добивался обновления реального образа. Со временем эту процедуру стал выполнять квалифицированный специалист у зеркала – а)

самостоятельно, б) для подготовки к работе над портретом и автопортретом, в) в процессе создания скульптуры. Метод был призван разрушить устоявшееся визуальное и тактильное представление душевнобольного о себе, а тем самым и стереотипность мышления в диалоге. *Бодиарттерапия*, как и лепка по живому лицу, проводится у зеркала, но представляет собой живопись по лицу или телу (голова, бюст, статуя), в зависимости от особенностей психического расстройства (нозология, тяжесть состояния пациента). Реальным поводом внедрить эту технику стали женщины-стажеры, для которых требующая известных физических усилий скульптура была недоступной. Со временем женщины-психотерапевты чрезвычайно интересно развили технику бодиарт в трех направлениях, первое из которых было задано нами.

Портрет. Предполагает повторение реальных черт внешности (архетип человека и его зеркального двойника). Это была попытка форсированно достичь феномена самоидентификации, который в скульптурном портретировании и автопортретировании требует сложного комплекса идентификации, описанной выше. Бодиарт-портрет может исполняться в любом жанре живописи, а визуально воспринимается от слабого макияжного грима до ярких театральных фонов. Но здесь мы встретились с трудностями, которые несвойственны техникам портрета и автопортрета. Главная проблема состояла в том, чтобы определить завершенность бодиарт-портрета. Ведь этот жанр, не уступая ни одному другому в профессиональном искусстве, тоже требует мастерства и вдохновения. Чтобы определить степени завершения, мы фотографируем предположительно законченную работу, устраиваем показы, консультации. Завершенность портрета в стиле бодиарт гораздо важнее, чем при других техниках маскотерапии. Образ человека в зеркале (мы имеем в виду и социальные зеркала) нуждается в бесчисленных подтверждениях

*Термин введен нами в 1990 г. До этого мы говорили о «массаже лица», «психотерапевтическом гриме», но эти слова не очень соответствовали нашему лечению и по смыслу и по технике.

идентичности. Это сложная проблема – человек, увидевший себя в зеркале, еще не готов к диалогу. Во-первых, он должен зафиксировать некое суммарное состояние; во-вторых, образ самого себя должен быть завершенным, т. е. на дискретном участке диалога с партнером диалог с собой должен прерваться. Этот образ, по справедливому замечанию исследователей зеркала, негативен (Л. А. Абрамян, М. М. Бахтин). Однако нормальный человек перестраивает свой негативный образ в позитивный путем ограничения бесконечного ряда зеркальных восприятий, фиксирует сумму визуальных впечатлений и только потом отрывается от созерцания себя и переходит на созерцание своего партнера (как реального, так и воображаемого, как живого, так и одушевляемого). У душевнобольных взаимодействие этих элементов в высшей степени нарушено. Это можно представить себе, если вспомнить, как порой трудно оторваться от зеркала (возможно из-за прически, цвета кожи, выражения, которое упорно не маскирует одну из нелюбимых деталей), мы говорим в таких случаях: «лицо не собирается». Но если для обычных людей это короткий эпизод, то у душевнобольных такое состояние длится годы. Им трудно воплотить негативное впечатление в позитивное, отсюда бредовая установка об отрицательном к нему отношении внешнего мира, т. е. социальных зеркал, отсюда обеднение, искажение, извращение представления о себе самом. Таким образом, из негативных впечатлений никакой суммы впечатлений и их завершенности не может быть уже по определению. «Наивность слияния себя и другого в зеркальном образе.... У меня нет точки зрения на себя извне – пишет Бахтин, – у меня нет подхода к своему собственному внутреннему образу. Из моих глаз глядят чужие глаза» (Бахтин, 1996, с.71). Выделяя лишь негативный фрагмент зеркального образа, Бахтин и некоторые его последователи создают принципиально формальную схему зеркальных переживаний. Описание человека, смотрящегося в зеркало, – одно из немногих спорных мест важной для нас работы Бахтина «Автор и герой в эстетической деятельности». Последовательное развитие этой точки зрения

по меньшей мере однажды привело к ошибочной интерпретации маскотерапии (см. Розин в МПЖ, с. 106-120; Назлоян, там же, с. 121-130). Характеристики зеркального образа у Бахтина, на наш взгляд, субъективны и недоказуемы – «оптический подлог», «душа раба», «фиктивная душа», «неестественное выражение». Бахтин передает лишь один элемент постоянно наблюдаемого нами процесса самоидентификации пациентов со своим зеркальным образом. «Досада и некоторое озлобление», как и «избыточность» и «рыхлость», не единственные формы реагирования и существования образа в зеркале. А «твердая позиция вне себя» лишь один из множества способов создания зеркального позитива. Больше того, «позиция» третьего в обобщенном виде явление редкое, даже патологическое. Что же касается «одержимости чужой душой» (зеркальным двойником), которая «может уплотниться до некоторого состояния», то именно это состояние, называемое психозом, мы и лечим.

Бодиарттерапия (лепка и живопись по живому лицу) облегчает и ускоряет переход из негатива в позитив, без которого невозможно прервать контакт с самим собой и перевести взгляд на собеседника. Фактор завершения становится единственно возможным способом выхода образа пациента из зеркала. Теперь «человек из зеркала» (душа в чистом виде) способен и к психотерапевтическому диалогу в любой из известных техник, и к общению с другим. Постоянство образа, обладающего собственным измерением, создает непрерывную готовность к диалогу, а в окружении людей родом из зеркала, себе подобных, создает атмосферу праздника. Человек в маске перестает быть душевнобольным и визуально и по существу, а бодиарттерапевт, по крайней мере, в этот короткий промежуток времени может ощутить нравственное удовлетворение. В бодиарт-портретировании, как и при создании скульптурного портрета важен сам процесс, а одномоментная презентация полифункциональна – портрет в стиле бодиарт может быть показан как обычный портрет или перейти в атмосферу всякой индивидуальной и групповой психотерапии. Об этом мы еще будем говорить подробнее.

Но есть и другая, обратная сторона проблемы, которая связана с чувствительностью человека к своему лицу. На любом уровне бодиарттерапии может наступить развязка – катарсисоподобное, ложнопраздничное настроение у пациента. И здесь врач, очарованный неопределенными энергетическими всплесками, может ограничить свое творчество, счесть его завершенным. Так в разные годы поступали наши врачи Г. Б. Аракелова и А. В. Александрович. Больше того их выступления на конференциях, они оказали влияние на преподавателей Института психотерапии, которые обучают врачей похожей технике. Но она сводится к бессмысленному размазыванию театральной краской по лицу пациента или созданию фальшивых образов. В лучшем случае эта техника лечения, осуществляемая в рамках реконструкции утраченного образа «я», приближается к обычному бодиарту, не обладая при этом эстетикой последнего, т. е. не будучи искусством.

Собственно бодиарт (архетип смерти-рождения) эффективен при психосоматических, реактивных состояниях. Здесь профессиональный художник рисует под контролем врача по лицу пациента как по холсту. «Грим смерти и возрождения» – очень яркий, асимметричный грим, с самым неожиданным сочетанием цветов и переносом линий.* Он оставляет много места для фантазии. Можно придать двум половинам лица разное выражение, глазам – разную форму. Этот грим, как бы разрушающий полностью внешний облик (точнее, «лик») пациента, полностью скрывает под собой, «умерщвляет» его реальные черты и имеет совершенно неожиданный эффект. Пациент, относившийся инертно или негативно к своему лицу, или не умевший «собрать» черты лица в гармоническое целое, неожиданно видит его очень хорошо, в деталях и собранным, настроение

*Президент ассоциации арттерапевтов в Париже Ж.-П. Клайн сообщил нам в 1990 г. о психологе из Лиона, которая снимает гипсовую маску с больного, а потом вместе с ним раскрашивает, оживляет ее. Нам также известен случай, когда нескольким солдатам сделали гипсовые маски, которые они после демобилизации оставили в казарме без раскраски. В разное время они были госпитализированы по поводу психического заболевания. Можно также упомянуть случай из биографии Б. Пастернака, когда кто-то сломал его гипсовое изображение, а он сказал: «Это конец. Теперь мне не уйти». Но это уже проблема связи изображения и модели, которая не вписывается в контекст настоящей работы, несмотря на то, что у нас есть наблюдения.

резко улучшается, появляется уверенность в себе. Пациенты в таком гриме начинают либо вспоминать свое здоровое состояние, либо, забыв о болезни, строить оптимистические планы на будущее.

Это сугубо арттерапевтический жанр, поэтому передадим слово мастеру этого жанра, художнику нашего института О. Б. Мочаловой. Терминология, используемая здесь, не несет научной нагрузки – это форма самовыражения художника, который создает произведение искусства. Поэтому мы хоть и не пользуемся проводимой ниже классификацией, но относимся к ней терпимо, считая подобные представления правом каждого художника.*

Функции бодиарт-терапии. В целом можно выделить 8 основных функций бодиарттерапии. Это: 1) Грим пациенту, наносимый в помощь скульптору, чаще всего похож на обычный макияж (косметический грим), он лишь слегка выделяет характерные черты модели. 2) Грим в помощь пациенту, работающему над скульптурным автопортретом, учитывает недостатки автопортрета и подчеркивает те части лица, которые либо неправильно восприняты и вылеплены пациентом на автопортрете, либо игнорируются. 3) Использование цикла сеансов бодиарттерапии отдельно или в рамках традиционных техник от гипноза до рациональной психотерапии. 4) Грим при параллельном лечении опекунов. 5) Грим в помощь ритмопластическому сеансу. 6) Грим как метод групповой психотерапии. 7) Грим как способ повышения эффективности медикаментозной терапии. 8) Грим для интервьюирования в клинических целях и для проведения интервью «зеркальные переживания».

*При лечении гримом в зависимости от состояния больного используются три варианта: гримирование лица, кистей рук или полностью фигуры. Возможна комбинация двух вариантов: маска на лице пациента и художественное оформление рук. Общий рисунок и тональность грима зависят от поставленной на сеансе задачи. Вследствие этого гримирование также подразделяется на три вида: пейзажное, лечебное кратковременного воздействия и лечебное долгосрочного воздействия. Причем при исполнении лечебных масок инициатива в выборе художественных форм исходит от художника, тогда как пейзажная маска подразумевает подсознательное давление психологического состояния модели на исполнителя (через тактильный контакт) и, по сути дела, определяет характер живописного изображения. Слово «модель» использовано умышленно, т.к. пейзажные маски наносятся и абсолютно здоровым моделям – как своеобразное произведение искусства, определение психологического типа личности и т.п. Для усиления эффекта грима следует учитывать значение цветов и областей лица. Области лица: 1) лоб – мыслительная деятельность; 2) нос – область физиологических потребностей (еда, питье, азартные игры и т.п.); 3) щеки – здоровье; 4) глаза – естественное состояние (веки, брови – для выделения глаз: гасить, подчеркивать эмоции); 5) подбородок – волевое начало (характер); 6) уши – чувственное начало. Цвета: 1) красный – крайнее возбуждение; 2) черный – нейтрализующий цвет (гасит все эмоции); 3) синий – пессимистично-рассудочный (чересчур трезвый и суровый); 4) голубой – холодный, успокаивающий, но не подавляющий; 5) розовый – романтический (цвет приятных мечтаний); 6) желтый – хорошее, теплое настроение; 7) оранжевый – радость; 8) оттенки коричневого (бежевый) – нейтральные тона, характерные для спокойного состояния; 9) белый – фоновый цвет (подчеркивает и выделяет нужные тона. Сам по себе нейтрализует личность (делает никакой); 10) зеленый – успокаивающий, придает устойчивое, ровное настроение. Краски, используемые в работе, зависят от варианта гримирования: лицо и кисти рук – театральный грим, фигура («скульптура») – гуашь.

Техника бодиарт-терапии при своей кажущейся простоте – довольно трудоемкий процесс. Достаточно сказать, что прежде чем использовать эту технику в амбулаторной практике с 1988 г., мы долго проводили ее апробацию в психиатрическом стационаре. Даже после стольких лет применения она чаще всего используется для подкрепления других способов психотерапии – гипноз, портрет, автопортрет, техника параллельного лечения родственников больных, лекарственная терапия судорожных и депрессивных состояний. Для бодиарттерапии необходимо сочетание в одном лице способностей художника, театрального режиссера и врача-психотерапевта. Таким образом, эта техника еще ждет своего мастера.

Значение бодиарттерапии определяет общая атмосфера текущего времени в зале-мастерской, в частности характеристика, состояние и потребность каждого пациента. Сеансы бодиарттерапии варьируются в зависимости от круга жанров; функции, которую призваны выполнять, принципа использования цветовой гаммы и технологии выполнения, предпочтительного типа бодиарттерапии и сценария сеанса, наконец от конкретного исполнителя.

Используемые краски. На сеансах бодиарттерапии применяется обычный театральный грим, гуашь и акварель. Поскольку в гриме предусмотрен стандартный набор цветов, нюансировка достигается смешением тонов, причем палитрой служит чаще всего рука бодиарттерапевта. В качестве вспомогательного средства употребляется обычный косметический набор, сухие тени, пудра, румяна, но не всегда по косметическому назначению.

Инструментарий и способы нанесения красок. Лучшие инструменты при нанесении грима - это десять пальцев рук. Для широких мазков используются первые четыре пальца, а мизинцем проводятся линии. Нанесение грима пальцами дает пациенту тактильные ощущения на протяжении всей процедуры. Использование рук вместо живописной кисточки к тому же удобно при нанесении симметричного грима, когда краски накладываются одновременно с обеих сторон лица одинаковыми пальцами. После рук самый

употребительный инструмент – кисти различных размеров. Они удобны при тонком подведении глаз, бровей, губ, для грима с изящными линиями. Совершенно необходимыми компонентами являются кремы-основы для нанесения грима и кремы (либо молочко), снимающие грим.

Процедура. Пациента предупреждают о предстоящем сеансе бодиарттерапии за несколько минут до его начала. После этого он усаживается близко перед зеркалом, при хорошем освещении, чтобы наблюдать всю процедуру от начала до конца. Сотрудник, наносящий грим, располагается чаще всего за спиной сидящего пациента, реже сбоку, но всегда так, чтобы пациент не переставал видеть себя в зеркале. Поза пациента должна быть расслабленная, голова опирается затылком в сотрудника.

Предварительной процедурой на сеансе является массаж лица. Потом наносится тон на все лицо включая веки, равномерно, для образования «чистого полотна», на котором будет работать специалист. В ходе раскрашивания нет четкой последовательности отдельных частей (скажем, сначала лоб, затем глаза, затем щеки и т. п.). Порядок расцвечивания диктуется задачей, которую поставил гример, исходя из проблемы пациента в данное время. Обычно наиболее эффективная длительность выдерживания уже готового грима на лице – около получаса. После выдерживания грима, т.е. всматривания, вживания в него пациента, делается опрос, который может перейти в беседу с элементами рациональной психотерапии, с письменной фиксацией высказываний пациента.

Автопортрет создается двумя способами: а) сотрудник наносит грим на лицо пациента по его указаниям; б) пациент сам раскрашивает свое лицо. Грим-портрет выполняется психотерапевтом. Наиболее характерная его черта состоит в том, что сотрудник при грим-портретировании обычно находится за спиной пациента и таким образом наносит грим как бы двойнику пациента, видимому в зеркале. Бодиарттерапия, грим-портрет и грим-автопортрет возникли в параллель скульптурному портрету и

автопортрету. Что касается жанровой принадлежности скульптуры, голова это, бюст или статуя, то ее выбор зависит от вида психического расстройства. Например, статуя чаще выполняется при дисморфофобических расстройствах, связанных не только с лицом, но и с телом пациента.

После фиксации впечатления пациента и диалога с партнерами грим снимается вазелином, нанесенным на ватку. Снятие грима может стать поводом для повторного массажа лица, более интенсивного. Считается, что грим после снятия некоторое время еще продолжает терапевтическое действие, поэтому мы рекомендуем после сеанса не умываться в течение нескольких часов. Ватки, на которые переходит снятый грим, заворачиваются в бумагу и выбрасываются в проточную воду.

К сказанному надо добавить, что загримированному пациенту часто хочется переменить зеркало, чтобы посмотреть на себя в другом ракурсе и освещении. Иногда пациенты рассматривают себя издали. Опыт показал, что для ряда пациентов взгляд на некотором отдалении способствует эффективности грима. Мы рекомендуем также отойти на некоторое время от зеркала, не смотреть на себя, а потом вновь подсесть к нему. Это способствует лучшему усвоению бодиарт-портрета. Далеко не последнее значение имеет реакция окружающих на раскрашенное лицо пациента. Комментарии окружающих (пластические зеркала), особенно положительные – «какой красивый», «как посвежели», «насколько лучше видны черты лица», – производят действие групповой психотерапии. После снятия грим-маски, особенно если она была яркой и необычной по окраске, пациент некоторое время вглядывается в свое отражение, а врач повторно спрашивает его о впечатлениях. Помимо работы над лицом (маска) проводятся сеансы, на которых выполняется грим-полубюст (женщинам) и грим-бюст (мужчинам), а также статуя в полный рост. При этом всегда начинают с раскраски лица, а потом переходят на шею, плечи.

Процедура бодиарттерапии, которая сформировалась не только в нашей практике психотерапии, но и под влиянием антропологов, искусствоведов,

философов, театральных и телевизионных гримеров, профессиональных парикмахеров и визажистов, весьма сложна, а некоторые направления нуждаются в развитии. При экономности в средствах и быстроте достижения эффекта он может привести и к отрицательным неконтролируемым последствиям. Поэтому представляется слишком поспешным применение этой техники специалистами, которые узнали о нашем институте из телевизионных передач и популярных статей корреспондентов газет и журналов за последние годы.

Вместе с тем пациенты, говоря о своей маске, о своем измененном зеркальном двойнике, описывают совершенно другой образ, с новыми желаниями, чувствами, переживаниями, характером. Как правило, это тот образ, к которому стремится пациент, кем он хотел бы быть. Часто после снятия грима остается чувство радости вместе с приятной усталостью, сонливостью. Повышается также уровень внушаемости пациентов. Так, весьма типично пациентка Г. Б. Аракеловой сказала: «Знаете, то, что вы мне сейчас говорите, мне говорили многие, но сейчас это как-то «проходит» в меня, принимается, «лекарство» действует». Профессиональные гипнотерапевты, которые отказывались работать с нашими психотиками из-за плохой внушаемости этой категории больных, отмечали неожиданные для себя успехи при совмещении с бодиарттерапией.

Грим как техника, связанная с изменением лица, действуя по законам праздника, изменяет внутреннее состояние, возможно, в трех смыслах: во-первых, это праздник как таковой, снимающий накопившееся эмоциональное напряжение, «очищающий» болезненные, стрессовые «наслоения»; во-вторых, единственно возможным способом выведенный из зеркала пациент становится открытым, как отмечалось, к непрерывному диалогу; в-третьих, человек в маске, подобно участнику карнавала, претерпевает изменение личностной структуры. Изменения эти, как и при возвращении к будничной жизни после праздника, возможно, имеют два направления: а) обновление, или возврат к старому порядку с некоторыми чертами нового, б) коренная

перестройка структуры личности с сохранением изменений, полученных на сеансе празднике, переход этих изменений в будничную жизнь. Все эти предположения требуют дальнейшей разработки на клиническом материале. Однако уже сейчас ясно, что техника грима в ряде случаев дает изменение личности, то есть «я» в гриме и «я» после грима – неравнозначные, несколько отличающиеся друг от друга состояния.

Так, пациентка с апатией, вялостью и с недоверием к лечению радостно воскликнула в гриме: «Это же я! Это мое лицо, неужели вы не видите, это мое здоровое лицо!» После серии сеансов бодиарттерапии (один этап) это ощущение укрепилось и сохранилось в течение полугода. Мать больной шизофренией Н. Р., женщина скромная и сдержанная, физик по профессии, после нанесения ей весьма яркого грима приглашенным нами специалистом из театра вызвала врача и воскликнула: «Г. М. , вот такой я была до болезни дочки!» Она ушла домой в маске.* На следующем сеансе наблюдалось заметное улучшение состояния больной, – но это уже проблема параллельного лечения опекунов душевнобольных, имеющая свою теорию. Заметим также, что у загримированных мы никогда не наблюдали продуктивных расстройств, «человек из зеркала» на редкость адекватен. Интересно, что ощущение здоровья сохраняется некоторое время и после снятия грима.

Таким образом, бодиарттерапия, принципиально сходная с другими методами маскотерапии, имеет и важные особенности, позволяющие надеяться на применимость этой техники как самостоятельного вида лечения. Это, во-первых, большая интимность в работе с пациентами, постоянный тактильный контакт, при котором быстрее разрушается психологический барьер между пациентом и врачом-гримером, а процессы переноса и контрпереноса осуществляются с редкой быстротой и эффективностью.

Второе преимущество – техническая простота исполнения и игровая природа лечения, что позволяет эффективнее расшатать основной синдром заболевания, преодолеть фиксацию на болезненных переживаниях. Достиже-

*Случаи ухода домой пациентов и опекунов в яркой маске не единичны. Мы обычно не возражаем, если это женщины.

Ние временного или стабильного улучшения состояния, создает некое нравственное «окно», «просвет» в болезни; это позволяет нашим пациентам отдохнуть и набраться сил в борьбе с недугом, мобилизовать естественные защитные силы. В то же время бодиарттерапия служит катализатором лекарств, средством преодолеть резистентность к ним. А это в свою очередь приводит к минимизации дозировок, к щадящей лекарственной терапии.

Итак, бодиарттерапия, с одной стороны, базируется на основных принципах маскотерапии, на представлении об архетипическом зеркальном двойнике человека, а с другой стороны, имея многие черты хеппенинга, позволяет ввести человека в атмосферу праздника с последующей структурной перестройкой личности, что приводит к разрядке, разрешению внутриличностных конфликтов, снятию напряжения, избавлению от болезненных изменений. Эффективность метода очевидна, но остается открытым вопрос об окончательном излечении пациентов, о стойкости положительных изменений, выработке достаточно прочных защитных психологических механизмов.

