

ОПЫТ ИСТОЛКОВАНИЯ МАСКОТЕРАПИИ Г.НАЗЛОЯНА

В.М.РОЗИН

Методика лечения шизофрении и других крайне тяжелых форм психических заболеваний, которую разработал Гагик Назлоян, получила сегодня в кругу специалистов достаточно широкую известность. Суть этой необычной методики в следующем: врач в течение довольно длительного времени (от нескольких месяцев до года и больше) создает (лепит) из пластилина серию портретных изображений (масок) больного. Больной может первые недели или даже месяцы безучастно сидеть перед скульптурой, муссируя про себя или вслух свои проблемы (бред, навязчивые идеи, болезненные ощущения и т.п.). Но, в конце концов, он включается в процесс создания своих масок, начинает общаться с врачом (и по поводу своих портретов, и на другие темы). Ничто, казалось бы, в течение длительного хода сотворчества и общения врача с пациентом может не предвещать излечения, но вдруг оно приходит, причем, как правило, сопровождается довольно бурной, напоминающей катарсис реакцией. «В течение многих лет работы над портретами больных, – пишет Гагик Назлоян, – не помню ни одного случая, когда бы не наблюдался катарсис. Эти эмоционально интенсивные состояния неожиданно наступают, приобретая самые причудливые формы. То это «взрывы» смеха или плача, длящиеся несколько часов, то различные проявления психомоторного возбуждения, агрессивность, грубое сексуальное поведение и т.п. Важно, что больные полностью или частично амнезируют эти состояния, а в завершение катарсиса возникает яркое, наверное, мало с чем сравнимое ощущение своего выздоровления, желанного избавления» (Назлоян, 1994, с.47).

Получается так, что создание портретов больного заканчивается вместе с его излечением. В связи с этим Г.Назлоян оперирует таким понятием, как «портретное время». «Поскольку у скульптурного портрета, – читаем мы, – есть начало, этапы создания и завершения, то итогом начавшегося и поэтапно проводимого лечения должно быть не частичное улучшение состояния, а полное выздоровление больного. Внутри «портретного времени», а не вне его, делается все возможное, чтобы избавить пациента от болезненных переживаний» (там же, с.44). По истечении портретного времени пациенту сообщается, что он полностью

здоров. И даже если иногда, через какое-то время, случаются рецидивы, врач предлагает бывшему пациенту рассматривать их не более как остаточные «хвосты» у вполне здорового человека.

Эффект методики Назлояна налицо, и он постоянно подтверждается все новыми случаями излечения тяжелых больных, от которых ранее отказались другие психиатры и психотерапевты. Но загадка в том, что с научной точки зрения, в общем-то, непонятно, почему происходит излечение пациентов Назлояна. Сам Назлоян пытается объяснить свой метод таким образом, что в результате *осознания и творчества* происходит *преодоление феномена отчуждения*. Он пишет: «Мишенью» для терапевтического применения портретного искусства являются различные формы отчуждения. Именно это явление выдвигается на первый план портретной психотерапии, остальные же отступают на периферию, не подлежат обсуждению, хотя и сохраняют свое значение... Критерием же излечения портретированием является выход пациента из аутистического состояния, восстановление или развитие его творческих способностей. Достигая истинного осознания своих переживаний как болезненных, человек обретает мощные защитные механизмы, появляется своеобразная мудрость в болезни» (*там же*, с.39, 45). Часто Назлоян говорит интересные фразы, например, «болезнь ушла в объем», «портрет – место, куда уходит болезнь» (с.20), которые, по-видимому, с точки зрения техники лечения точны, но мало что проясняют в теоретическом отношении. Почему, спрашивается, создание портрета больного способствует излечению тяжелых психических заболеваний, каков механизм такого излечения, нельзя ли предположить, что создание масок больного – только фон, а на самом деле большее значение имеют какие-то другие факторы, например, общение с больным или влияние личности самого Назлояна? Кстати, к такому предположению могут подтолкнуть и собственные размышления Назлояна. «Однако, – пишет он, – после того, как наступает момент отождествления с портретом (рано или поздно это происходит), с каждым сеансом повышается результативность психотерапии. Возникает и развивается ситуация сопричастности, соучастия и творческого сотрудничества. Возможно, еще далеко до выздоровления, но на пути к нему процесс отождествления очень важен. Кстати, в него невольно включаются и все присутствующие (даже случайные). Так прокладывается тропа осознания своей болезни... В процессе создания скульптурного портрета общение с больным протекает в атмосфере предельной раскованности – оно не имеет скрытого плана, подтекста, не нуждается в особых приемах, в «артистизме» врача, изощренном его «притворстве», известном тем, кто работает в психиатрических учреждениях. Напряжение больного снижается уже потому, что ему ясна причина его присутствия в кабинете врача: это не требует ни специальных познаний в области изобразительного искусства, ни особого уровня интеллектуального развития... Терапевтический азарт невозможно остановить, пока врач не пробьет «брешь» в аутизме, пока не начнется

