



Г.М. Назлоян

# Портретный метод в психотерапии

Гагик Назлоян

# **Портретный метод в психотерапии**

«Когито-Центр»

2001

УДК 616.89  
ББК 56.14

**Назловян Г. М.**

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

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

УДК 616.89  
ББК 56.14

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

# Содержание

Введение	6
Глава 1	9
1.1. Метод портретной психотерапии	9
1.2. Время психотерапевтического сеанса	14
1.2.1. «Выскальзывание»	14
1.2.2. Портретное время	15
1.2.2.1. Амбивалентность портретного времени	15
1.2.2.2. Реализация портретного времени	16
Конец ознакомительного фрагмента.	17

# **Г. М. Назлоян**

## **Портретный метод в психотерапии**

© Г. М. Назлоян, 2001

© ПЕР СЭ, 2001

\* \* \*

## Введение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# Глава 1

## Пространство и время психотерапевтического сеанса. Стилистика лечебного портрета

### 1.1. Метод портретной психотерапии

**Метод портретной психотерапии, который будет здесь обсуждаться, предопределил формирование целого комплекса способов и приемов лечения душевнобольных<sup>1</sup>. В структуре новой терапии соединились диагностические и этические принципы клинической психиатрии, а также механизмы реализации художественного творчества. Клинический анализ и клиническая беседа (так называемая медицинская психотерапия) были перемещены в атмосферу взаимоотношений художника и модели.**

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

Работу над скульптурным портретом проводят дипломированные врачи, свободно пользующиеся приемами изобразительного искусства. Такие явления двойного профессионализма изучает так называемая *кентавристика* – наука о сочетаемости традиционно несочетаемых областей знания. Известный исследователь этой проблемы науковед Д. С. Данин в своих лекциях (Данин, с. 3) выделяет «двойное подданство» в искусстве или в науке, называя людей этой категории *квази-кентаврами*. Далее он обсуждает группу творческих лиц, «чье двойное подданство проявлялось не одновременно», а в смене одного рода деятельности другим. Причисляя портретную терапию к творчеству «истинных кентавров», он считает, что нам удалось осуществить слияние науки и искусства и создать модус существования на границе этих областей знаний<sup>2</sup>.

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

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

---

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

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

терапевтические явления, которые стали бурно развиваться в нашей практической деятельности. Со временем были выработаны новые способы лечения душевнобольных и обучения стажеров этой достаточно сложной технике. Проведем некоторые параллели с общепринятыми принципами психотерапии<sup>3</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Душевнобольной находит свое место хотя бы потому, что с него (с оригинала) снимают копию<sup>5</sup>. Нас не перестает удивлять, с каким достоинством пациент выходит из группы других больных, подходит и садится на предназначенное ему место у мольберта. Так может вести себя человек, имеющий достаточно прочные социальные связи. Врач как художник считает, что лицо больного в этот момент становится интересным и значительным, а встречу расценивает как важное событие в своей жизни.

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

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

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

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

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

В этом стихотворении отражено довольно частое в нашей практике состояние, приводящее к экстраординарным, агрессивным и аутоагрессивным поступкам. М. Р., которая несколько раз пыталась покончить с собой, с точностью характеризует потерю собственного образа в категориях пространства и времени. Причем поэтизированное пространство-время то сгущается, вызывая душевную боль в виде остановки мысли, то раскалывается, вызывая мучительную пустоту, ощущение себя вне времени и пространства<sup>6</sup>. Хотя эти категории отражают разные стороны одного явления, для удобства изложения рассмотрим их по порядку.

---

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

## 1.2. Время психотерапевтического сеанса

В психотерапии, как, впрочем, и в лекарственной терапии, происходит учет, а также подспудная символизация и ритуализация часового, измеряемого времени. Режим приема лекарств, сна и пробуждения, обходов, дежурств персонала, свиданий с родственниками и многие другие действия, привязанные к формальному времени, представляются нам недостаточно уместными по отношению к потерявшему внешние связи пациенту<sup>7</sup>.

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

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

### 1.2.1. «Выскальзывание»

«Выскальзывание» из-под пресса измеряемого времени ярко проявляется в стационаре. Терроризируемые часовым временем больные отказываются от приема лекарств, пищи, часто обращаются с просьбой о выписке, замышляют побеги, у них отмечены суицидальные мотивы в поведении, кроме того, наблюдаются избыточность, манерность, чудачества. А в психотерапевтическом кабинете они сопротивляются попыткам врача внушить целесообразные формулы или анализировать их сокровенные переживания. Эти проблемы мы пытаемся решать за счет более мягкого, компромиссного временного контроля в практике ведения клинической беседы, назначений лекарств, проведения психотерапевтических сеансов<sup>8</sup>.

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<sup>9</sup>. Учитывая это, мы уже много лет подыскиваем оптимальное для каждого больного время встречи. Мы говорим нашим пациентам, чтобы они приходили, к примеру, во второй половине дня или когда им удобно, избавляя их от пресса времени. У нас создается некий коридор времени и для вра-

---

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

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

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

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

### 1.2.2. Портретное время

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

Больного не принуждают делать что-либо по расписанию, согласно распорядку<sup>10</sup>. Дискретность есть и здесь, она создается сменой одного сеанса другим. К этой важной для нас проблеме мы еще будем возвращаться. Если же смотреть на часы, то равноценные по лечебному эффекту сеансы могут длиться от нескольких минут до нескольких часов. Здесь, как и в любой творческой мастерской, проявляется времеобразующая функция создаваемого портрета.

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

#### 1.2.2.1. Амбивалентность портретного времени

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

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

---

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

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

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

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

### 1.2.2.2. Реализация портретного времени

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

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



## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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