4.3. Групповая психотерапия «беседы у костра»

В зале-мастерской Института с его простой архитектурой и необычным дизайном объединены скульптура и живопись (как в их обычном смысле, так и бодиарт-живопись по живому лицу и телу пациента), музыка и движение под музыку (ритмопластика), кино, фотография, иногда поэзия и пение; представлен здесь также театр и его режиссерское решение – создание скульптурного портрета и, самое главное, способ групповой психотерапии. Однако для нас наиболее важен эффект, который достигается сочетанием этих различных искусств, зависящим от состояния главного действующего лица – больного, от его индивидуальных особенностей. Изменчивость форм и стилей общения подобна подвижности и изменчивости пламени костра,

потому такой способ психотерапевтического общения и назван «беседы у костра».

К началу работы в мастерской собирается много людей. Это больные, занятые лечебным портретированием и работающие над автопортретами, участвующие в психодраматических этюдах и выполняющие ритмопластический тренаж, пришедшие на урок рисования, проходящие процедуру массажа или бодиарттерапии, сотрудники института, студенты-практиканты, операторы и фотографы, родственники больных. Работа над портретами ведется не только в присутствии третьих лиц, но и при их прямом или косвенном участии. Здесь нет суматохи типовой клиники или же элитарности нетрадиционных медицинских служб. Больным уютно, а врач не издерган требовательными родственниками больных и нескончаемым потоком страждущих. Больные ходят или сидят, разговаривают с сотрудниками или между собой. Все это происходит совершенно естественно, они просто живут «здесь и сейчас», не воспринимая все происходящее как некую «групповую работу». Все вовлечены в живой творческий процесс, в центре которого – работа над портретом.

Стоит упомянуть об одном из важнейших принципов работы нашего института – принципе «открытых дверей». Сюда войти и отсюда выйти может каждый, когда захочет. Нет установленных ролей, нет четкой грани «врач – больной». Отсутствие жесткого регламента, поведенческих норм, естественной для ортодоксальных клиник субординации – все это тоже групповая психотерапия, о которой никто не задумывается и не подозревает. Никто, кроме врача-скульптора, вокруг которого и по замыслу которого она совершается. Как уже отмечалось, часть родственников наблюдает за происходящим из прихожей, другие опекуны – родители, муж, жена, сестры или брат – подсаживаются к работающим над автопортретами и помогают своим близким, высказывая свое мнение о качестве работы, о сходстве портрета с оригиналом.

Очень часто родственники больных сами начинают работу над

собственным портретом. Наблюдающие за занятиями ритмопластикой, особенно когда делаются упражнения для кистей рук и пальцев, часто повторяют и стараются усвоить эти упражнения для себя. Малолетние дети больных становятся рядом с папой или мамой, чтобы вместе заняться ритмопластическим тренажем. Мать или отец помогают физически недоразвитой девочке выполнять сложные упражнения. Образуются и маленькие «беседы у костра». Кто-то из пациентов дает интервью видеооператору, а другие пациенты или гости подсаживаются и выступают с комментариями.

Скульптурная драма сравнима скорее всего с театром, в котором не режиссер «умирает» в актере, а наоборот. Именно такое смещение акцентов позволяет объяснить психотерапевтическое воздействие сеанса на присутствующих при строгом соблюдении идеи раскрепощенности. От режиссера-врача требуется тонкая сбалансированность действий, чтобы не разбить иллюзию свободы, держа при этом все «ниточки» действия в своих руках. Это один из принципов жизни института, некая раз и навсегда заданная установка на общение без приоритетов. И потому не сразу понимаешь, что врач за мольбертом – не только участник, но и режиссер этой казалось бы спонтанно рождающейся каждый раз сцены, ее каркас, и от его аналитического взгляда не ускользает ни одна деталь происходящего.

Хеппенинг. * По мнению Л. А. Абрамяна, «Метод психотерапевтического грима несет в себе много черт, присущих ритуалу-хеппенингу первобытной церемонии, из которой в дальнейшем развился театр» (Назлован, 1994, с.110). Во время хеппенинга его участники ничего собственно не «переживают» в смысле зрителей театрального представления (Abrahamian, с.469): событие происходит «здесь и сейчас», участники переживают некое чистое действие в процессе ритуала. При этом происходит, по-видимому, некоторая нервная разрядка, подобная эффекту компенсаторных воздействий (точнее, переадресованной активности), изучаемых в этнологии (Хайнд, с. 449-500).

*Название дано Л. А. Абрамяном.

На реконструируемом первопроднике к указанному психотерапевтическому действию от совершения ритуала прибавляется еще и непосредственная эмоциональная разрядка, так как праздник этот тесно связан с основными чувственными проявлениями человека. «Психофизиологическое воздействие ритуала на человеческий организм играет большую роль в функционировании праздника. Периодическая разрядка накопившегося нервного напряжения, реализующаяся во время эмоционального праздника, по-видимому, не последняя причина стойкости праздничных традиций у всех народов мира» (Абрамян, 1983, с. 65-66). С. Н. Давиденков говорит даже о некоем всеобщем страхе в первобытном обществе. Этот страх, порождающий что-то вроде коллективного невроза, основан не на мнимых патогенных опасностях, «угрожающих» жизни невротика, а на реальных опасностях, подстерегавших всюду первобытного человека. Но напряжение может значительно ослабеть (и даже исчезнуть вовсе), если совершить соответствующий ритуал, как считает ученый, исследовавший психотерапевтическое действие ритуалов (Давиденков).

Грим, будучи некоторым архаическим ритуалом, вводит пациента в состояние первопродника. Совершается почти мгновенный переход из будничного состояния в празднично-карнавальное. И поскольку изменения касаются лица, главной и непосредственно воспринимаемой части личности, то и происходят они на личностном уровне.

Но если обычно праздник регламентирован и заранее подготовлен традицией, то грим – это «внушенный» праздник, неожиданный и неподготовленный. В некотором смысле «праздник без сценария» становится шоком для больного, когда с изменением лица – с утратой своего будничного «я» – совершается резкий переход из обыденного в особое состояние, сопоставимое с состоянием людей на карнавале и предполагаемое при первопроднике. «Законы, запреты, ограничения, определявшие строй и порядок обычной, некарнавальной жизни, на время карнавала отменяются: отменяются прежде всего иерархический строй и все связанные с ним формы

страха... всё, что определяется социально-иерархическим и всяким другим неравенством людей» (*Бахтин, 1965, с. 207-208*).

Таким образом, грим, неся в себе много черт хеппенинга и будучи по существу обрядом, способствует снятию напряжения, эмоциональной разрядке. Наши наблюдения показывают, что изменение лица неизменно сопровождается чувством свободы, выходом из одиночества, «разрушением» старого «больного» порядка, внутренней структуры застывшей в своей болезни личности.

Человек в маске, так же как участники карнавала, разрушает представление о себе самом, причем это не отрицающее разрушение. Оно несет в себе ростки нового, другого порядка. «Первопраздник – это возврат на мгновение в еще более древние времена, во времена Хаоса, но Хаоса готового к организации» (*Абрамян, 1983, с. 130*). Человек в маске – новый, другой, чем прежде, живет по законам карнавала, когда меняется все – манеры, тон голоса, поведение. Кроме того, практически все пациенты отмечают измененность состояния, какую-то особую сонливость, ощущение сна и бодрствования одновременно (без какого-либо словесного внушения сна). Так ведут себя и пациенты-модели при работе над скульптурным портретом. Когда происходит «присвоение» врачом текущего визуально-вербального образа пациента для творческого воплощения, проявление нового образа сопровождается у пациента смехом (неожиданные воспоминания из раннего возраста, ассоциации), зевотой, некоторые пациенты дремлют. Особенно часто это проявлялось у Виталия П., который в перерыве между сеансами, иногда в коридоре оставлял впечатление спящего на карауле солдата. Ему, как впрочем и всем людям, надо было «уснуть», чтобы пробудиться с новым лицом, выключить свет в спальне и проснуться обновленным на заре.

На первый взгляд, собравшихся людей нельзя называть группой. Нет никаких четко сформулированных для всех задач, нет явной установки на решение общей проблемы, да и состав участников все время меняется. Имеет

место не «драматургия», возникающая при канонической групповой работе, а поток событий, каждое из которых возникает здесь и сейчас. Тем не менее оказывается, что собравшиеся ведут себя как хорошо сформированная группа, у каждого отчетливое стремление открыто высказать свои проблемы и поддержать остальных. Многие знают проблемы друг друга, и улучшение состояния одного, его шаги к выздоровлению встречают заинтересованную поддержку остальных. Установка на здоровье создает неожиданный эффект – полную открытость группы. Новый человек входит в нее легко и естественно. Группа становится для больных моделью мира и отношений между людьми.* Происходит сложная множественная идентификация: сравнивают не только модель с портретом, сравнивают себя с моделью, себя с портретом модели, наконец, свой портрет и автопортрет с другими автопортретами. Пациенты начинают говорить о своих болезненных переживаниях в прошедшем времени. Создается поле обычной, живой, здоровой, «нормальной» жизни. Эта атмосфера как магнит притягивает наиболее тяжелых, ушедших в себя людей. Часть из них подсаживается, подходит ближе к «костру»: триаде врач – пациент – портрет. Окружение этой триады образует внутренний круг, «костер» прямо захватывает внимание сидящих к нему лицом людей, создает волшебную, способствующую открытости атмосферу.

Человек пришел с улицы, из заполненного огромным количеством людей метро, где чувствовал себя очень одиноким, и подошел к двери с надписью «Институт маскотерапии». Прошел через заполненную родственниками и ожидающими первого приема пациентами прихожую, где на стене устроена маленькая выставка - рисунки детей-пациентов. Заглянул в кабинет врача, где увидел другие произведения – отлитые в гипсе и выкрашенные бронзой портреты бывших пациентов, которые уже давно не ходят в Институт – работают, учатся, пишут стихи, растят детей, радуются жизни и не хотят

*Этот принцип совпадает с известными формами групповой психотерапии (см.: Групповая психотерапия, Групповая психотерапия при неврозах и психозах, Ялом).

вспоминать о кошмарных днях, проведенных в плену аутизма. Можно зайти и в соседнюю комнату, там третья выставка – фотографии, зафиксировавшие разные этапы работы над скульптурным портретом. Здесь можно посидеть в кресле или на диване, выпить чаю или кофе, поговорить с людьми, вряд ли различая сразу, кто из них пациент, кто его родственник, а кто сотрудник. Наконец мы подходим к залу-мастерской. Можно остаться зрителем в дверях, наблюдая со стороны самые разные эпизоды. Но скорее всего нас потянет в зал, где сразу станешь участником «бесед у костра», подсев к мольберту, у которого работает врач-скульптор с очередным пациентом-моделью. Взглянув на зеркальные стены, можно увидеть многочисленные отражения этих бесед. Но главное, что увидит входящий, – множество своих зеркальных двойников, которые в разных ракурсах принимают участие в театрализованном обряде. Так совершается волшебство синтеза в одном лице актера и зрителя, участника обряда и просто человека из повседневной, но пестрой жизни, которая получает свой импульс от «костра».

4.4. Обучение

Портретный метод психотерапии включает взаимозаменяемые и дополняющие друг друга в едином концептуальном узле авторские техники скульптурной терапии, скульптурного автопортрета и бодиарт-терапии. Обучение портретному методу производится в следующем порядке. Врач-стажер, психиатр по образованию, обращается с просьбой обучить нелекарственной терапии психических болезней. Сначала он проходит теоретический курс – печатные издания, лекции, семинары, фото и видео материалы. Затем ему предлагается вылепить скульптурный портрет одного из плановых пациентов в натуральную величину (техника скульптурной психотерапии) и попытаться преодолеть состояние патологического одиночества – центральной психопатологической проблемы. В этих целях на доске устанавливается масса из серого художественного пластилина и

стажеру дается пояснении, что портрет должен формироваться путем изъятия лишнего материала как на дереве или камне, а конечный результат должен соответствовать профессиональному уровню. Поставленный перед столь трудной задачей с первых минут работы, будущий врач-скульптор ощущает острую нехватку профессиональных знаний и навыков как в области психотерапии психозов, так и профессионального умения лепить. Именно в этом плане его рассматривают как невротизированную личность, испытывающую творческий кризис. Ему предлагают начать лечение с самого себя, помочь себе в преодолении страха перед ваянием, искусством бодиарт и нелекарственной терапией душевнобольных. В этих целях он начинает лепить собственный портрет – автопортрет. Для этого ему рекомендуют сесть перед зеркалом и начать работу с изготовления небольшой яйцеобразной формы с целью создать свой собственный образ. Когда работа доходит до предела возможностей врача-стажера, ему советуют закрыть этот промежуточный образ небольшими «лепешками» из того же пластилина, а затем изготовить новое «яйцо». Операция продолжается вновь и вновь, врач усваивает навыки лепки, воспроизведения деталей лица, пока пластилиновая масса не доходит до натуральной величины. Для более эффективного преодоления творческих барьеров он использует элементы бодиарт-терапии с нанесением психотерапевтического грима на собственное лицо и на лицо пациента. За все это время врач-стажер не прекращает работу в рассматриваемом русле над портретом своего пациента. Когда автопортрет в натуральную величину и портрет пациента доходят до предела возможностей врача стажера, работу над его портретом продолжает опытный врач-маскотерапевт. Его роль ограничивается работой над продолжением портрета врача. В процессе лепки портрета стажера, совместного творчества происходит передача опыта психотерапии психических заболеваний и мастерства скульптора. Причем к скульптурному портрету пациента он не подходит и в лечебную работу стажера не вмешивается, чтобы не ущемить его авторитет перед больным и опекунами. После того как оба портрета

успешно завершаются и проходят сложную процедуру признания, экспертизы, стажеру разрешается использовать метод скульптурного портретирования, метод скульптурного автопортрета и психотерапевтического грима самостоятельно.

Глава 5. Эффекты и эффективность маскотерапии

Маскотерапия – комплекс методов диагностики и лечения психических расстройств, основанный на триадной структуре психотерапевтического взаимодействия (врач – пациент – скульптурный портрет).

Актуальность проблемы исследования обусловлена необходимостью повышения эффективности лекарственной терапии психозов, которая по нашему убеждению невозможна без учета индивидуальных качеств врача, его включенности в терапевтический процесс. Не стоит также забывать, что структура и атмосфера современных психиатрических учреждений сформировалась задолго до внедрения психотропных препаратов. Поэтому мы рассматриваем каждый кабинет или отделение как место действия врача и персонала, как место проведения индивидуальной и групповой психотерапии. У нас есть основания утверждать, что не существует психофармакологических препаратов, которые трансформируют болезненное структурное образование (синдром) в здоровое вне непосредственного участия врача, без его помощи больному.

В то же время ни психодинамическая, ни рациональная, ни поведенческая, ни когнитивная, ни клиентцентрированная, ни гештальт-терапия, претендующие на самостоятельное лечение психозов, не отвечают в полной мере трем важным для нас условиям. Во-первых, представители этих школ не определяют своего отношения к клинической традиции, хотя пользуются ее диагностическими критериями и способом назначения психотропных препаратов. Во-вторых, в рамках вербального терапевтического контакта одна часть пациентов-психотиков из-за проблем анозогнозии и негативизма не будет вовлечена в психотерапевтическую среду, а другая – может прервать лечение на любом из его этапов. В третьих, последователи этих направлений имеют дело лишь с определенным фрагментом лечебного процесса и вынуждены оговаривать условия применения приемов и техник психотерапии. Это не умоляет ценности найденных в процессе кропотливого поиска теоретических и прикладных идей, однако оставляет их в зависи-

мости от устоявшихся представлений. Достаточно напомнить о попытках объединить психодинамический и клинический подходы от О. Блейлера до петербургского психотерапевта В. Д. Вида (*Блейлер; Вид*). Последователи Ж. Лакана, доминирующего во Франции направления, не ставят перед собой таких целей, однако на многочисленных клинических разборах в психиатрической больнице г. Премонтре, участниками которых мы были в 1990 г., использовалась клиническая терминология, а при лечении – принятые повсеместно стандартные схемы нейрорептиков. То же самое мы наблюдали в клинике профессора С. Шина в г. Сеуле, где психотерапия строится на чайной церемонии, а действующим фактором являются иатромузыка и поэзия.

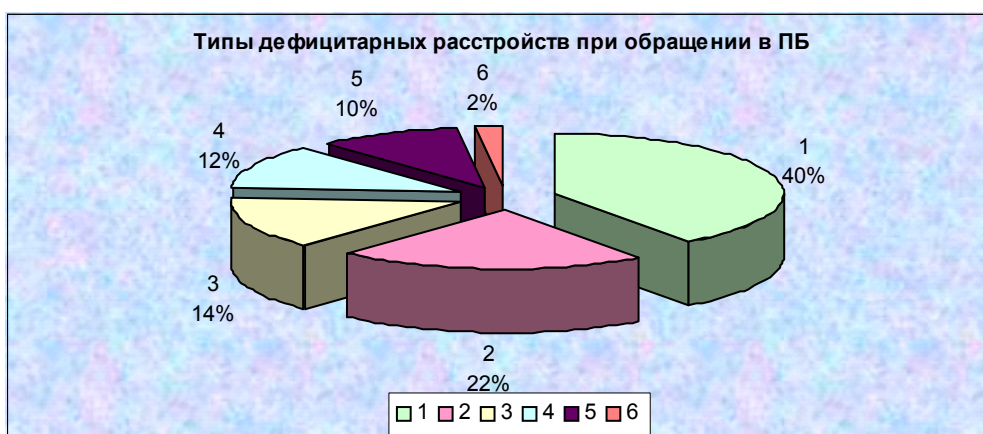
Сторонники арт-терапии, на наш взгляд, также не способны самостоятельно планировать лечебный процесс от его начала до завершения, поэтому оптимальным местом применения этих техник являются учреждения психиатрического профиля. «Не очень убедительны – считает В. Лаутербах, ссылаясь на объемную экспертизу К. Граве и сотрудников, – исследования эффективности терапии искусством, танцевальной или музыкальной терапии. Все три вида психотерапии не рекомендуется применять как самостоятельные» (*Лаутербах*, с. 34). В этом же исследовании авторы считают недостаточно доказанной эффективность «эйдетической терапии, терапии по Юнгу, логотерапии, нейролингвистического программирования, терапии поэзией, первичной терапии по Янову, ребефинга, трансцендентальной терапии..., даэйнанализа, биоэнергической терапии, кататимных образных переживаний по Лейнеру, индивидуальной терапии по Адлеру и транзактного анализа..., прогрессивной релаксации, аутогенной тренировки, психодрамы, гипнотерапии и йоги» (там же, с. 35).

Актуальность исследования обусловлена еще и тем, что, обладая мощными средствами биохимического воздействия, практическая психиатрия не добивается сколько-нибудь существенных результатов при лечении так называемых эндогенных психозов – лекарственная терапия психозов эффективна, но не эффективна. Это можно объяснить отсутствием

психотерапевтической атмосферы в современных больницах, не достаточно продуманным интерьером, формальным характером взаимоотношений врачей, персонала и душевнобольных. Однако речь идет не об отсутствии психотерапии в учреждениях лекарственного профиля, а о наличии стихийной и недостаточно продуктивной психотерапии психических расстройств.

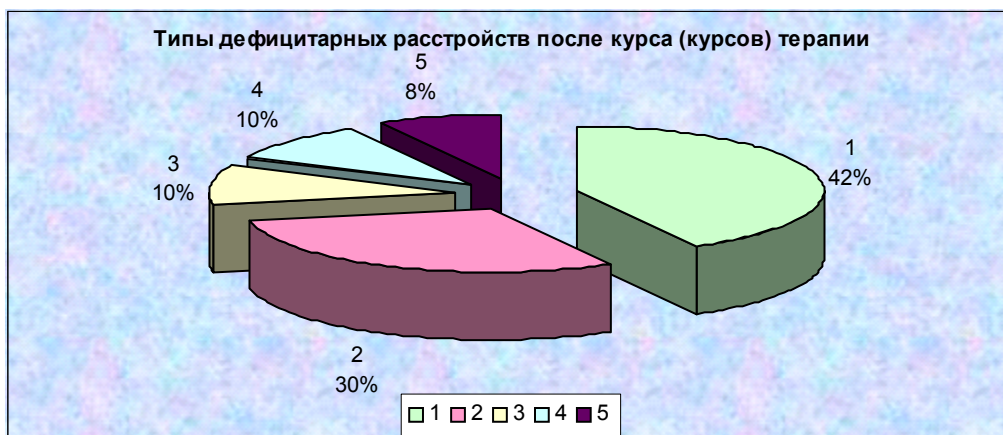
У нас есть опыт консультаций более трехсот случаев шизофрении параноидной, проведенных известными специалистами в нашей области (М. И. Рыбальский и А. Г. Гофман в 1978-80 гг., А. С. Тиганов в 1983, А. А. Меграбян в 1980-84 гг., Р. Г. Голодец, М. С. Вольф в 1985-87 гг., А. И. Белкин в 1987-90 гг.) и многочисленные интервью с практическими врачами, подтверждающие это мнение. Мы также провели статистическое исследование катamnестических данных одной из ведущих психиатрических больниц Московской области по общепринятым критериям (коды негативных расстройств, типы ремиссий, оценка трудоспособности и оценочные шкалы PANSS). На диаграммах можно увидеть, что применение таких известных препаратов как галоперидол, трифтазин и мажептил в условиях стационара привело лишь к суммарному ухудшению состояния пациентов.

**Типы негативных (дефицитарных) расстройств при обращении в ПБ
диаграмма 7**



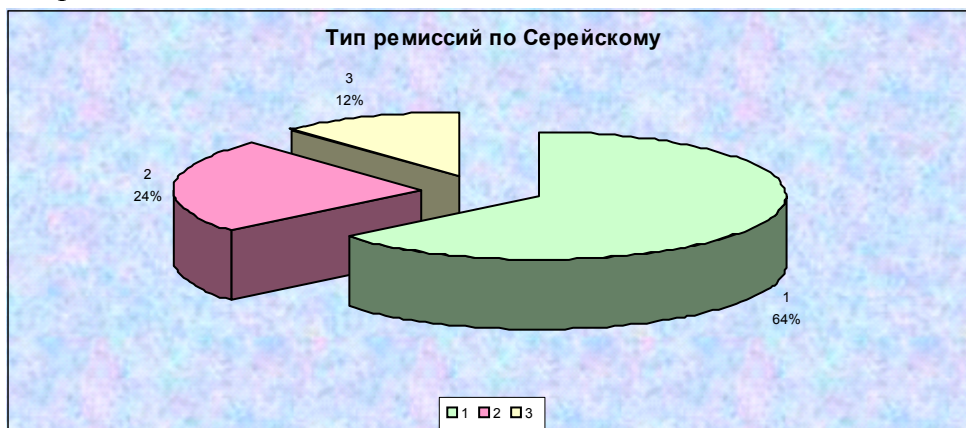
№	Кол-во	Классификация
1	20	Аутизация с богатством внутреннего мира Отсутствие негативных изменений Аутизация стеническая
2	11	Изменения, незаметные лицам ближайшего окружения
3	7	Чужачество, парадоксальность
4	6	Аутизация с обрушением эмоций

Типы дефицитарных расстройств после курсов терапии
 диаграмма 8



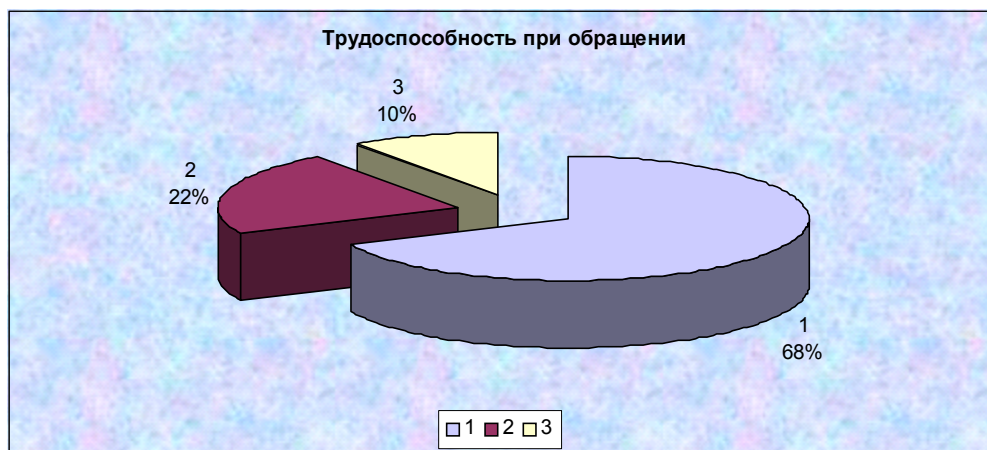
Мы видим, что по кодам негативных расстройств аутизация стеническая увеличилась после лечения на 2%, а «чужачество, парадоксальность» (30 % вместо 14 %) вытеснила более легкую форму «изменения незаметные ближайшему окружению» (10% вместо 22%).

Трудоспособность при обращении в ПБ
 диаграмма 9



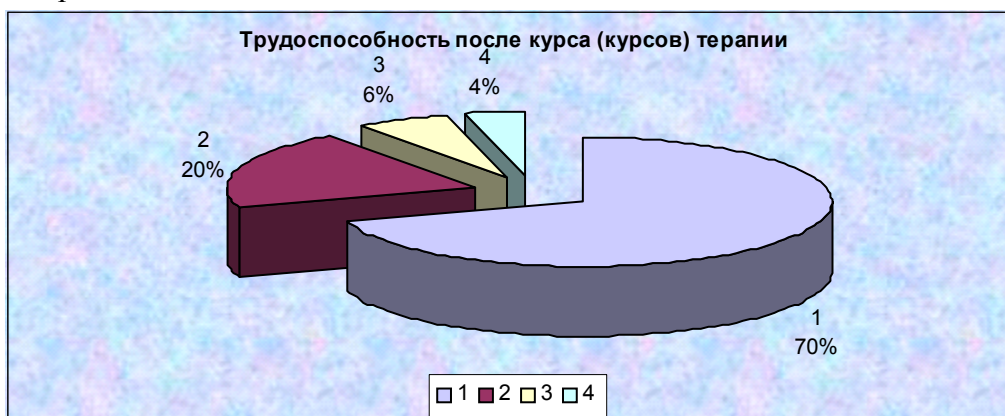
№	Кол-во пациентов	Тип ремиссии
1	32	С
2	12	В
3	6	Д

диаграмма 10



№	Кол-во пациентов	трудоспособность
1	34	Полная стойкая утрата трудоспособности (II группа)
2	11	Временно утрачена
3	5	Частичная стойкая утрата трудоспособности (III группа)

диаграмма 11



№	Кол-во пациентов	трудоспособность
1	35	Полная стойкая утрата трудоспособности (II группа)
2	10	Временно утрачена
3	3	Частичная стойкая утрата трудоспособности (III группа)
4	2	Полная стойкая утрата с необходимостью постоянного ухода и надзора (I группа)

То же самое наблюдается и при анализе трудоспособности. Вторая группа инвалидности увеличилась на 2%, появились пациенты первой группы инвалидности (4%) за счет уменьшения III группы на 4 % и временной утраты трудоспособности на 2%. Доминирующей группой до и после

лечения остаются больные второй группы инвалидности – 68 и 70 % соответственно.

По шкалам позитивных симптомов можно наблюдать незначительное уменьшение выраженности расстройств. По шкалам негативных симптомов сдвиг в отрицательную сторону более заметен. По шкалам общих симптомов в шести случаях можно наблюдать всплеск патологической активности в остальных случаях изменений нет.

диаграмма 12



диаграмма 13

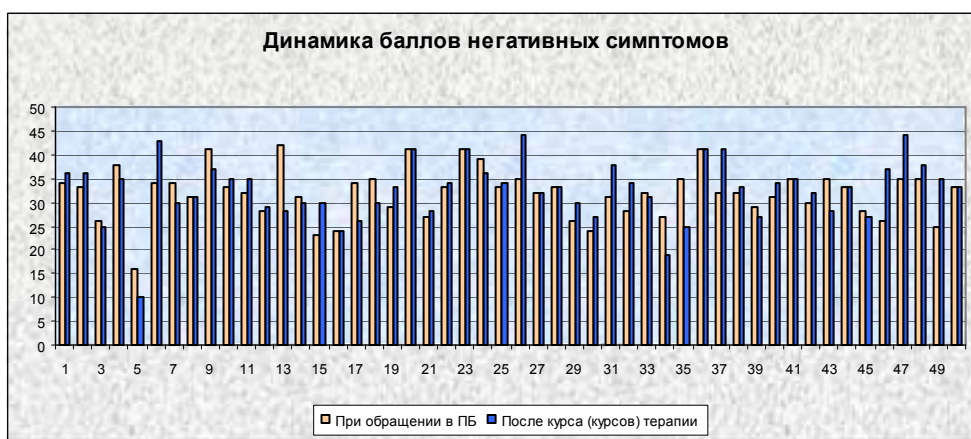
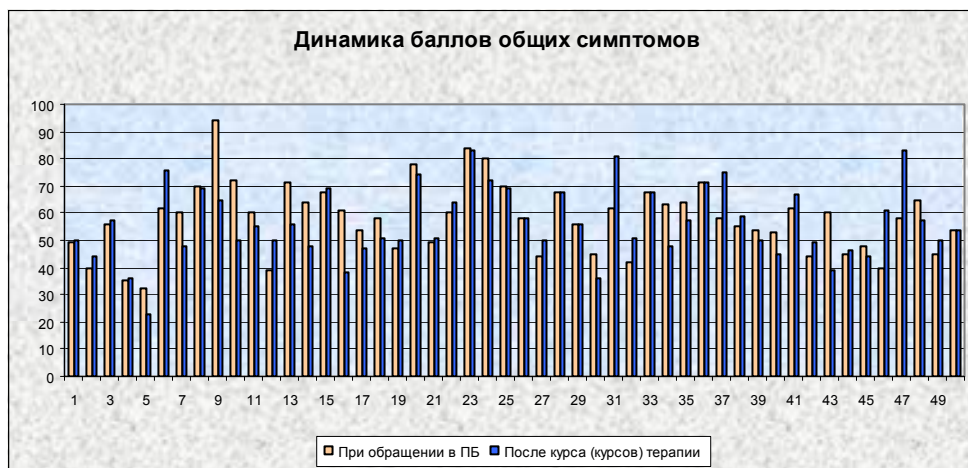


диаграмма 14



Таким образом, являясь неотъемлемой частью психиатрической практики, психотерапевтическая составляющая лечебного процесса должна на наш взгляд развиваться в русле актуальных проблем клинической психиатрии, в том числе и в направлении преодоления негативных нарушений психики.

5.1. Характеристика и параметры исследуемого материала

Новые методы диагностики и лечения психических заболеваний сформировались не только на основе проведенных нами теоретических исследований, но и в процессе работы в психиатрических стационарах, где осуществлялись их апробация и усовершенствование. Именно в ходе практической лечебной работы была доказана польза портретного метода для пациентов этих учреждений, оказано содействие их лечению. Анализ эффективности маскотерапии методом статистического процентного сравнения является составной частью нашей работы. Исследование архива Института маскотерапии разделяется на три последовательных этапа.

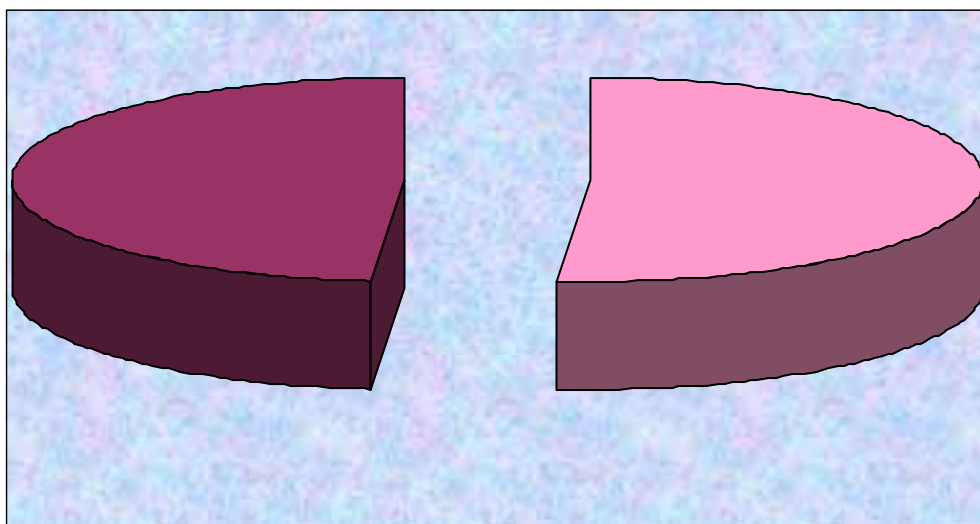
I этап. Из общего количества историй болезни находящихся в Институте маскотерапии (322) были отобраны 175 наиболее полных и показательных по диагнозам, с которыми обращались в Институт маскотерапии пациенты.

Все расчеты как числовые, так и процентного порядка получили выражение в графиках, диаграммах и таблицах. Расчет производился из предпосылки, что 175 пациентов = 100 %.

На основе процентного статистического анализа мы получили следующие данные:

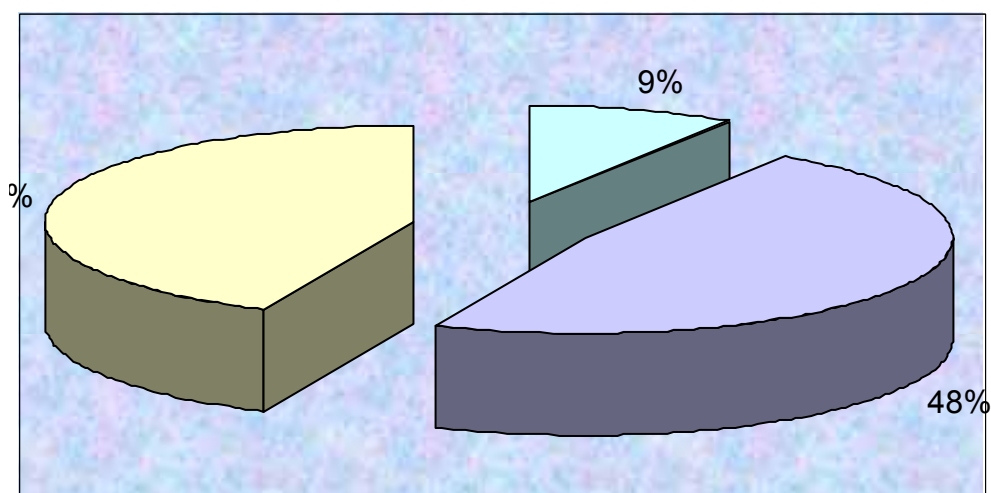
-из 175 пациентов по признаку половой принадлежности – 90 (51 %) женщин, 85 (49%) мужчин;

диаграмма 15



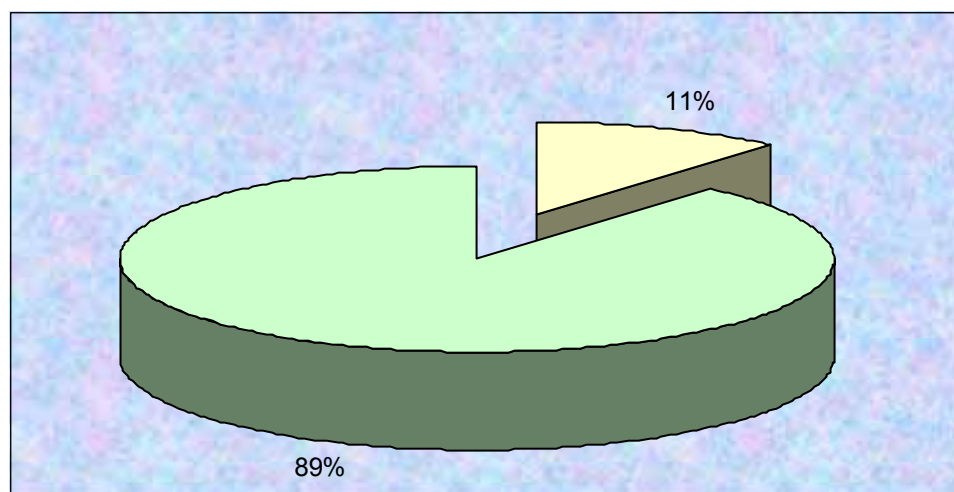
-по параметру возраста начала заболевания детский – от 1,5 по 11 лет 16 (9%), пубертат с 12 – 19 лет 83 (48 %), старше 20 лет 76 (43%);

диаграмма 16



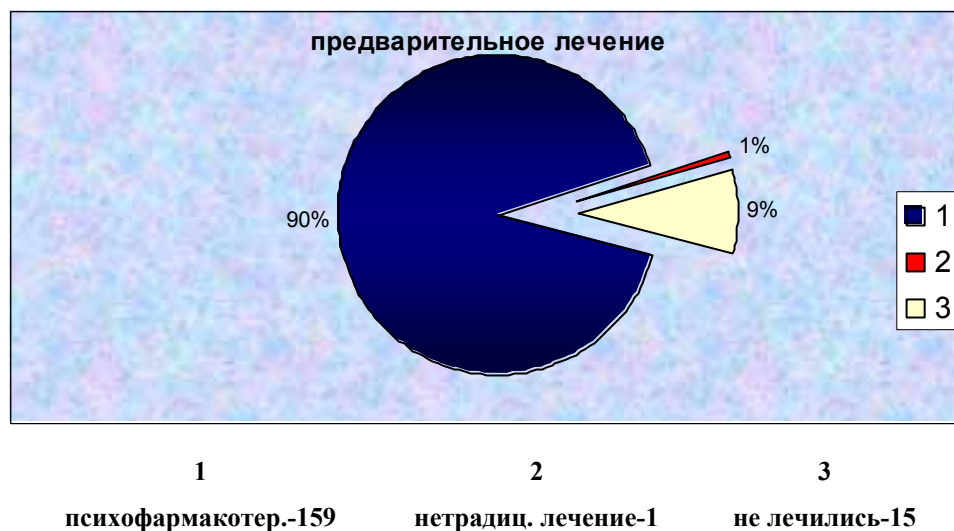
-по параметру возраста поступления на лечение в Институт маскотерапии - пубертат с 12-19 лет 20 пациентов (11 %), старше 20 лет 155 пациентов (89 %);

диаграмма 17



-по параметру типа лечения до поступления в Институт маскотерапии. Психотерапия как в условиях стационарного, так и амбулаторного лечения прошли 159 пациентов (90%), нетрадиционное лечение 1 пациент (1%), до обращения в Институт лечения не получали 15 пациентов (9%);

диаграмма – 18



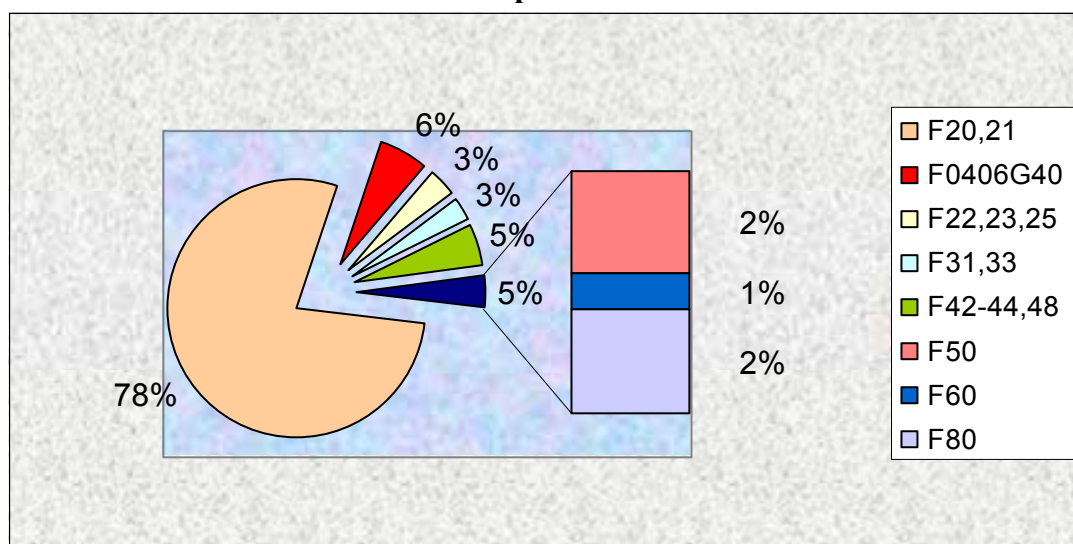
-по параметру диагноз при поступлении в Институт маскотерапии мы использовали для обозначения диагноза шифры по МКБ-10, разделы F и G (Чуркин, Мартюшов);

*Для классификации разделов диагностических категорий и обозначения нозологических единиц нами использованы шифры МКБ-10. Диагностическая группа F 20-29 разделены нами на две части – F 20 и F 21 объединенное в одну группу

«шизофрении», поскольку F 21.3 и F. 21. 4 классифицируется как «вялотекущая шизофрения (соответственно неврозоподобная и психопатоподобная). F 22 – 29 составили другую группу.

-по параметру клинический диагноз мы получили следующие показатели: а) шизофрения – 137 пациентов (78%);* б) органическое заболевание головного мозга – 11 пациентов (6%); в) шизотипические и бредовые расстройства – 6 пациентов (3%); г) невротические, связанные со стрессом и соматоморфные расстройства – 9 пациентов (5%); д) поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами 3 пациента (2%); е) расстройства личности и поведения в зрелом возрасте – 1 пациент (1%); расстройства психического развития – 3 пациента (2%).*

диаграмма 19

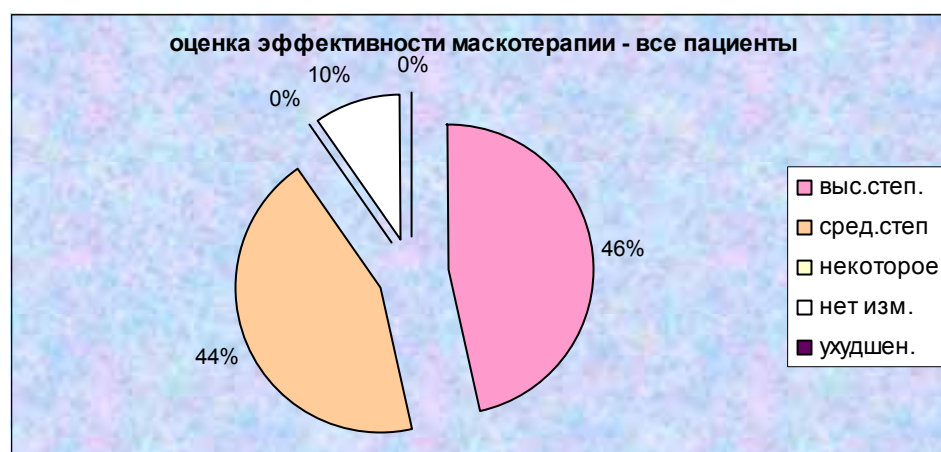


-по параметру «оценка эффективности» маскотерапии вся совокупность (175) на первом этапе анализа получили только общую классификацию: высокая степень улучшения – 81 пациент (46 %); средняя степень улучшения – 77 пациентов (44 %); никаких изменений – 17 пациентов (10 %).**

*Следует сделать следующее уточнение: а) диагностические группы F 04, F6 и G 40 нами объединены в один подраздел – органические заболевания головного мозга; в) остальные диагнозы распределены в соответствии с их группой. В целом мы имеем следующие диагностические группы: F 20, F 21 – шизофрении; F 04, F 06, G 40 – органические заболевания головного мозга; F 22, F 23, F 25 – шизофренические и бредовые расстройства; F 31, F 33 – аффективные расстройства; F 42, F 43, F 44, F 48 – невротические, связанные со стрессом и соматоморфные расстройства; F 50 – поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; F 60 – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте; F 80 – расстройства психического развития.

**Оценочные категории Пенсильванского проекта (*Luborsky, Crits-Christoph* и др.)

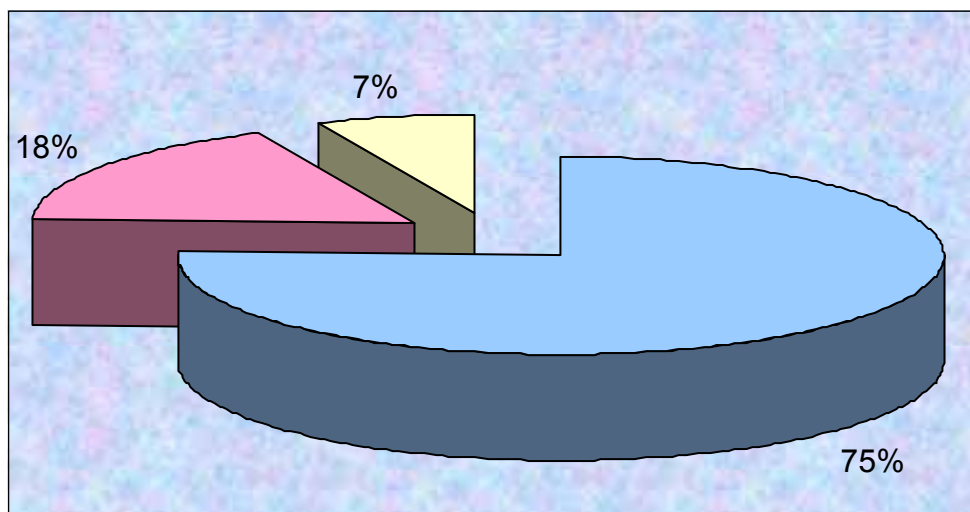
диаграмма 20



Высокая степень улучшения	Средняя степень улучшения	Некоторое улучшение	Никаких изменений	Ухудшение
81	77	-	17	-

На II этапе анализа отдельно рассматривается диагностическая группа психических заболеваний относящихся к категории «шизофрения». На основании вышеприведенных данных, очевидно, этот диагноз составляет наибольший процент – 78%, т. е. 137 пациентов. Из них: шизофрения параноидная (F 20.00, F 20.01) – 104 (75 %), вялотекущая невротоподобная и психопатоподобная 24 пациента (18%); остальные типы шизофрении в совокупности составили 9 пациентов (7 %).

диаграмма 21



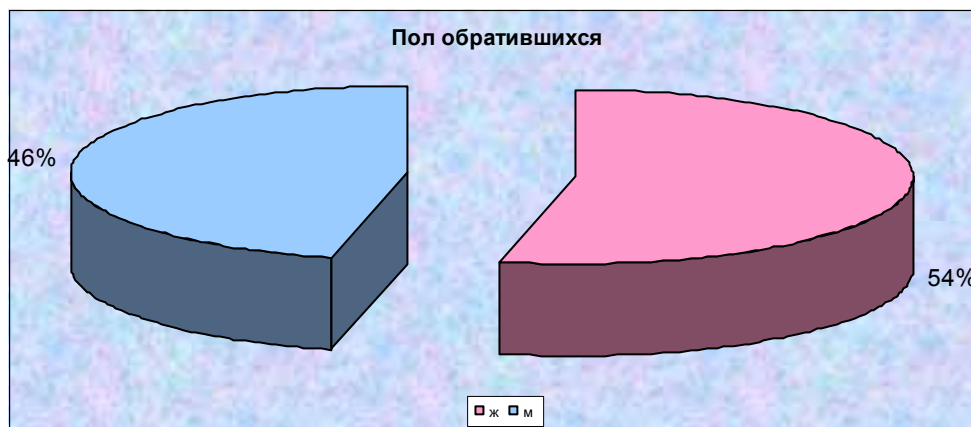
Таким образом, нозологические единицы F. 20. 00 и F. 20. 01 составляет наиболее обширную группу, позволяющую более детально показать эффективность маскотерапии.

III этап. Из общего числа шизофрении параноидной по МКБ-10 (F. 20. 00), мы сформировали две модели для проведения процентного статистического сравнения результатов нашей практической деятельности. Первую группу составили все случаи параноидной шизофрении архива нашего Института, которые лечились методами маскотерапии и имели катамнез не менее пяти лет. Из общего списка (70) были исключены пациенты (в количестве 14), которые прервали лечение по разным обстоятельствам, перешли на технику автопортрета в домашних условиях или стали принимать лекарственное лечение. Здесь мы активно сотрудничали с диспансером или стационаром по месту жительства пациента. Оставшиеся в списке пациенты в течение более года до обращения к нам лечились в стационаре и диспансере стандартными дозами больших нейролептиков (в основном фенотиазины – от 20 до 40 мг. стелазина, бутирофеноны – от 15 до 30 мг. галоперидола), которые с момента поступления в наш Институт были сразу же отменены. Согласно американским методологам, эта группа уже сама по себе может служить контролирующим условием исследования (см.: Хиггинс).

Вторая группа была сформирована нами, как отмечалось, на базе одной из ведущих психиатрических больниц Московской области. Мы обратились к главному врачу этого учреждения с запросом об общем количестве первичных больных с диагнозом шизофрении параноидной и с просьбой рекомендовать нам эксперта-психиатра. Были выделены номера всех историй болезни с диагнозом шизофрения параноидная в количестве 4500, открытые за последние 15 лет. В результате *рандомизации* (каждый 64 номер) определилась контрольная группа в количестве 70 равная первоначальной группе наших пациентов. Из этого списка были исключены истории (16), где было зарегистрировано всего лишь одно поступление, пациенты перешли в другое учреждение и катamnестические сведения отсутствуют. Четыре истории болезни не отвечали критериям определения шизофрении параноидной. В частности у пациентов не была выявлена бредовая и галлюцинозная симптоматика. Анализ проводился опытным врачом-экспертом, сотрудником этого учреждения. Он же в качестве второго эксперта участвовал при оценке нашего материала. Мы безоговорочно приняли его оценочные суждения. Так простой слепой метод был приближен к двойному слепому методу при оценке нашего материала. Таким образом, заключения, которые делались в режиме сопоставления с двумя контрольными группами, могут считаться валидными (*Лаутенбах*, с. 31).

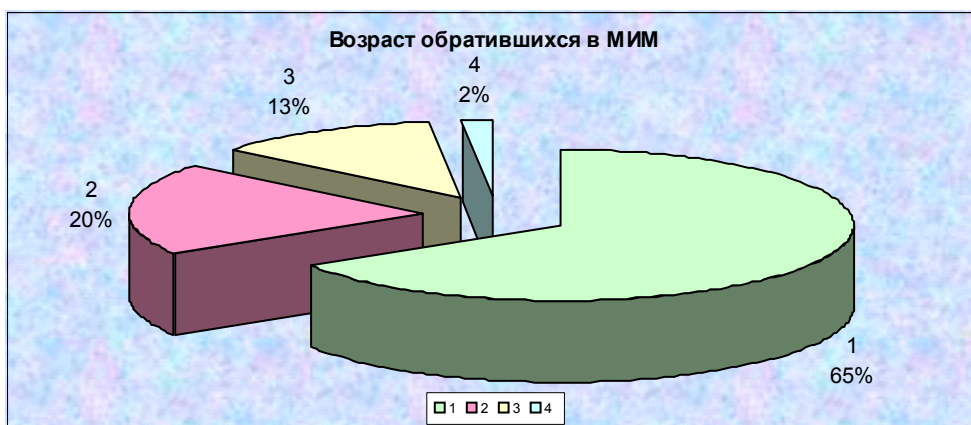
Однородность материала достигалась и по другим признакам. В обеих группах были: а) пациенты с диагнозом шизофрения параноидная по шифрам МКБ 10 (F 20.00; F 20.01); б) большая часть пациентов имела инвалидность III, II и I групп с выраженной негативной (дефицитарной) симптоматикой; в) одинаковое количество женщин (больше) и мужчин;

диаграмма 22



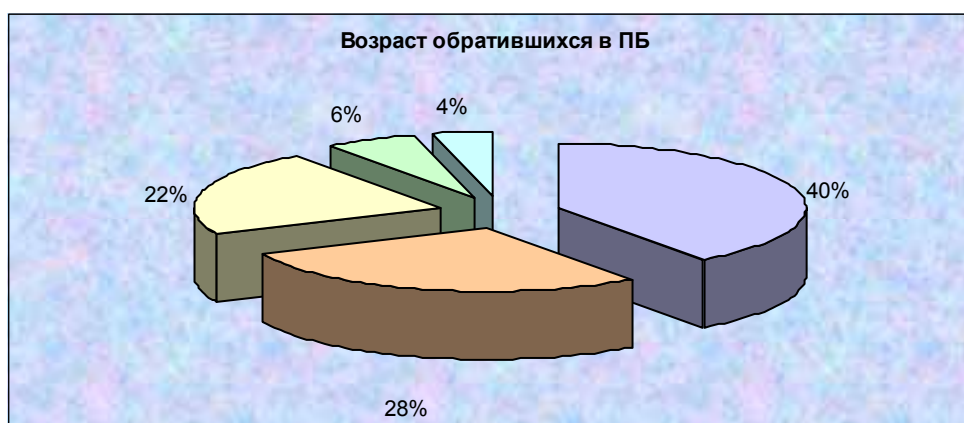
г) имеющие одинаковый социальный статус (городские жители чаще служащие); д) зрелого возраста, большая часть от 20 до 40 лет;

диаграмма 23



№	Возраст	Кол-во пациентов
1	21-30 лет	37
2	31-40 лет	11
3	16-20 лет	7
4	41-45 лет	1

диаграмма 24



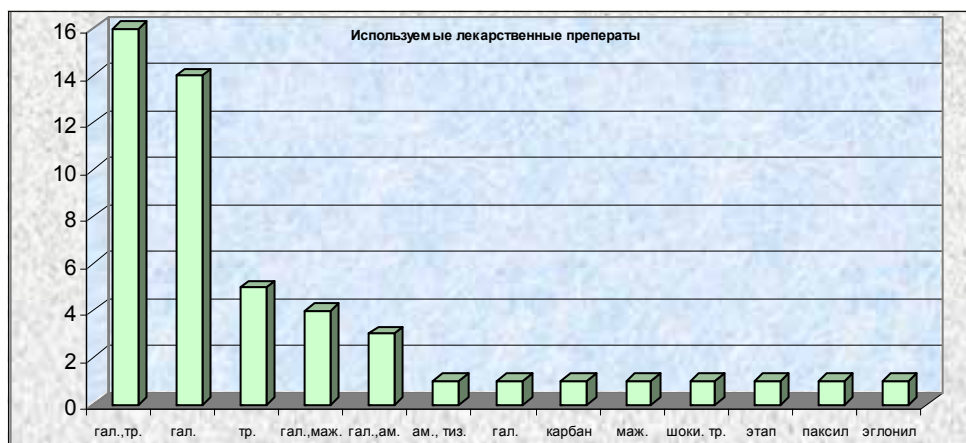
№	Возраст	Кол-во пациентов
1	21-30 лет	20
2	31-40 лет	14
3	16-20 лет	11
4	41-45 лет	3
5	10-15 лет	2

е) период лечения – конец восьмидесятых, девяностые (большая часть) и начало двухтысячного годов, граждане Российской федерации (большая часть);

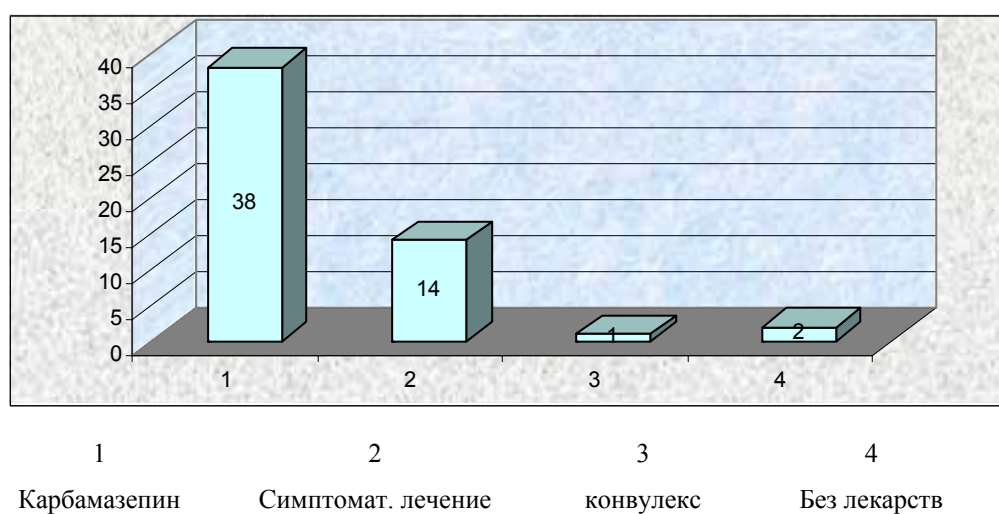
ж) систематизация и рационализация патологического материала в обеих группах проводились специалистами с высшим, средним медицинским образованием и персоналом.

з) психотерапия сочеталась с приемом нейротропных препаратов. В контрольной группе превалировал галоперидол в дозах 15-30 мг., а в исследуемой группе – карбамазепин в дозе 100-200 мг. в день. Заметим, что в контрольной группе симптоматическое лечение не проводилось, тогда как в исследуемой группе оно занимает вторую позицию – 14 пациентов.

**Используемые в ПБ лекарственные препараты
диаграмма 25**



**Используемые в МИМ препараты
диаграмма 26**

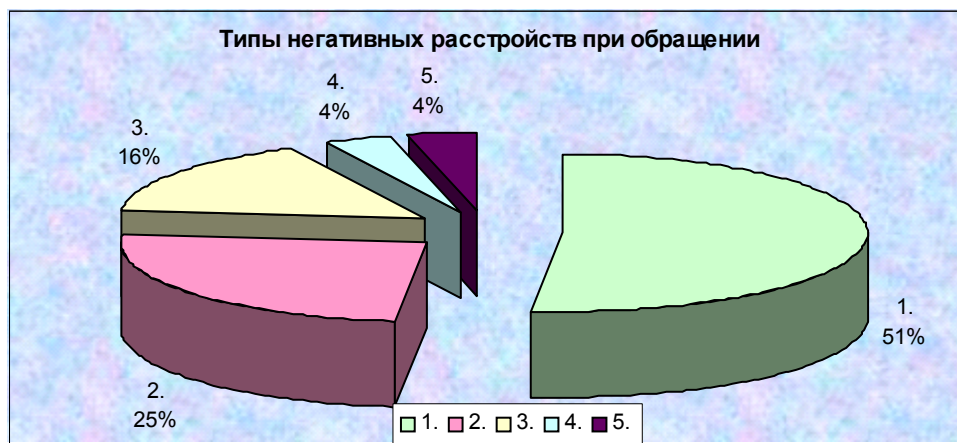


5.2. Критерии отбора и оценки

Сравнительный анализ катamnестических сведений проводился по нескольким известным методикам.

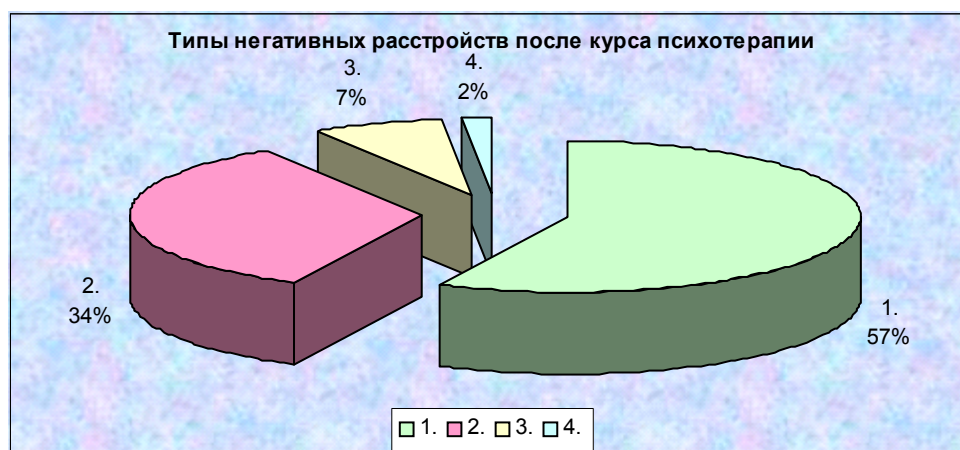
I. По кодам негативных (дефицитарных) расстройств.

**Коды негативных (дефицитарных) расстройств при обращении в МИМ
диаграмма 27**



№	Кол-во пациентов	КДР
1	29	Аутизация с бедностью внутреннего мира
2	14	Падение энергетического потенциала, безынициативность, эмоциональное оскудение
3	9	Чужачество, парадоксальность
4	2	Регрессия наиболее рано приобретенных навыков повседневной деятельности
5	2	Аутизация с огрубением эмоций, сужением интересов

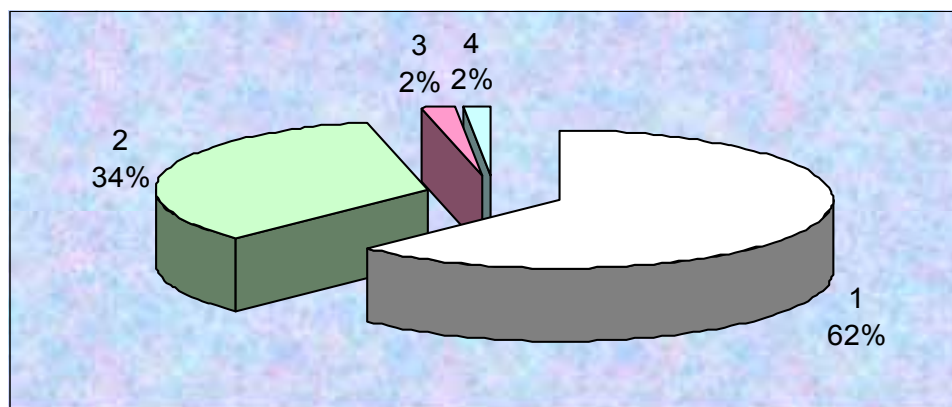
**Коды негативных (дефицитарных) расстройств после курса психотерапии
диаграмма 28**



№	Кол-во пациентов	КНР
1	32	Отсутствие негативных изменений
2	19	Изменения, незаметные ближайшему окружению
3	4	Аутизация с богатством внутреннего мира
4	1	Чужачество, парадоксальность

II вариант процентного статистического анализа имеет отношение к выраженности ремиссии (А, В, С, D и O).

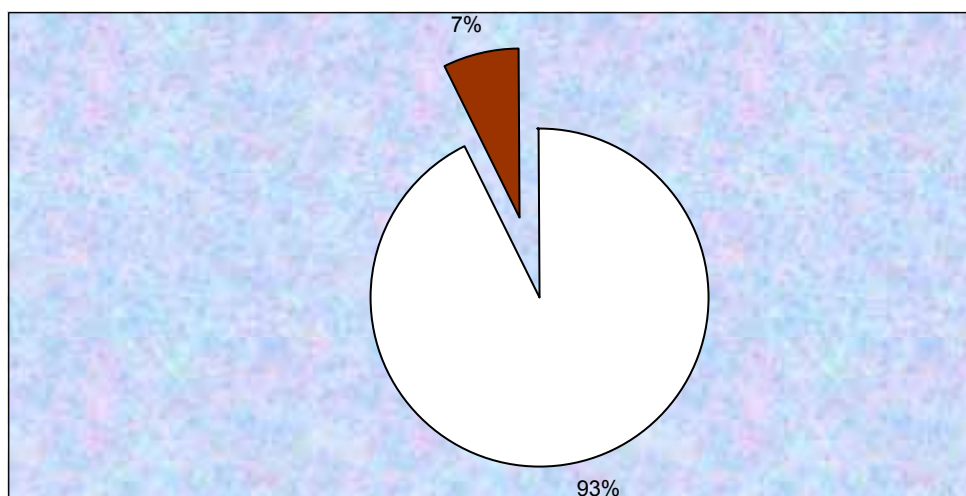
**МИМ ремиссия после курса психотерапии
диаграмма 29**



№	Кол-во пациентов	Тип ремиссии
1	35	A
2	19	B
3	1	C
4	1	O

Мы считаем уместным добавить критерий стойкости ремиссии по признаку обращения пациентов к другим специалистам. В исследуемой группе таких пациентов оказалось 5 человек (9 %).

**Стойкость ремиссии
диаграмма 30**



На диаграмме 29 можно заметить, что 93 % пациентов МИМ после курса лечения не обращались за медицинской помощью, не получали и по настоящее время не получают психотропных препаратов, не нуждались в психотерапевтической помощи. Тогда как в контрольной группе все без исключения пациенты продолжают принимать амбулаторное или стационарное лечение. Такой уровень снижения рецидивов в исследуемой

группе можно объяснить тем, что, во-первых, наши техники психотерапии, нацеленные на преодоление анозогнозии, работают не только на вербальном, но и на визуальном уровнях. Это очень важно при работе с психотиками, которые на протяжении длительного времени могут отвергать вербальные отношения.

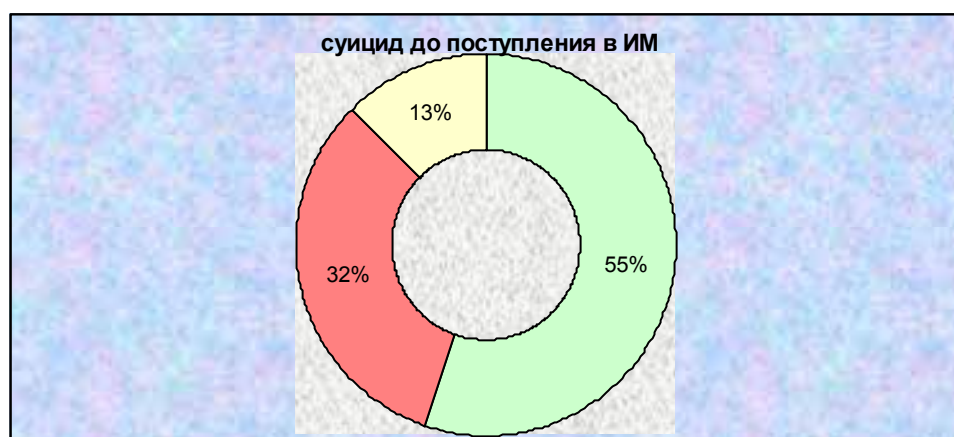
Во-вторых, мы придаем большое значение работе с родственниками пациента, – метод параллельного лечения опекунов душевнобольных – преодолевая важный социальный стрессор, подавляя коммуникативную девиацию в семье пациента.

В третьих, благодаря технике автопортрета, живописи, бодиарт, гобелена наши пациенты с первых же дней включены в сложную систему реабилитационных мероприятий. А через короткое время они начинают ассистировать лечащему врачу, передавая свой опыт другим пациентам.

В дополнение к общепринятым критериям качества ремиссии мы добавили такой важный параметр как риск суицида. За годы нашей практической деятельности мы не встречали пациентов с исследуемым диагнозом, у которых не были замечены суицидальные тенденции или попытки. У 7 пациентов исследуемой группы этот параметр отсутствует лишь формально, как менее значимый в общей картине болезни.

суицидальные переживания до психотерапии

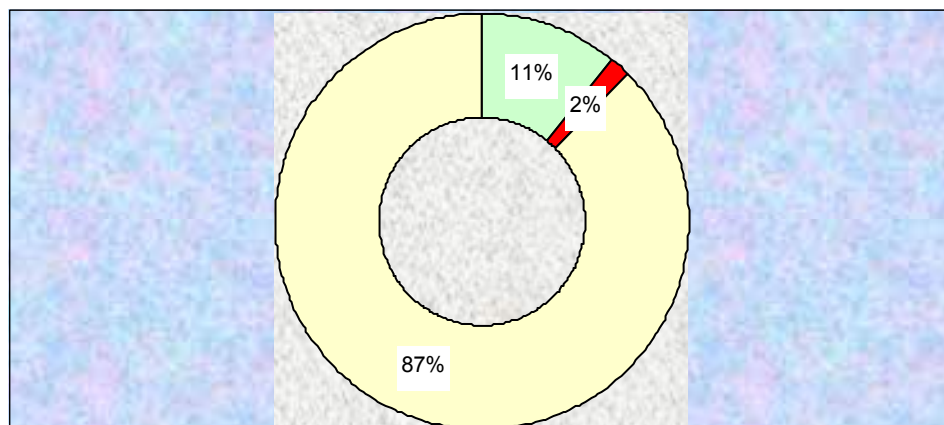
диаграмма 31



Суиц.тенденц. 55% (31) Суиц. попытки 32% (18) отсутствуют 13% (7)

суицидальные переживания после психотерапии

диаграмма 32



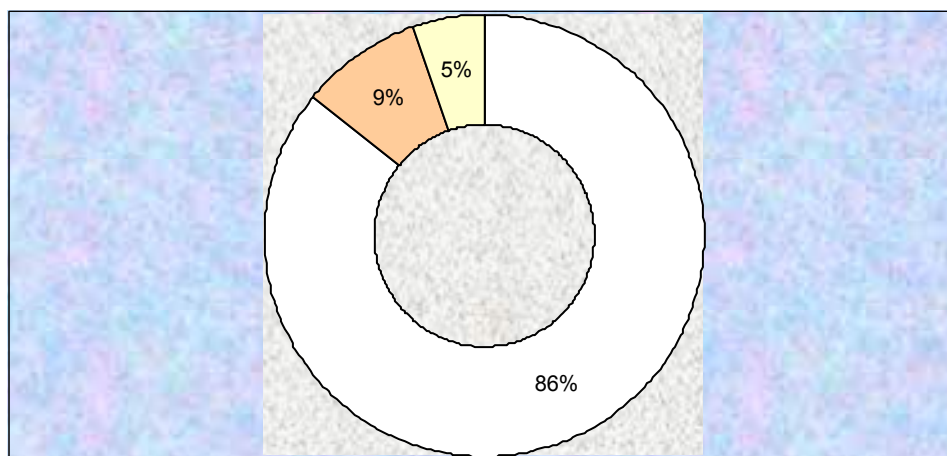
Суиц.тенденц.
11% (6)

Суиц. попытки
2% (1)

отсутствуют
87% (49)

Еще один аргумент (главный тезис в критике Дж. Айзенка, спровоцировавшей волну исследований эффективности психотерапии) – тезис о спонтанной ремиссии – мы преодолеваем следующим образом (Айзенк). Хотя L. Luborsky, В. Singer еще в 1975 г. доказали, что эффект психотерапии положительно отличается от спонтанной ремиссии (Лаутенбах, с. 31), мы тем не менее выделили 12 пациентов из исследуемой группы, которые достигли заметных результатов в области профессионального творчества (наука, производство, искусство, поэзия, музыка), что при спонтанной ремиссии было бы невозможно. Заметим, что статистически достоверной, по мнению К. Граве и сотрудников, считается группа не менее 7 пациентов (Grawe).

**Запланированные случаи
диаграмма 33**



Другое свидетельство качества лечения заключается в том, что подавляющее большинство пациентов исследуемой группы завершило лечение в запланированные нами сроки при условии, что до обращения в Институт маскотерапии болезнь характеризовалась непрерывным, хроническим течением, т. е. фактор спонтанного выздоровления сведен к минимуму.

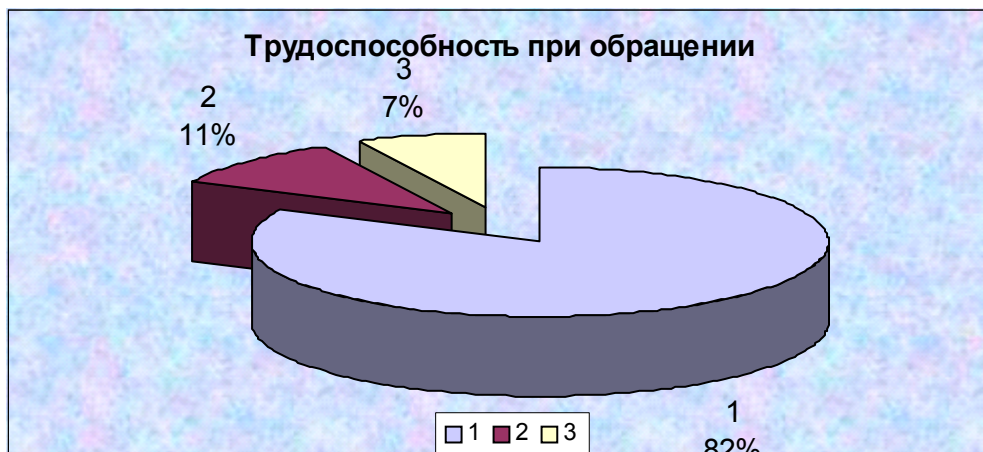
Против аргумента о возможном эффективном воздействии сопутствующих психотерапии лекарств говорит тот факт, что 10 пациентов исследуемой группы по тем или иным причинам не получали лекарств на всем протяжении лечебного процесса. Эти показатели противостоят и другому сомнительному для нас утверждению Дж. Айзенка о возможном плацебо-эффекте назначаемых психотерапевтами препаратов. Тем более что, несмотря на солидный стаж работы, автор наивно думает, что например диазепам «сто процентов плацебо препарат», тогда как даже санитары психиатрических отделений знают, что тяжелые формы утраченного или помраченного сознания (эпилептический статус, делирий) прекращаются при внутривенном (!) введении этого препарата – сон наступает, как известно, «на кончике иглы».

III критерий сравнения – принятый в психиатрической практике критерий трудоспособности (а, б, в, г, д). Этот критерий, на наш взгляд, наиболее наглядный и убедительный, он основан на опыте многих поколений психиатров. На диаграммах представленных ниже можно заметить, что основная часть больных до лечения были инвалидами II группы – тип «г»

(меньше в контрольной группе), к тому же в контрольной группе отсутствует тип «д» (I гр. инвалидности), в исследуемой же – 6 человек. В целом по критерию потери трудоспособности исследуемая группа выглядит несколько тяжелее. Здесь чаще встречаются терапевтически резистентные пациенты, что вполне соответствует статусу нашего учреждения.

Трудоспособность при обращении в МИМ

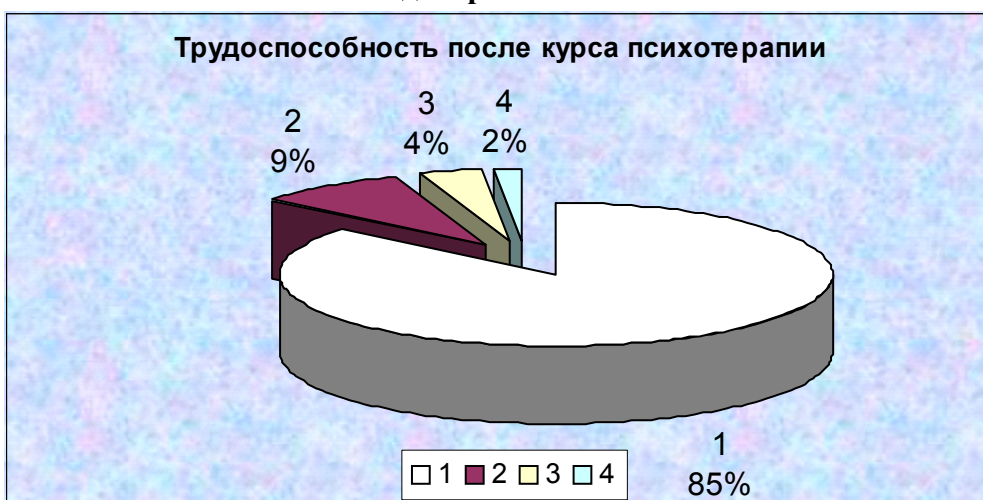
диаграмма 34



№	Кол-во пациентов	Тип ремиссии
1	46	Полная стойкая утрата трудоспособности (II группа)
2	6	То же с необходимостью постоянного надзора и ухода (I группа)
3	4	Частичная стойкая утрата трудоспособности (III группа)

Трудоспособность после курса психотерапии

диаграмма 35



№	Кол-во пациентов	Тип ремиссии
1	48	Восстановлена
2	5	Временно утрачена
3	2	Частичная стойкая утрата трудоспособности (III группа)
4	1	Полная стойкая утрата трудоспособности (II группа)

IV критерий процентного статистического сравнения основан на 33 стандартных оценках, валидизированных в Колледже медицины им. А. Эйнштейна (PANSS) и адаптированных нами для исследуемых групп. На графиках мы сохранили порядок распределения рубрик, существующих в используемой шкале (Мосолов, с. 135-193).

Динамика позитивных, негативных, общих симптомов и общих баллов

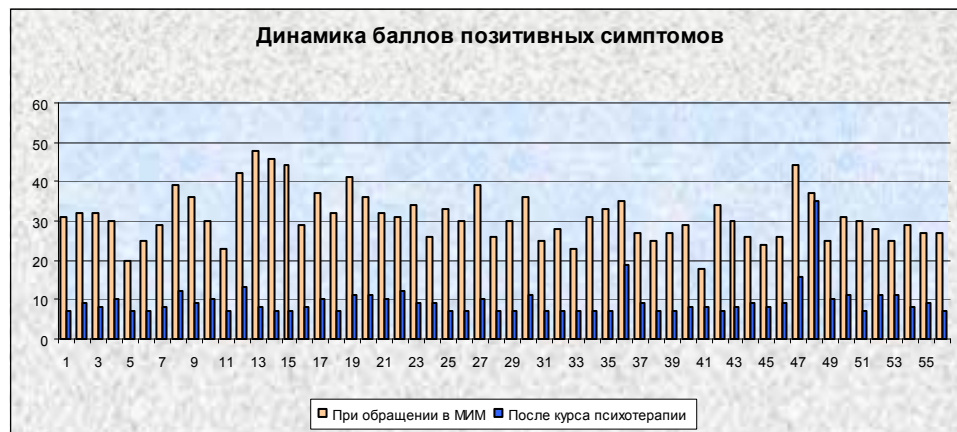


диаграмма 37

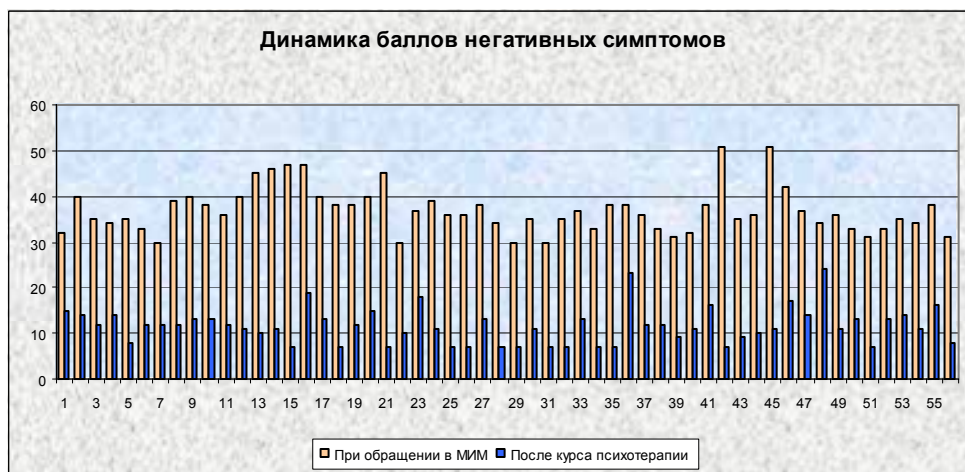


диаграмма 38

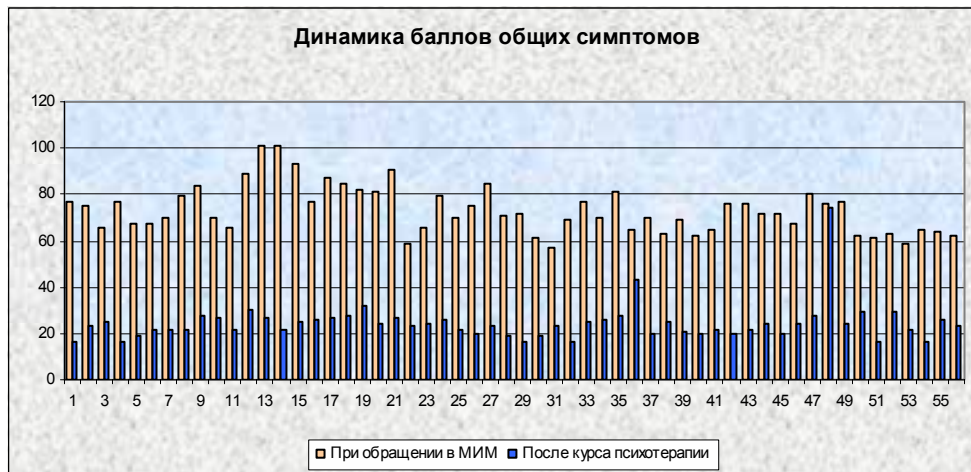
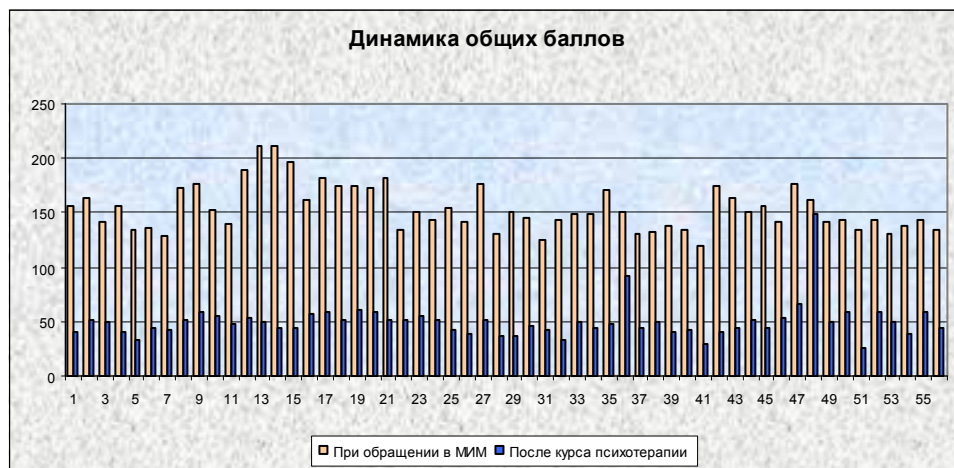


диаграмма 39

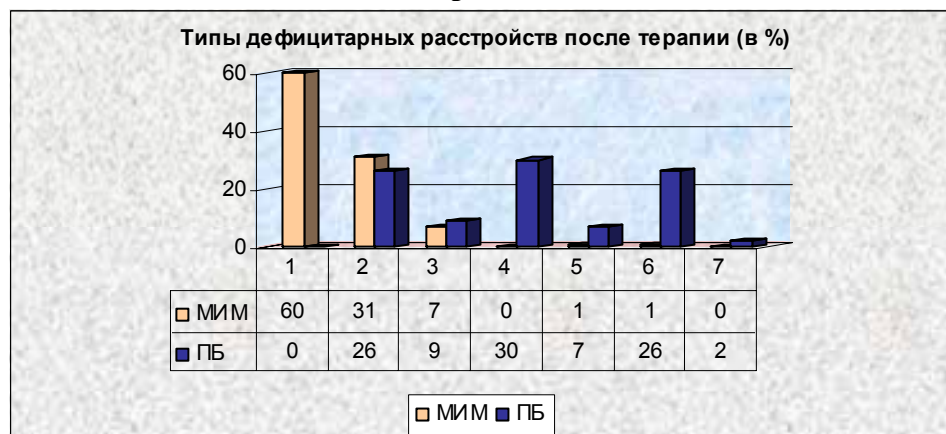


5.3. Статистический анализ

А теперь сравним результаты лечения в Институте маскотерапии и в психиатрической больнице N Московской области.

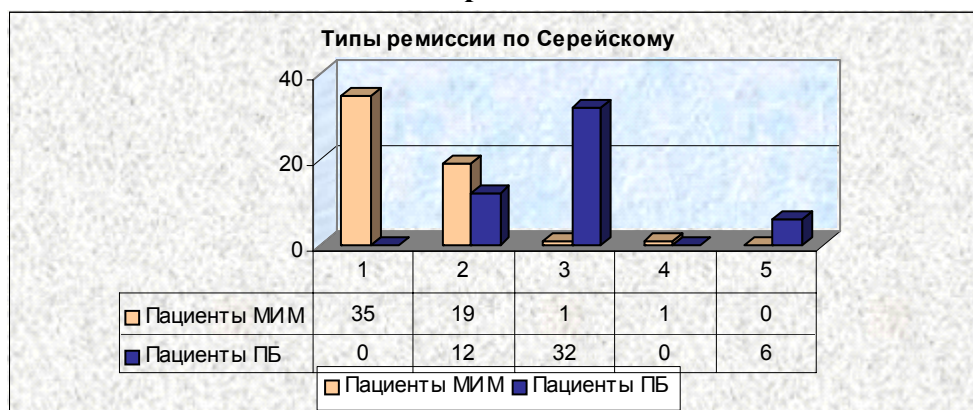
Типы негативных (дефицитарных) расстройств после лечения в МИМ и ПБ

диаграмма 40



- 1 Отсутствие негативных изменений
- 2 Изменения, незаметные ближайшему окружению
- 3 Аутизация с богатством внутреннего мира
- 4 Аутизация стеническая
- 5 Аутизация с огрубением эмоций, сужением интересов
- 6 С чудачеством, парадоксальностью
- 7 Аутизация с бедностью внутреннего мира

**Типы ремиссий после лечения в МИМ и ПБ
диаграмма 41**



№	Типы ремиссий	Пояснение
1	A	Выздоровление без изменений личности
2	B	Почти полное обратное развитие психопатологической симптоматики
3	C	Улучшение психического состояния
4	O	Без перемен
5	D	Внутриклиническое нарушение

**Выраженность симптомов при обращении в МИМ и ПБ
диаграмма 42**

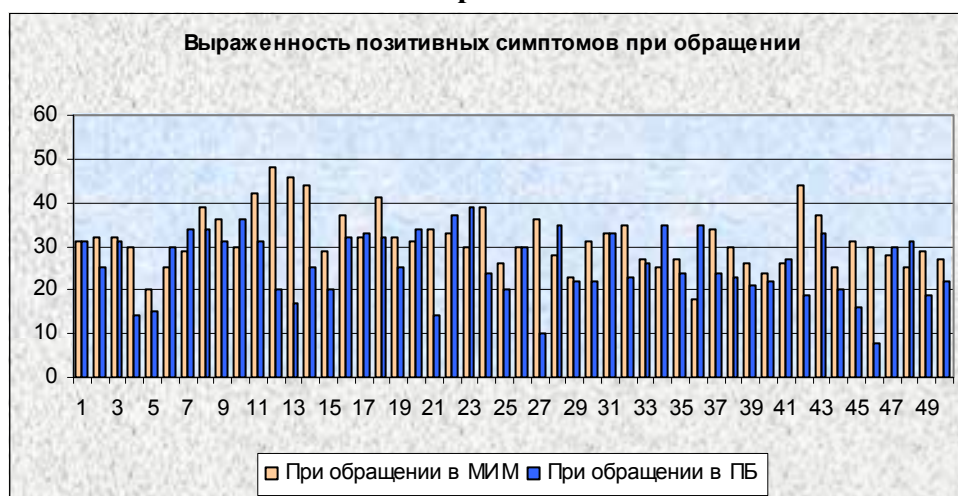


диаграмма 43

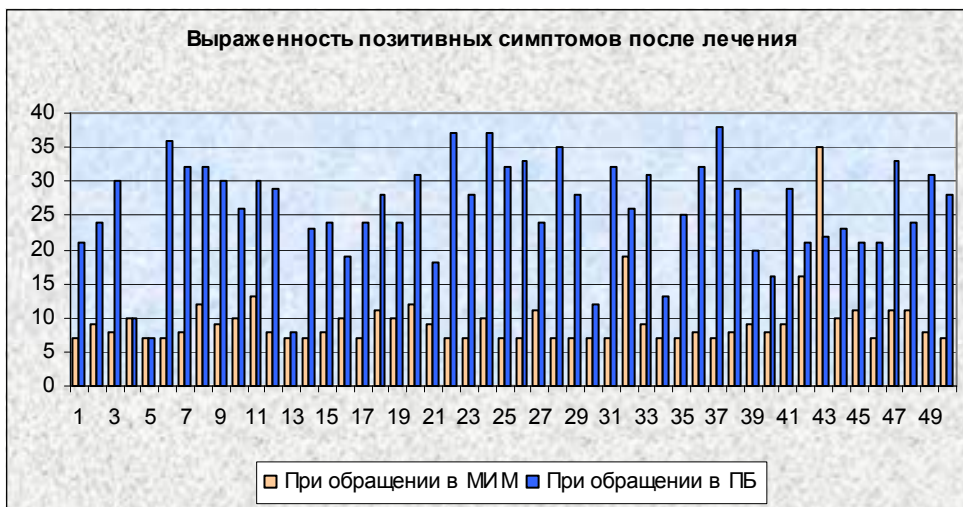
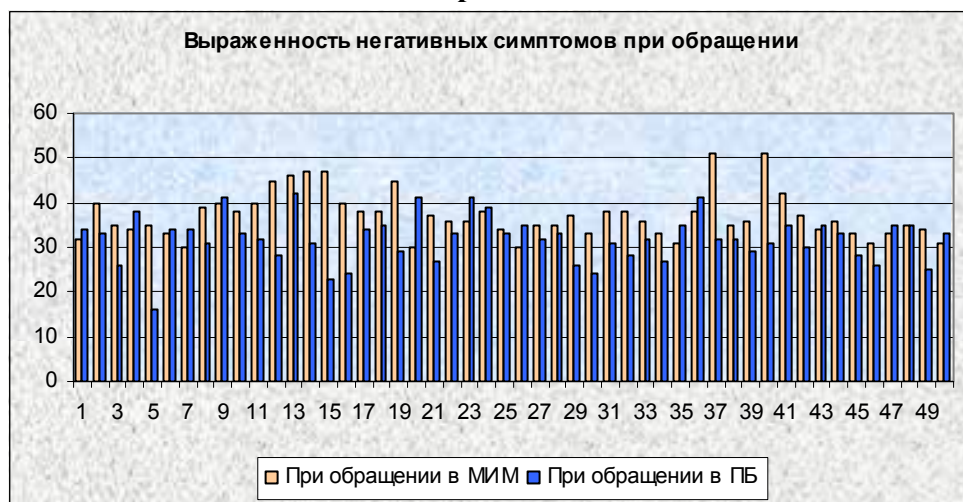


диаграмма 44



Выраженность симптомов после лечения в МИМ и ПБ
диаграмма 45

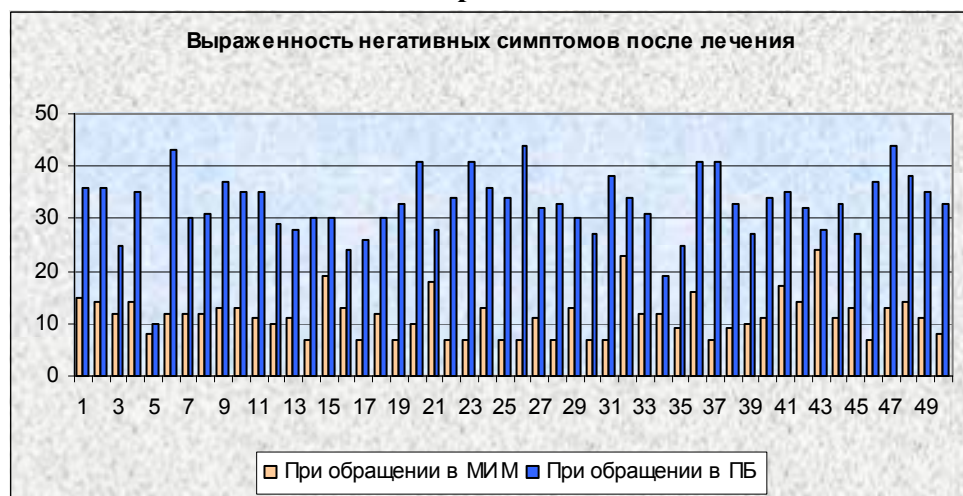


диаграмма 46

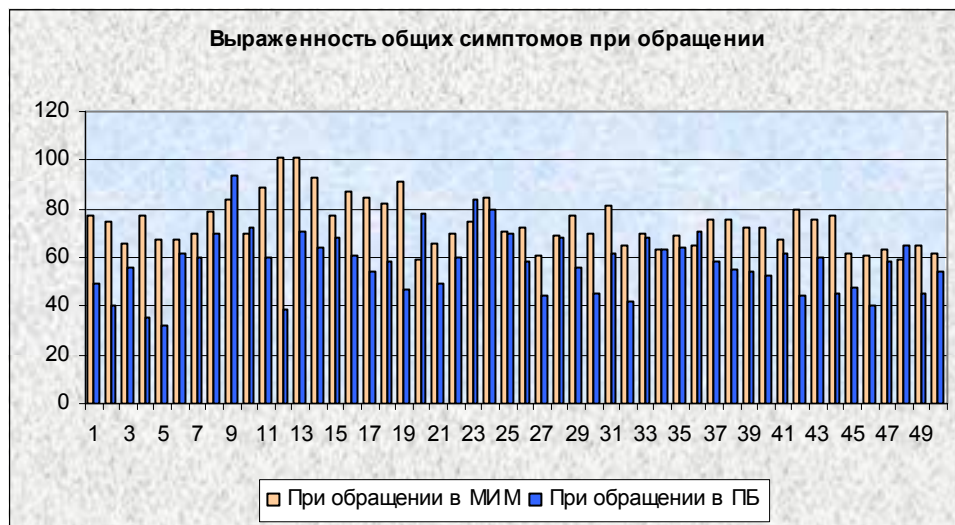


диаграмма 47

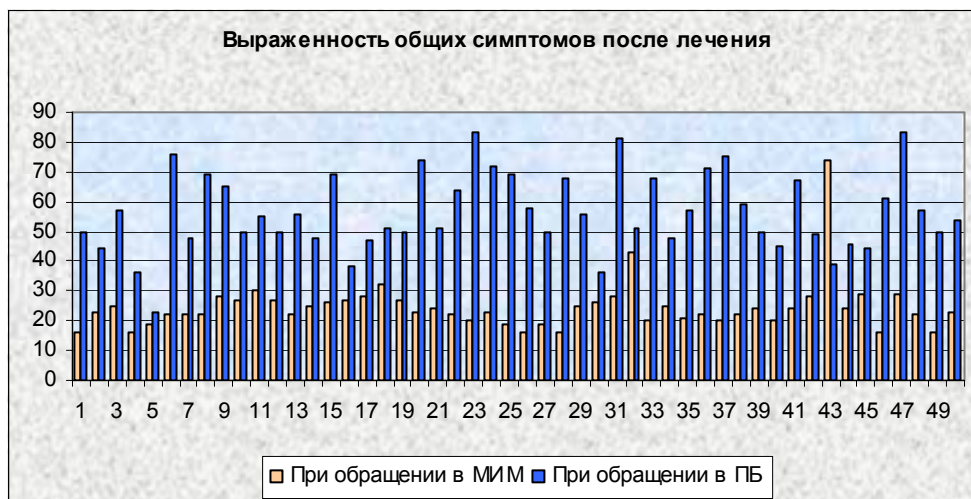
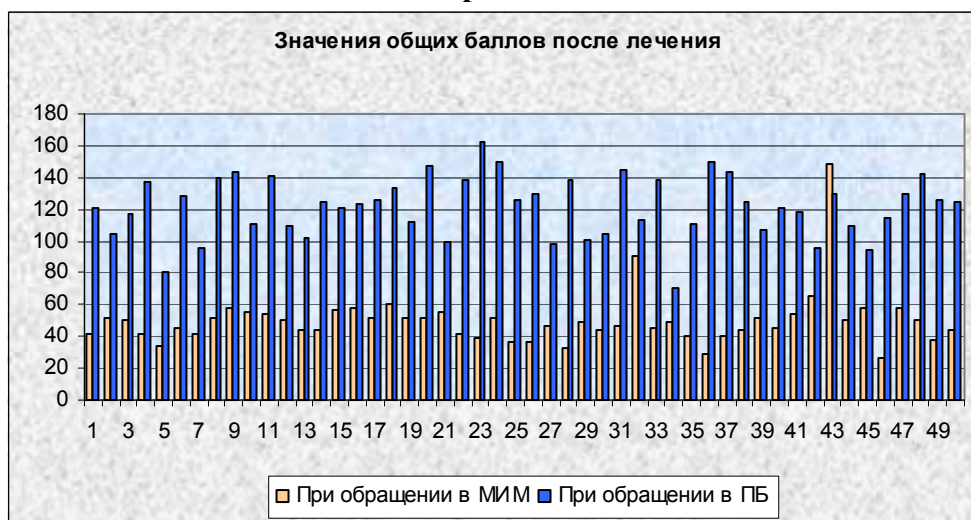
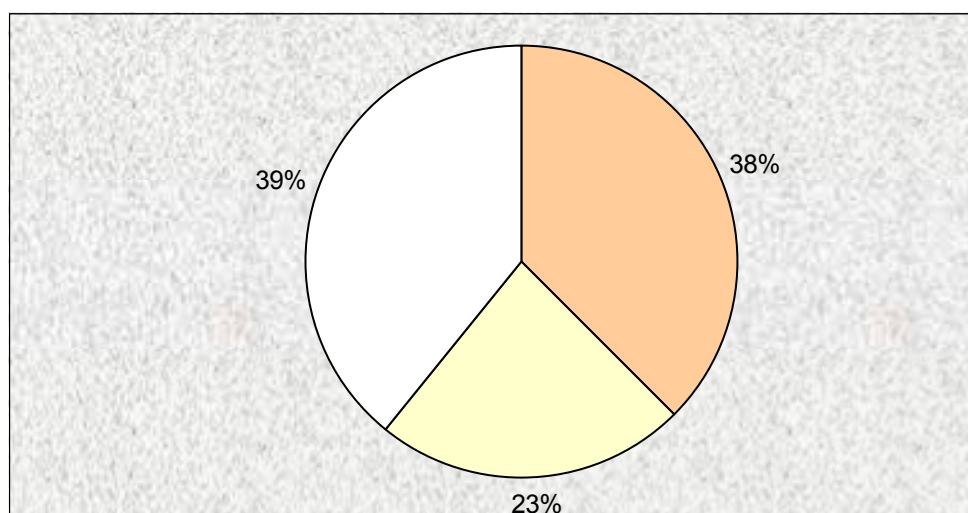


диаграмма 48



Если применение современных методов психотерапии неврозов обходится здравоохранению в три раза дешевле, чем имеющаяся система лечения без поддержки психотерапией, то можно утверждать, при лечении психозов этот разрыв значительно увеличивается. Дело в том, что при оценке стоимости лечения оппоненты-лекарственники имеют в виду зарплаты врачей и персонала, которая естественно больше, чем у наших коллег в официальных учреждениях. Однако это достигается за счет де бюрократизации психотерапевтических центров. Следует отметить, что за исследуемые годы наш коллектив (не более 12 человек) принял и обслужил пациентов в масштабе шестисоткоечной больницы, где штат сотрудников составляет значительно больше единиц.

**Стоимость лечения в МИМ
диаграмма 49**



Полная оплата	Половинная стоимость	Благ. лечение
21 (38 %)	13(23 %)	22 (39 %)

Идея, предполагающая наличие общих факторов, присущих всякому психотерапевтическому подходу имеет наибольшее число сторонников в современных подходах к оценке эффективности лечения. М. Лэмберт и А. Бергин предлагают следующий перечень общих факторов, связанных с

успешным исходом психотерапии и объединенных в графу «поддержка»: катарсис, идентификация с психотерапевтом, уменьшение социальной изоляции, позитивные отношения, снятие напряжения, терапевтический альянс во взаимодействии, компетентность психотерапевта, теплота, уважение, принятие, эмпатия, аутентичность терапевта, доверие. (Lambert M., Bergin A. The effectiveness of psychotherapy // Handbook of psychotherapy and behavioral change / Eds. A.Bergin, S.Garfield. N.Y.: Wiley, 1994. 4th ed. P. 143-189). Позитивные отношения и снятие напряжения мы объединили в графу «уменьшение социальной изоляции»; теплота, уважение, принятие, доверие – в графу «идентификация с психотерапевтом»; аутентичность психотерапевта – в графу «эмпатия». Эта проблема, как главная в нашей лечебной деятельности, подробно разработана нами, а результаты отражены в предыдущих главах: *терапевтический альянс во взаимодействии* - с. 165; *идентификация с психотерапевтом* – с. 180; *теплота, уважение, принятие, доверие* – с. 172; *эмпатия* – с. 179; *аутентичность терапевта* - с. 208; *катарсис* – с. 200; *компетентность психотерапевта* – с. 158.

5.4. Мета-анализ

Анализ эффективности психотерапии при психозах мы провели также на одном случае женской истории болезни и одном случае мужской истории болезни, выбранных нами путем рандомизации двух списков пациентов, в жанре, так называемого мета-анализа.

К. М. И. родилась в 1959 году в семье известного адвоката. Беспокойный характер у нее проявился очень рано. В трехлетнем возрасте, когда ее укладывали спать, много раз спрашивала, на месте ли ее игрушки. Уроки делала только на кухне; спала в одной комнате с родителями, боялась темноты. Из-за боязни получить плохую отметку занималась много, до глубокой ночи, даже в выходные отказывалась от развлечений. В университете после зимней сессии сразу начинала тщательно готовиться к летней, лишая себя отдыха. После родов появился страх: в квартиру может

проникнуть вор, когда кто-то из домашних открывает дверь. Она стала часто дежурить у входной двери, поджидая мнимого грабителя. К дочери относилась с неприязнью, даже с ненавистью. Однажды больная нашла, что бриллиант на ее перстне с дефектом; решила, что на него попал солнечный луч и «испортил» камень. Состояние стало ухудшаться: снизилось настроение, появилась бессонница, головные боли, пропал аппетит. Родители обратились к психиатру, поставившему диагноз «шизофрения вялотекущая, неврозоподобная». Теперь всю свою бижутерию и драгоценности стала бдительно охранять: заперла шкафы, загородила их, никого не подпуская. Отказывалась от еды, часто лежала лицом к стене, к ребенку не подходила. До обращения в институт маскотерапии больная уже трижды находилась на длительном стационарном лечении. Тогда она принимала более ста наименований лекарств и их сочетаний в виде таблеток или инъекций, а также атропино-, инсулино-, электрошоковую терапию, лечение хемишоком (одновременная отмена всех лекарств). В итоге появилась непереносимость большинства психотропных средств. Относительные ремиссии наступали лишь при использовании трициклических антидепрессантов. Но и в периоды улучшения больная продолжала копить и зорко охранять свои драгоценности. В конце концов, она заняла одну из комнат в квартире отца, завела специальные шкафы, установила там сигнализацию. «Ювелирная комната» была заперта несколько лет; мимо ее дверей нужно было проходить по сложному пути, с особой осторожностью, в противном случае у К. М. И. наступали тяжелые приступы агрессии, напряженность иногда длилась неделями. Даже разговоры об этой комнате были под строжайшим запретом – «информация» могла просочиться к возможным грабителям. Первый ночной сеанс принес ощутимые плоды: у больной восстановился сон, а за месяц портретирования она стала нормально питаться, вернулась на работу. Но полного выздоровления пришлось ждать долго – почти полтора года. Трудность заключалась в том, что наша пациентка раздробила комплекс

своих переживаний на множество самостоятельных частей и каждый раз как бы приглашала врача преодолеть новый барьер. Работа с больными этого типа чрезвычайно изнурительна, отнимает много времени и сил. Через год Ж. стала приходить на сеансы одна. Вскоре у нее появилась вера в исцеление; впервые в жизни она стала писать стихи, описывала лечение портретом. Быстро совершенствовалась: вскоре она обсуждала свои произведения с известными поэтами, и даже начала публиковаться.

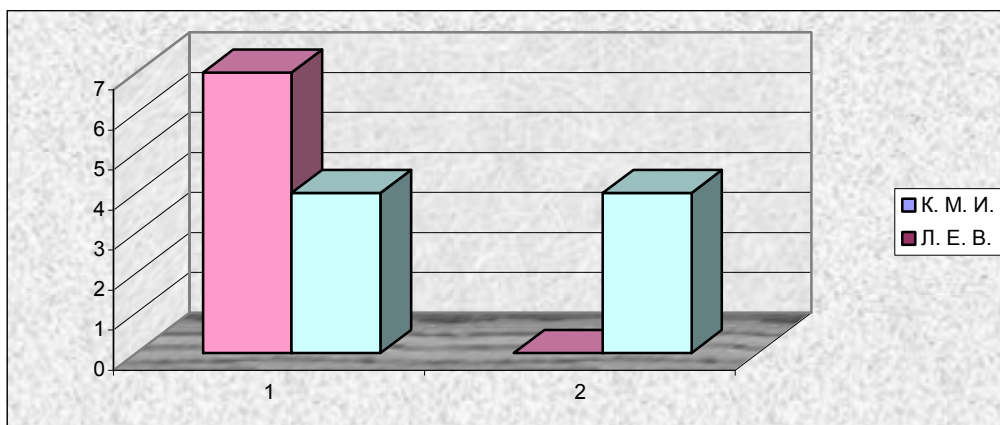
Таким образом, лечебный процесс К. М. И. можно разделить на два этапа. На первом больная формулировала множество проблем, нуждающихся в решении, а на втором она констатировала факт их успешно разрешение. Весть о преодолении К. М. И. каждого из ее «барьеров» преподносилась нам неожиданно, как сюрприз, как подарок, праздник! Вначале это радовало, затем утомляло, и когда однажды во время работы с ней ее отец стал благодарить врача по телефону в связи с тем, что наконец открылась «ювелирная комната», у нас едва хватило сил принять это к сведению.

После двух упомянутых этапов мы заметили, что больная уже демонстративно фиксирует внимание на улучшении своего состояния, а портрет фактически завершился. Когда мы поделились с нею своим мнением, она широко открыла глаза, покрылась красными пятнами, стала хватать воздух протянутой рукой и упала на ковер, но сознание не потеряла; около пяти минут наблюдалось подергивание мышц, затем все прошло, она сказала, что ей гораздо лучше. Во время приступа она блаженно улыбалась, как бы успокаивая взглядом: не бойтесь, мне хорошо, очень хорошо... Привычка фантазировать, придумывать «чудеса» портретной терапии сохранялась у М. еще некоторое время после окончания лечения: то она делилась своими фантазиями с журналистами, то перед телекамерой, то с родственниками, то с больными или случайными посетителями нашего института. К скульптуре у нее было свое особое отношение: ей казалось, что после появления сходства портрет

ожил; по временам якобы менялись его объемы, он представлялся ей то злым, то добрым. Портрет был закончен. И основные проблемы К. М. И были решены.

Этот случай выделяется еще и тем, что лечение с самого начала проходило в интенсивном сотрудничестве и диалоге с лечащим врачом. Чувство уважения и благодарности к лечащему врачу присутствовало на всем протяжении лечения. Другая особенность заключается в том, что пациентка, преодолев болезнь в прямом и воображаемом диалоге с врачом, преодолела и так называемую «норму», реализовав себя как незаурядный литератор. Раньше она любила радовать лечащего врача, сообщая об избавлении от очередного патологического комплекса, а через много лет может сообщать из другой страны о своих творческих достижениях.

**Коды негативных расстройств
диаграмма 50**



**Трудоспособность
диаграмма 51**

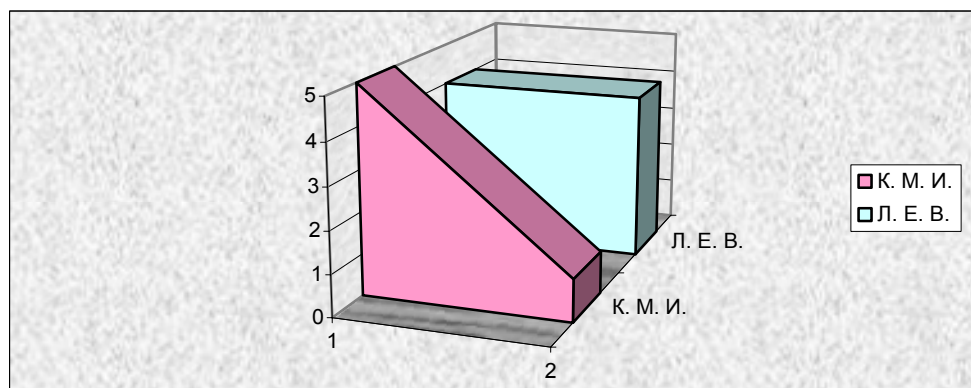
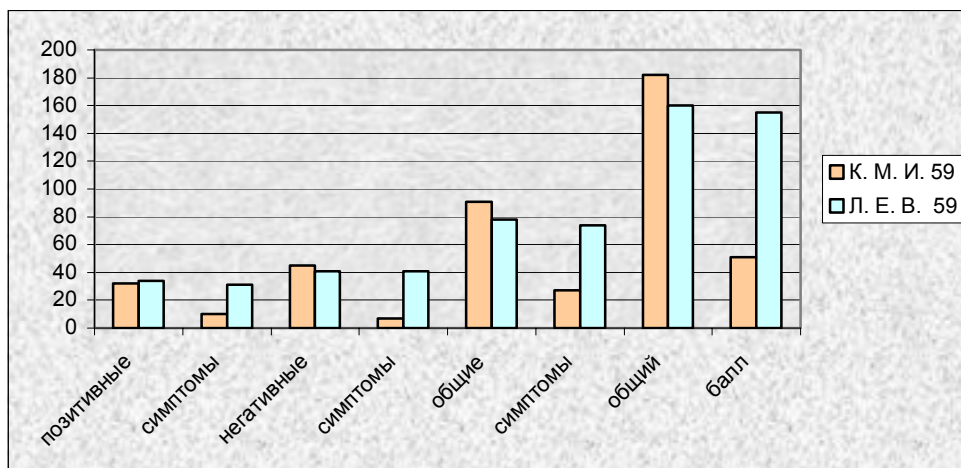


диаграмма 52



Г. А. А.

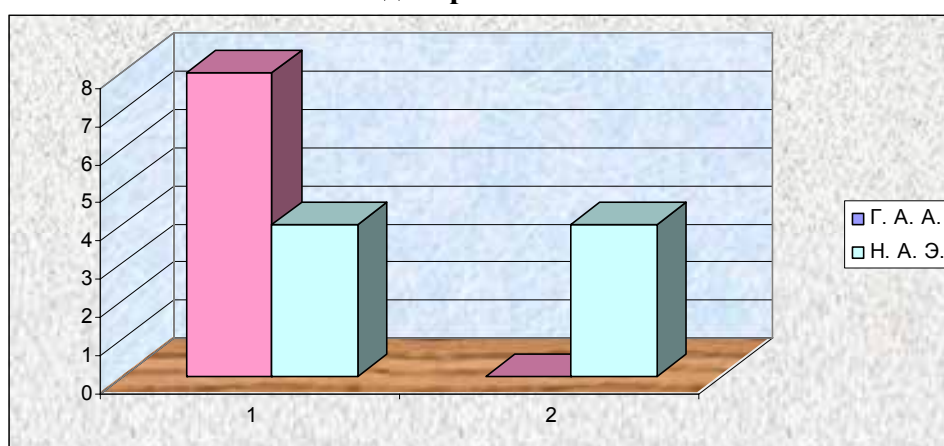
В отличие от К. М. И. больной А. Г. долгое время испытывал к врачам и персоналу ненависть и страх.

Этот благородный на вид молодой человек с тяжелым взглядом, неподвижным лицом, скрытым в неряшливой бороде, с раннего возраста любил всевозможных насекомых, «у него всегда в ладошке можно было найти какого-нибудь жучка или паучка, к которым он относился очень бережно». 17 мая 1993 года он пошел прогуляться, вернулся домой с конфетой. Разделил с отцом конфету пополам. К вечеру почувствовал себя плохо – говорил о неприятных ощущениях в голове и во всём теле (покалывание, жжение, ощущение повышенной температуры), долго сидел, опершись локтями о стол, и охватив голову руками. Отец решил, что конфета была отравлена. Состояние А. ухудшалось, постепенно нарастало беспокойство, он стал вести себя странно и «выглядеть безумным» – отчужденный взгляд, непонятные действия, которые он объяснял тем, что так ему становится легче. Эти изменения произошли в течение часа. Затем он надел куртку и шапку, разулся и босиком вышел на улицу. Вскоре вернулся, стал суетиться, непрерывно открывать и закрывать ящики своего стола. Спал около 20 минут, проснувшись подошел к матери и предложил прогуляться с ней. Мать говорит: «гуляя с ним, я поняла, что потеряла

сына, это был уже не мой А.». На другой день поведение А. Г. стало вычурным, он совершал нелепые ритуалы, – постоянно переставлял обувь, манипулируя со инурками, ненадолго застывал в странных позах, стал делать непонятные движения, странно шевелить пальцами, переставлял вещи, к чему-то прислушивался, потом заставлял родных совершать то же самое. После того как друг сказал, что на нем лица нет, подумал, что он «как сломанное зеркало». Стал жечь в своей комнате бумагу, чтобы огнем уничтожить опасный для людей «круговорот информации». Одновременно думал, что этот огонь – «движущая сила существования», вроде двигателя внутреннего сгорания для автомобиля. Иногда ощущал себя пауком, мухой, чувствовал отрицательное воздействие электромагнитных колебаний. Свои действия уже не объяснял, на вопросы не отвечал. Был стационарирован с диагнозом шизофрении параноидной. В больнице сначала сопротивлялся действию лекарств, пробуя силу своей воли, затем научился прятать лекарства под язык, чтобы «происки врачей не оправдались». После выписки родные обратились в наше учреждение. Был крайне негативен, однако молча сел к мольберту. В это время, как выяснилось потом, считал мать ведьмой, а сотрудников института – страшными людьми, собиравшимися «отнять его душу». Согласился позировать, поскольку еще до болезни предположил, что через много лет окажется в каком-то месте, похожем и не похожем на больницу. Но решил оказать сильное сопротивление. До начала сеанса стал показывать различные фигуры из пальцев и потребовал, чтобы лечащий врач их повторил, потом чтобы он щелкнул зубами. Молчал на протяжении первых сеансов, сидел отвернувшись от мольберта. Можно было только наблюдать сгорбившуюся, одетую в пальто и шапку фигуру человека с трясущимися руками. Потом, ничего не говоря и не поворачиваясь к врачу, выходил из зала. Позднее признавался, что часто ощущал, «как будто ток по телу проходит, позировать было тяжело, так как очень сильное влияние». Контакты обрывал одной странной фразой. Например, спрашивал: «Где вы родились?... У вас в голове бездна». Стал приходить

раньше назначенного времени, ставил доску с портретом на стол перед зеркалом. Долго смотрел на маску и как будто вел переговоры с нею. Завел блокнот, рисовал врача, но никому не показывал. Отсутствие вербального контакта длилось два года с перерывами. Потом «голос» ему сказал, что лечение портретом верное. Признался матери, что он внешне здоров, а внутренне болен, уже торопил с поездкой в Москву. После очередного этапа лечения галлюцинации и большинство ритуалов исчезли, А. стал общительным, даже скучал без бесед с людьми. Сбрил бороду, правильно и опрятно одевался. Чаще смотрел телевизор; впервые за время болезни смеялся, причем весело, от души. Настроение постепенно улучшалось. Он даже решился прослушать повторно курс лекций в университете. Признался матери, что после лечения хотел бы жениться. Теперь уже не отступал от врача, каждый день хотел поделиться с итогами своего текущего анализа болезни. Полтора года рациональная интерпретация большого количества патологических признаков велась в режиме заочного диалога с врачом. А после бурных реакций в течение суток психическое здоровье по всем признакам восстановилось. После лечения работал на стройке и учился в медицинском колледже, приобрел специальность массажиста.

**Коды негативных расстройств
диаграмма 53**



**Трудоспособность
диаграмма - 54**

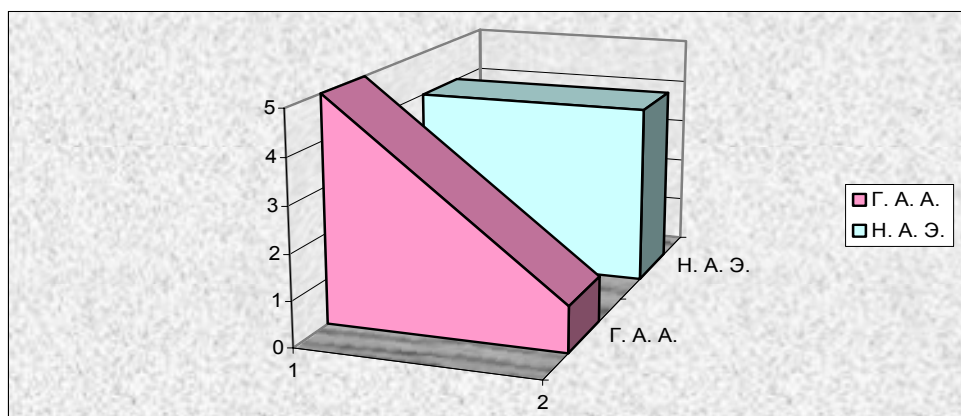
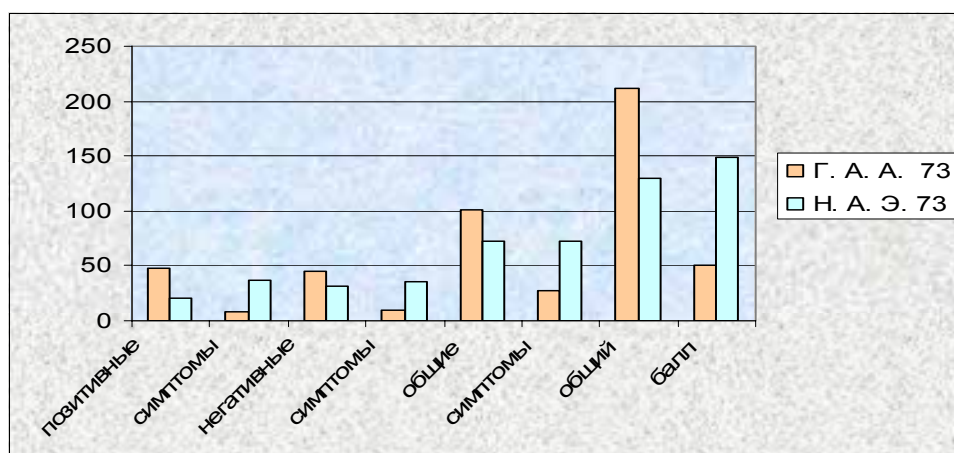


диаграмма 55



В заключении отметим, что, хотя мы оспариваем эффективность терапии в условиях традиционных психиатрических учреждений, мы ясно осознаем, что суммарный эффект деятельности стационаров и диспансеров по своим масштабам несопоставим с нашей работой. Достаточно представить себе ценность одного дня без мучительных патологических переживаний для больного и его неадекватных поступков для общества. Мы стремились показать, что существуют возможности повышения эффективности лечебного процесса с привлечением портретного искусства – опыт, который может быть усвоен и внедрен в психиатрическую практику нашими коллегами. В сравнительном исследовании мы строго придерживались критериев оценки психотерапевтических методов выдвинутых К. Граве и сотрудниками, среди которых параметры изменения в личности и способностях и изменения в межличностных отношениях считаем наиболее важными.

Литература

1. *Абрамян Л.А.* Первобытный праздник и мифология. Ереван, Изд-во АН Армянской ССР, 1983
2. *Абрамян Л. А.* Человек и его двойник // Наука и религия. М., 1989, № 9
3. *Абрамян Л. А., Назлоян Г. М.* Попытка описания атмосферы общения в Московском институте маскотерапии, или «беседы у костра». В кн.:
4. Сборник статей по прикладной психологии. М., ВЦ РАН, 1999
5. *Августин.* Исповедь XI, 20 // Антология мировой философии, т. 1, ч. 2. М., 1969
6. *Аверинцев С.С.* На границе цивилизаций и эпох: вклад восточных окраин римско-византийского мира в подготовку духовной культуры европейского средневековья В кн.: Восток-Запад, вып. II. М.: «Наука», 1985
7. *Аврущкий Г. Я., Недува А. А.* Лечение психически больных. М.: «Медицина», 1981
8. *Адлер А.* Индивидуально-психологическое лечение неврозов. М., 1913
9. *Айзенк Г. Дж.* Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии. Психологический журнал. Т. 14. 1994. № 4, с. 3-19
10. *Аккерман В. И.* Механизмы шизофренического первичного бреда. Иркутск, «ОГИЗ», 1936
11. *Акопян Ю.* Психопоэтика скульптурной маскотерапии. В кн.: Сборник статей по прикладной психологии. М., «ВЦ РАН», 1999.
12. *Акопян Ю.* Психопоэтика скульптурной маскотерапии. Симферополь: Таврический журнал психиатрии, 1998, № 2 - 5, 1998
13. *Алексеев Н. Г., Юдин Э. Г.* О психологических методах изучения творчества. В кн.: Проблемы научного творчества в современной психологии. М.: Наука, 1971
14. *Алексей Осипов.* Экзорцизм. «Православная беседа», № 1, 2000
15. *Ануфриев А. К., Либерман Ю. И., Остроглазов В. Г.* Глоссарий

- психопатологических синдромов и состояний. М.: «Медицина», 1990
16. *Аристотель*. Физика. М., 1936
 17. *Аристотель*. Поэтика. В его кн.: Собрание сочинений, М., «Наука», 1984, т. 4.
 18. *Аркадьев М.* Креативное время, "археписьмо" и опыт Ничто // Логос, 1994, № 6
 19. *Атанасов А.* Закономерности катарсиса // III Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. Л., 1979, с. 138-140
 20. *Асатиани Н. М.* Психотерапия невроза навязчивых состояний // Руководство по психотерапии. Ташкент, Медицина Уз. ССР, 1979, с. 279-389
 21. *Ахутин А.* Dasein Материалы к размышлению // Логос, 2000, №5/6, с. 89-123
 22. *Бассин Ф.В.* Проблема бессознательного (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М., Наука, 1968
 23. *Бахтин М. М.* Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса. М., 1965
 24. *Бахтин М. М.* Эстетика словесного творчества. М., «Искусство», 1979.
 25. *Бахтин М. М.* Собрание сочинений, М., «Русские словари», 1996, т. 5.
 26. *Башина В. М.* Аутизм в детстве. Москва, Медицина, 1999
 27. *Бергсон А.* Творческая эволюция. М., СПб, 1914
 28. *Бергсон А.* Длительность и одновременность (по поводу теории Эйнштейна). Пг., 1923
 29. *Бехтерев В. М.* О творчестве с рефлексологической точки зрения. В кн.: Грузенберг С. О. Гений и творчество. Л., «Сойкин», 1924.
 30. *Бернар К.* Об опытном рассуждении. В кн.: Хрестоматия по общей психологии. М., «Изд-во МГУ», 1981
 31. *Биндер Г.* Психопатии, неврозы, патологические реакции. В кн.: Клиническая психиатрия. М., «Медицина», 1967
 32. *Бинсвангер Л.* Феноменология и психопатология. «Логос», 1992, №3
 33. *Бинсвангер Л.* Четыре письма. «Логос», 1992, №3

34. *Бинсвангер Л.* Бытие-в-мире. М., 1999
35. *Блейлер О.* Руководство по психиатрии. Берлин, «Врач», 1920
36. *Блейлер А.* Аутистическое мышление. В кн.: Хрестоматия по общей психологии. М., «Изд-во МГУ», 1981
37. *Блейхер В. М., Крук И. В.* Толковый словарь психиатрических терминов. Ростов-на-Дону, «Феникс», 1996, т. 1, 2
38. *Бобринская Е. А.* Концептуализм. М., «Галарт», 1994
39. Большой энциклопедический словарь. М., 1998
40. БСЭ. М., Советская энциклопедия, 1977, т. 27
41. *Босс М.* Влияние Мартина Хайдеггера на возникновение альтернативной психиатрии//Логос № 5, 1994, с. 88-100
42. *Бюдженталь Дж.* Искусство психотерапевта. СПб, «Питер», 2001
43. *Бубер М.* Я и Ты. В его кн.: Два образа веры. М., «Республика», 1995.
44. *Бумке О.* Культура и вырождение. М., 1926
45. *Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. Киев, 1989
46. *Бурно М. В.* Московский психотерапевтический журнал. 1993, № 2
47. *Бурно М. В.* Клиническая психотерапия. М.: Академический проект, 2000
48. *Вебер М.* Избранное. Образ общества. М., «Юрист», 1994
49. *Вейс Р. С.* Вопросы изучения одиночества. В кн.: Лабиринты одиночества. М.: «Прогресс», 1989
50. *Вид В. Д.* Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер, 2001
51. *Винер Н.* Кибернетика. М., «Наука», 1968
52. *Витгенштейн Л.* Избранные тексты. В кн.: Грязнов А. Ф. Материалы к курсу критики современной буржуазной философии. М.: «Изд-во МГУ», 1987,с.107
53. *Волошин В. М.* Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия, 2001, т. 3, № 4
54. *Вундт В.* Основания физиологической психологии, т. 1-2, СПб, 1880-81

55. *Вроно М. Ш.* Шизофрения у детей и подростков. М., 1971
56. *Вроно М. Ш., Башина В. М.* Синдром Каннера и детская шизофрения. Журнал Невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1975, т.75, вып.9, с. 1379-1383
57. *Выготский Л.С.* Мышление и речь. М., Лабиринт, 1999
58. *Выготский Л. С.* Психология искусства. СПб., «Азбука» 2000.
59. *Гаррабе Ж.* История Шизофрении. СПб, 1999
60. *Гальперин П. Я.* Формирование умственных действий. В кн.: Хрестоматия по общей психологии. М., «Изд-во МГУ», 1981
61. *Ганнушкин П. Б.* Избранные труды. М., «Медицина», 1964.
62. *Гиндикин В. Я.* Лексикон малой психиатрии. М.: «Крон-пресс», 1997
63. *Гиппенрейтер Ю. Б., Карягина Т. Д., Козлова Е. Н.* Феномен конгруэнтной эмпатии // Вопросы психологии, 1993, № 4
64. *Горбов Ф. Д.* Детерминация психических состояний // Вопросы психологии, 1971. № 5
65. *Горбов Ф. Д.* Я – второе я. Изд-во: М. – Воронеж, 200
66. *Горбовский А.* Колдуны, целители, пророки. М.: «Мысль», 1993
67. *Гринсон Р. Р.* Техника и практика психоанализа. Воронеж, «Модек», 1994.
68. *Гризингер В.* Душевные болезни. СПб, «Издание В. Ковалевского», 1867
69. Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975
70. Групповая психотерапия. Под ред. Б. Д. Карвасарского и С. Ледера. М., 1990
71. *Давиденков С.Н.* Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. Л., «Институт усовершенствования врачей им. Кирова», 1947
72. *Дали С.* Новый взгляд/Пер. с исп. -М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2000
73. *Данин Д. С.* Кентавристика. Программа курса. М., «Изд-во РГГУ», 1997
74. *Дарвин Ч.* Полное собрание сочинений. М. - Л. , Госиздат., 1927, т.2
75. *Делез Ж.* Складка. Лейбниц и барокко/ М.: Логос, 1998

76. Делез Ж., Гваттари Ф. Капитализм и шизофрения. Анти-Эдип. М., ИНИОН АН СССР, 1990
77. Диккенс Ч. Собрание сочинений. М., «Художественная литература», 1958, т. 9
78. Дорфман Л. Я. Человеческое инобытие как творческая самореализация // Проблемы информационной культуры. Москва-Краснодар: Изд-во международной академии информатизации, 1995, вып. 2
79. Дубровский Д. И. Психические явления и мозг. М., «Наука», 1971
80. Дубровский Д. И. Обман. Философско-психологический анализ. М., «Изд-во Рей», 1994
81. Дункер К. Подходы к исследованию продуктивного мышления. В кн.:
82. Хрестоматия по общей психологии. М., «Изд-во МГУ», 1981
83. Ельшевская Г.В. Портрет как автопортрет. М., 1992.
84. Ельшевская Г.В. Маскотерапия как искусство. В кн.: Зеркальный двойник. М., «Друза», 1994
85. Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия. М., «Медицина», 2000
86. Жирар Р. Насилие и священное. М., «Новое литературное обозрение», 2000
87. Жулев В. Узнай себя // Управление школами, 1997, №1
88. Зейгарник Б. В. Теории личности Курта Левина. М., 1981
89. Зеленский В. В. Аналитическая психология. Санкт-Петербург, «Б. С. К.», 1996.
90. Ильин И. П. Постмодернизм. М., «INTRADA», 2001
91. Каган В. Е. Детский аутизм и общее психическое недоразвитие. Труды Ленинградского педиатрического Медицинского университета, 1976, т.70, № 10
92. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л., 1981
93. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. М.: «Медицина», 1985

94. *Каган В. Е.* Физика и метафизика в психотерапии // Независимый психиатрический журнал, 1999, № 2
95. *Кан М.* Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. СПб., 1998
96. *Кандинский В. Х.* О псевдогаллюцинациях (1890). М., Медгиз, 1952
97. *Каннабих Ю. В.* История психиатрии. М., «ЦТР МГП ВОС», 1994.
98. *Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия, М., «Медицина», 1994, т. 1
99. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. М., Медицина, 1985
100. *Карвасарский Б. Д. и Тупицын Ю. А.* Глоссарии: основные формы и синдромы для оценки состояния больных неврозами. М., 1974
101. *Карнап Р.* Философские основания физики. М., 1971
102. *Кедров Б. М.* Предмет и взаимосвязь естественных наук. М.: «Наука», 1967
103. *Келер В.* Исследование интеллекта человекообразных обезьян. М., 1930
104. *Кемпински А.* Психология шизофрении. СПб.: «Ювента», 1998
105. *Кемпински А.* Экзистенциальная психотерапия. М., 1973
106. *Кискер, Файберг и др.* Психиатрия, психосоматика, психотерапия. М., «Алтейла», 1999
- 107. Кляйн М., Бриттон Р., Абрахам К. и др. Эдипов комплекс и эротические сны. Клиническое применение М., «Nota bene», 2002**
108. Клиническая психиатрия. М., «Медицина», 1967.
109. Клинический журнал гениальности и патологии (1920-1925 г.)
110. *Козина Н. В.* Исследование эмпатии и ее влияние на формирование «синдрома эмоционального сгорания» у медицинских работников // Автореф. Дис. Канд. психол. Наук. СПб., 1998
111. *Колюцкая Е. В.* Типология обсессивно-фобических расстройств при шизофрении//Здравоохранение Российской Федерации, 2002, №1

112. *Копьев А. Ф.* Диалогический подход в консультировании и вопросы психопатии детской клиники. МПЖ, 1992, 1992, №1, с. 33-48
113. *Копытин А. И.* Теория и практика арт-терапии. – СПб. : Питер, 2002
114. *Коркина М. В.* Дистморфофобия в подростковом и юношеском возрасте. М., Медицина, 1984
115. *Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В.* «Нервная анорексия», Москва, Медицина, 1986
116. *Корсаков С. С.* Курс психиатрии. М., 1901
117. *Коштоянц Х. С.* Очерки по истории физиологии в России. М-Л., 1946
118. *Кравцов Г. Г.* Принцип единства аффекта и интеллекта как основа личностного подхода в обучении детей // Вопросы психологии, 1996, №6
119. *Красильников Г. Т.* Феноменология, клиническая типология и прогностическая оценка аутизма при шизофрении: Автореферат докт. дис. Томск, 1995
120. *Краснов В. Н.* Дифференциально-диагностическое и прогностическое значение деперсонализации в структуре депрессии // Депрессия (психопатология и патогенез) Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР. Т. 91. М., 1980
121. *Крафт-Эбинг Р.* Половая психопатия. СПб, «Питер», 2002
122. *Краус А.* Значение интуиции для психиатрической диагностики и классификации. Независимый психиатрический журнал, 1997, №1
123. *Крепелин Э.* Учебник психиатрии. М., «Издание А. А. Карцева», 1910, т.1.
124. *Кречмер Э.* Медицинская психология. СПб, «Союз», 1998
125. *Кречмер Э.* Строение тела и характер. М., «НО Научный Фонд», 2000
126. *Кристева Ю.* Душа и образ // Интенциональность и текстуальность. Томск, «Водолей», 1998
127. *Кроль Л. М.* Между живой водой и мертвой. Практика интегративной психотерапии. М., «Класс», 1998
128. *Кузник Б. И.* Джуна, Ванга и другие. М.: «Радио и связь», 1995
129. *Кун Т.* Структура научных революций. М.: «Прогресс», 1975

130. Лабиринты одиночества. М., «Прогресс», 1989
131. *Лакосина Н. Д.* Неврозы и невротические развития. В кн.: Руководство по психиатрии. М., «Медицина», 1988, т. II
132. *Лаутербак В.* Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. СПб.: изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995, с. 28-41
133. *Лебединская К. С., Немировская С. В.* Клинические варианты дисморфофобического синдрома при шизофрении у подростков. В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973
134. *Леви-Брюль Л.* Психология мышления. М., «Изд-во МГУ», 1980
135. *Леви-Строс К.* Первобытное мышление. М.: «Республика», 1999
136. *Леонтьев Д. А.* Психология смысла. М., «Смысл», 1999
137. *Лессинг.* Избранные произведения. М., 1953.
138. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. Л., 1985
139. *Ломброзо Ч.* Гениальность и помешательство. Ростов-на-Дону, «Феникс», 1997
140. *Майер Г.* Психология эмоционального мышления. В кн.: Хрестоматия по общей психологии. М., «Изд-во МГУ», 1981
141. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М., Класс, 1998
142. *Макаров В. В.* Избранные лекции по психотерапии. М., Академический проект, 2000
143. *Малиновский Б.* Искусство магии и могущество веры. В кн.: Религия и общество: Хрестоматия по социологии религии. М., «Аспект Пресс», 1996
144. *Мамардашвили М.* Как я понимаю философию. М., 1992
145. *Маньян В.* Клинические лекции по душевным болезням. М., Закат, 1995
146. *Махлин В. Л.* (1)Я и Другой: К истории диалогического принципа в философии XX в. М., 1997.

147. *Махлин В. Л.* (2)Философская программа М.М.Бахтина и смена парадигмы в гуманитарном познании. М., 1997
148. *Меграбян А. А.* Деперсонализация. Ереван, 1962
149. *Мелехов Д. Е.* Психиатрия и проблемы духовной жизни. М., 1979
150. *Михайлов И. А.* Ранний Хайдеггер. М., 1999
151. *Мишара А. Л., Шварц М. А.* Психопатология в свете новых направлений в философии сознания, нейропсихиатрии и феноменологии. Обзор современной психиатрии, 1999, вып. 2
152. *Морено Я. Л.* Социометрия: экспериментальный метод и наука об обществе. М., «Иностранная литература» 1958.
153. *Мосолов С. Н.* Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., «РИСТАР КОМ», 2001
154. *Мочалова О. Б.* Арттерапия – метод лечения и обучения. В кн.: Сборник статей по прикладной психологии. М., «ВЦ РАН», 1999
155. МПЖ – Московский психотерапевтический журнал, 2000, № 3
156. МПЖ - Московский психотерапевтический журнал, 1994, №4
160. *Назляян Г. М.* Возвращение личности. - Наука и религия, 1988, № 8, 9.
162. *Назляян Г. М.* Зеркальный двойник: утрата и обретение. М., «Наука», 1994.
163. *Назляян Г. М.* Принципы назначения лекарственных препаратов в институте маскотерапии. В кн.: Сборник статей по прикладной психологии. М.: «Вычислительный центр РАН», 1999
165. *Назляян Г. М.* Портретный метод в психотерапии. М., «ПЕР СЭ», 2001
168. *Никифоров О. В.* Терапевтическая антропология Людвиг Бинсвангера. «Логос», 1992, №3
169. *Ницше Ф.* Сочинения. М., «Мысль», 1990, т.1. НПЖ, 1994, №1
170. *Нуллер Ю. Л.* Парадигмы в психиатрии. Киев, 1993

171. Общая психиатрия. М., Медицина, 1998
172. Общая психодиагностика. «М., Изд-во МГУ», 1988.
173. *Оди Д. Р.* Человек – существо одинокое. В кн.: Лабиринты одиночества. М., «Прогресс», 1989
174. *Окуджава Б.* Надежды маленький оркестрик - М.: «У-Фактория», 2003
175. *Орлицкий Ю.* Что внутри стеклянной матрешки? // Родина, 1996, №2.
176. *Орлов Д. У.* Philosophia матрешки. Материалы конференции: «Русская и европейская философии: пути схождения», М., 2001. Павловские среды. М.-Л., 1949
177. *Пастернак Б. Л.* Стихотворения, поэмы, проза. М., «АСТ ОЛИМП», 1996
178. *Петровский А. В., Петровский В. А.* Индивид и его потребность быть личностью // Вопросы философии. 1982. N 3.
179. *Петровский В. А.* Теоретические проблемы психологии личности в системе межличностных отношений//Психология развивающейся личности, М., 1987.
180. *Пигалев А. И.* Ойген Розеншток-Хюсси: первое знакомство // Философские науки. 1994, № 1-3.
181. *Платон.* Теэтет. М.-Л., 1936.
182. *Платонов К. И.* Слово как физиологический и лечебный фактор. М., Медгиз, 1962
183. *Плотин.* Собрание сочинений. Киев, 1995, т. I
184. *Поуэн А.* Предательство тела. Пер. с англ. Екатеринбург, «Деловая книга», 1999
185. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара. Издательский дом "Бахрах", 1998
186. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99). Класс ВКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). М., «Минздрав РФ», 1998
187. Психоаналитические термины и понятия/ М., Класс, 2000
188. Психология. Словарь. М., «Из-во политической литературы», 1990

189. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб: «Питер», 2000
190. *Пятигорский А. М.* Избранные труды. М., 1996.
191. *Рабинович Е.* Безвредная радость. В ее кн.: Риторика повседневности. СПб., «Изд-во Ивана Лимбаха», 2000.
192. *Рассел Б.* Человеческое познание, его сфера и границы. М., «Республика», 1957.
193. *Ребер А.* Большой толковый психологический словарь. М., «Вече-Аст», 2000
194. *Рибо.* Творческое воображение. СПб., 1901
195. *Роджерс К.* Клиенто-центрированный/ человекоцентрированный подход к терапии. МПЖ, 1998, № 4
196. *Роджерс К.* Клиентоцентрированная терапия. М., «Рефл-бук, Ваклер», 1997
197. *Розенцвейг Ф.* Новое мышление // Махлин В. Л. Я и Другой (истоки философии «диалога» XX в.). СПб., 1995
198. *Розенток-Хюсси О.* Бог заставляет нас говорить. М., «Канон», 1998.
199. *Розин В. М.* Психологическая помощь. Психотехника. Эзотерический опыт. М., «РОУ», 1995.
200. *Розин В. М.* Опыт истолкования маскотерапии Г. Назлояна. МПЖ, 1996, № 4
201. *Ротенберг В. С.* Психологические проблемы психотерапии. Психологический журнал, 1986, № 3
202. Руководство по психиатрии. М.: «Медицина», 1983
203. Руководство по психиатрии. М., «Медицина», 1988, т. 1, 2
204. Руководство по психиатрии. М.: «Медицина», 2001
205. Руководство по психотерапии. Ташкент, «Медицина» УзССР, 1985
206. *Савенко Ю. С.* Новая парадигма в психиатрии. Независимый психиатрический журнал, 1997, №1
207. *Самохвалов В. П.* Психический мир будущего. Симферополь, «КИТ», 1998.

208. *Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А.* Пациент и психоаналитик. М., Изд-во «Смысл», 1995.
209. *Самуэлс Э.* Юнг и постъюнгианцы. Курс юнгианского психоанализа. М., Че Ро, 1997
210. *Сартр Ж. П.* Бытие и ничто. Опыт феноменологической онтологии М.: «Республика», 2004
211. Сборник статей по прикладной психологии (концепции, теории, модели, практика). М., «ВЦ РАН», 1999.
212. *Саркисян Н. Г.*
213. *Сербский В. П.* Психиатрия: Руководство к изучению душевных болезней. М., 1912
214. *Сеченов И. М.* Рефлексы головного мозга. В кн.: И. М. Сеченов. Избранные произведения. М., «Наука», 1952, т. 1
215. *Сеченов И. М.* Кому и как разрабатывать психологию? В кн.: И. М. Сеченов. Избранные произведения. М., «Наука», 1952, т. 1
216. Словарь-справочник симптомов и синдромов заболевания. Варшава, 1968
217. *Снежневский А. В.* Общая психопатология: Курс Лекций. Валдай, 1970
218. *Соколова Е., Чечельницкая Е.* Моделирование стратегий психотерапевтического общения при патологических внутренних диалогах. МПЖ, 2001, с.102 –121
219. *Сосланд А. С.* Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или как создать свою школу в психотерапии. М., «Логос», 1999
220. *Спенсер Г.* Принципы социологии. В кн.: Мистика. Религия. Классики мирового религиоведения. Антология. М., «Канон», 1988
221. Справочник по психологии и психотерапии детского и подросткового возраста. СПб., «Питер. Ком.», 1999, статьи «Дисморфомания», «Зеркала симптом»
222. *Сэмюэлз Э., Шортер Б., Плот Ф.* Критический словарь аналитической психологии К. Юнга, М., «ЭСИ», 1994

223. Таврический журнал психиатрии, 1998, № 2.
224. *Ташлыков В. А.* Психология лечебного процесса. Л., 1984
225. *Телешевская М. Э.* Наркопсихотерапия. В кн.: Руководство по психотерапии. Ташкент, «Медицина», 1985.
226. *Томе Х., Кэхеле Х.* Современный психоанализ. М., «Прогресс Литера», 1996, т.1
227. *Торри Э. Ф.* Шизофрения. СПб.: «Питер», 1997
228. *Тулицын Ю. Я.* Клинический метод в практической психотерапии // Психотерапия от теории к практике. СПб., 1995
229. *Тхостов А. Ш.* Депрессия и коморбидные расстройства // Депрессия и коморбидные расстройства. М., 1997
230. *Узнадзе Д. Н.* Экспериментальные основы психологии Установки. Тбилиси, 1961
231. *Уитроу Дж.* Естественная философия времени. М., 1964
232. *Улыбина Е. В.* Эмоциональная поглощенность как смерть объекта: депрессивное обаяние Катерины // Мир психологии, 2002, №4
233. *Уотс А. В.* Путь дзена. Киев: «София», 1993
234. *Ухтомский А. А.* Доминанта // Собрание сочинений. Л., 1950, т.1
235. *Ухтомский А. А.* Доминанта как фактор поведения // Собрание сочинений. Л., 1950, т.1
236. *Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства. М., «Медицина», 1978
237. *Федоров А. П.* Когнитивно-поведенческая терапия. СПб., «Питер», 2002
238. *Филатов Ф. Р.* Отношение «я – другой» в свете поздних сочинений К. Г. Юнга. МПЖ, 2001, №1, с. 24 – 41
239. Философский энциклопедический словарь. М., «Советская энциклопедия», 1983
240. *Флейвел Д. Х.* Генетическая психология Ж. Пиаже. М., 1967
241. *Франк С. Л.* Непостижимое. М., «Правда», 1990.

242. *Франкл В.* Человек в поисках смысла/ М., Прогресс, 1990
243. *Фрейд З.* О психоанализе. Пять лекций. М., 1911
244. *Фрейд З.* Избранное. М., ВТИ, 1990
245. *Фрейд З.* Толкование сновидений. Ереван, «Луйс», 1991
246. *Фрейд З.* Хроника-хрестоматия. М., «Флинта», 1999
247. *Фрейденберг О. М.* Поэтика сюжета и жанра. М., «Лабиринт», 1997.
248. *Фромм Э.* Духовная сущность человека. Способность к добру и злу. Человек и его ценности. В кн.: Сборник тезисов современных философов // XVIII Всемирный философский конгресс. М., 1988.
249. *Фуко М.* Рождение клиники. М., «Смысл», 1998
- 250. Хайдеггер М. Бытие и время. М., «Республика», 1993**
251. *Хайнд Р.* Поведение животных. М., «Мир», 1975.
252. *Хараи А.У.* Межличностный контакт как исходное понятие психологии // Вопросы психологии, 1977, №4
253. *Хараи А.У.* Принцип деятельности в исследованиях межличностного восприятия // Вопросы психологии, 1980, №3
254. *Хараи А.У.* Монолог и диалог в общении // Социальная психология. М., «МГУ», 1999
255. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности. СПб, «Питер», 1997
256. *Хиггинс Р.* Методы анализа клинических случаев. М., «Когито-центр», 2003
257. *Хилл Т. И.* Современные теории познания. М., 1965
258. *Холл К. С., Линдсей Г.* Теории личности. Киев, «PSYLIB», 2005
259. *Хорни К.* Невроз и развитие личности. М., «Смысл», 1998
260. *Цивьян Т. В.* Предисловие. В кн.: Назлоян Г.М. Зеркальный двойник. М., «Друза», 1994
261. *Чуркин А. А., Мартюшов А. Н.* Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М., «Триада-Х», 2000
262. *Шаламов В.* Колымские рассказы. Сочинения, т. I. Екатеринбург, У-Фактория, 2004

263. Шнайдер К. Клиническая психопатология. М., 1998
264. Шоттер Дж. М. М. Бахтин и Л. С. Выготский: интериоризация как феномен границы // Вопросы психологии. 1966, №6.
265. Шпренгер Я., Инститорис Г. К. Молот ведьм. М., «Просвет», 1992
266. Энгельмейер П. К. Философия техники. М., 1912, вып. 1-4
267. Эйнштейн А., Л. Инфельд. Эволюция физики. Собрание Научных трудов. М.: «Наука», 1967, т. 4
268. Юдин Т. И. Психопатические конституции. М., «Издание М. и С. Собашниковых», 1926
269. Юнг К.-Г. Психология бессознательного. М., 1994, с. 103-134
270. Юнг К. Избранное. Минск: «Попурри», 1998
271. Юнг К. Об отношении аналитической психологии к поэтико-художественному творчеству // Зигмунд Фрейд. Хроника-хрестоматия. М., Флинта, 1999
272. Якубик А. Истерия. М., Медицина, 1982
273. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. СПб., Питер, 2000
- 274. Янг Р. М. Эдипов комплекс. Проблемы психоанализа М., «Перспект», 2002**
275. Ярошевский М. Г. Проблема детерминизма в психофизиологии XIX. Душанбе, 1961
276. Ярошевский М. Г. Хрестоматия по истории психологии. М., Наука, 1980
277. Ярошевский М. Г. История психологии. М., «Мысль», 1985
278. Ярошевский М. Г. Исцеление души. В кн.: Назлоян Г.М. Зеркальный двойник. «Друза», 1994
279. Ярошевский М. Г., Липкина А. И. Исцеление души. - «Наука и религия», 1988, № 9.
280. Ясперс К. Общая психопатология. М., «Практика», 1997
281. Ясперс К. Стринберг и Ван Гог. Опыт сравнительного патографического анализа с привлечением случаев Сведенборга и Гельдерлина. СПб., «Питер», 1999

282. *Asperger H.* (1944) Arch. Psychiatr. Nervenkrank, Bd. 117
283. *Abrahamian L. H.* On the Distancing of Emotion in Ritual. - v.19, 1978, N1
284. *Balint M.*, Current Anthopology. Analytic Training Analysis. – Int. J. Psychoanal., 1954, v.35
285. *Bandura A.* Principles of Behavior Modification“, N.Y., 1969
286. *Brenner H.* The Self Understanding of the Psychotherapist Humanistic// Psychologist.- 1988.-№ 16.-Pp. 141-152
287. *Champernowne I.* Art therapy in the Withymead Center // American Bulletin Children as a Means of Diagnosis and Therapy. - New York: Coolidge Foundation, 1947
288. *DalleyT.* Art as Therapy.- London.:1984
289. *Hill A.* Art Versus Illness. London, George Allenm and Unwin, 1945
290. *Ellenberger H. F.*, The Discovery of the Unconscions, New York, Basic Books, 1970
291. *Ferenzi S., Rank J.*, Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Vienna, Int. psychoanal. Verlag, 1924
292. *Freud S.* Instincts and their vissititudes// SE, 1955, 14
293. *Glover E.* The Technique of Psychoanalysis. London, Bailliere Tindall & Cox, 1955
294. *Grawe K., Donati R. & Bernauer F.* Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe – Gottingen – Bern – Toronto – Seattle, 1994
295. *Grinder J., Bandler R.* The structure of magic // Sciens and behavior books. Inc. Palo Alto, Calif., vol. I, 1975
296. *Gygeritch W.* Drachenkampf oder Initiation ins Nuklearzeitalter In: Psychoanalyse der Atom-bombe, Zürich, 1989, Bd. 2
297. *Hartmann H.* Notes on the the theory of sublimation // PSOC, 1955, 10
298. *Hemple C. G.* Fundamentals of taxonomy. In Philosophical Perspectives of psychiatric diagnostic classificacion. Wiggins OP, Schwartz MA. Baltimore: John Hopkins University Press; Ed. by Sadler JZ, 1984

299. *Hill A.* Art Versus Illness. London, George Allen and Unwin, 1945
300. *Horney K.* Neurjzis and Human Growth. Struggle Toward Self-Realisation. N.-Y., 1950
301. *Kanner L.* (1943). *New Child*, v.2
302. *Kosuth J.* Art after Philosophy. – *Studio International*. 1969. V. 178. N 915
303. *Kraus A.* Die bedeutung der intuition fur die psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In: *Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung*. Hrsg. von Sass H. Jena: Gustav Fischer Verlag; 1996
304. *Kuhn T. S.* The structure of scientific revolutions. Chicago, The University of Chicago Press, 1970
305. *L'Express*. 1969. 20-26 oct. P.79-85
306. *Lacan J.* (1953) Fonction du champ de la parole et du langage en psychanalyse. In: *Ecrits*. Seuil, P., 1966
307. *Lambert M., Bergin A.* The effectiveness of psychotherapy // *Handbook of psychotherapy and behavioral change* / Eds. A.Bergin, S.Garfield. N.Y.: Wiley, 1994. 4th ed. P. 143-189
308. *Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J., Auerbach A.* Who Will Benefit From Psychotherapy. N. Y., Basic Books, 1988
309. *May R.* Paulus; Reminiscences of a Friendship. N. Y., 1973
310. *Maslow A.* Self-actualizing and Beyond. – In: *Challenges of Humanistic Psychology*. N. Y., 1967.
311. *Menninger K. A., Holzman P. S.* Theory of Psychoanalytic Technique. New York, Basic Books, 1958
312. *Merleau-Ponty M.* Phenomenologie de la perception. Paris, Gallimard, 1945
313. *Minkowski E.* Traite de psychopathologie. Paris, Universitaires de France, 1966
314. *Perls F.* Gestalt therapy verbatim // Real People Press, Lafayette, Calif., 1969
315. *Rogers C. R.* Client-centered therapy // Boston: Houghton, 1951

316. *Rumke H. C.* Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenen//II International Kongress fur psychiatrie. Der Nervenarzt, 1958. Z.29
317. *Thorne F. C.* Principles of directive counseling and psychotherapy // Am. Psychol., 1948, N 3, p. 160-165
318. *Wallas G.* The art of thought /N. Y., 1926
319. *Waldinger R. J., Frank A. F.* // Hospital and Community psychiatry, 1989, 40
320. *Warkany J.* Overview of malformation syndromes. Birth Defects,10(7):1-5, 1974
321. *Wertheimer M.* Productive Thinking. N.Y., 1945
322. *Woerly. F.* L' Homme Entier. Lausanne, 1990
323. *Чолаков К.* Психофизиологичната декапсулация Като каузално на психоневрозите. Руссе, 1933

Аннотация

Маскотерапия – комплекс методов диагностики и лечения психических расстройств, основанный на триадной структуре психотерапевтического взаимодействия (врач – пациент – скульптурный портрет). Автор – психотерапевт, кандидат психологических наук, почетный доктор педагогики в Лозанне (Швейцария) изменил клиническую беседу структурно, поместив ее в функциональном поле художника (врача) и модели (пациента). Так появилось трехкомпонентное (вместо двухкомпонентного) пространство психотерапевтического взаимодействия, создающего множество преимуществ и позволяющего достичь равного партнерства, «нулевых» диалогических отношений в паре врач-пациент. Методы психотерапии (портрет, автопортрет, бодиарт-терапия, групповая психотерапия «беседы у костра», параллельное лечение опекунов душевнобольных), разработанные Г. М. Назлояном и его учениками за прошедшие годы, направлены на выявление и преодоление аутистических расстройств психики.