свободное, действительно духовное общение. Период скованности в начале работы, самоуглубленности больного, которую можно было бы интерпретировать как еще больший уход в себя, на самом деле часто оказывается мучительным поиском контакта больного с врачом» (*там же*, с.24, 17, 25). В ответ на поставленные нами вопросы можно сказать, что многие методы в психиатрии, например, основанные на суггестии, также непонятны, *мы не знаем их механизм, но успешно применяем*. Тем не менее, вероятно, нужно стремиться понять эти методы, тем более столь парадоксальные и эффективные, каким является подход Назлояна.

Какая исходная проблема стоит перед психотерапевтом, имеющим дело с тяжелым психическим заболеванием? Заставить пациента хотя бы на время выйти из реальности (мира), в котором он находится (назовем эту реальность «деформированной»). Весьма образно Г.Назлоян обозначает эту проблему, начиная свою статью с характерного подзаголовка – «Пробиться сквозь стену молчания» (*там же*, с.15). Но как это сделать, если именно события деформированной реальности являются для пациента основными, тем, что для него *существует*, а обычные события и мир, столь значимые для нас – *периферийными*. Хотя пациент и видит эти периферийные события, но они для него, подобно теням, малозначимы. Кроме того, он все факты, с нашей точки зрения, опровергающие или ставящие под сомнение существование деформированной реальности, переосмысливает так, что они только подтверждают деформированную реальность, ее существование. Простой пример: к больному дисморфофобией, которому кажется, что от него пахнет мочой, на постель садится врач и хорошенькая медсестра. Врач говорит: «Вот видите, мы сели к Вам прямо на постель, если бы от Вас чем-нибудь пахло, то мы бы этого не сделали». Больной, хитро сощурившись, отвечает: «Я видел, что Вы, доктор, только что курили в коридоре с медсестрой. Это для того, чтобы не чувствовать запаха мочи, отбить его табаком. А сели на мою постель Вы специально. От меня пахнет, да еще как, а Вы терпите, чтобы меня переубедить. Но на самом деле все Ваши уловки шиты белыми нитками».

Итак, что для здорового человека – блажь и мираж, для больного – реальность. Внутри своей деформированной реальности пациент все факты и события периферийного мира видит и понимает, соответственно, искаженно. И так может продолжаться довольно долго, даже в мастерской Гагика Назлояна, который уже давно лепит портрет пациента.

И все же пациент, наконец, замечает, что врач лепит его портрет. Однако интересуется пациента не занятие врача, а события и перипетии деформированного мира, в котором пациент живет. Поэтому он продолжает про свое, про свои страхи, переживания, про свою реальность. Но Назлоян этот разговор решительно не поддерживает, может даже сказать что-нибудь такое: «Прекратите бред, не мешайте работать». Тогда пациент или снова, как улитка, вползает в свой мир (впрочем, он из него и не выходил), или все же начинает осознавать, что доктор лепит не что

иное, как портрет именно его, пациента. А портрет, как известно, должен быть похож на свой оригинал. В своей статье Г.Назлюян неоднократно подчеркивает необходимость портретного сходства маски пациента. Совершенно необходимо, чтобы это сходство заметил и сам пациент; если последнее не происходит, то приходится специально обращать внимание пациента на факт сходства его портрета и лица. Для этого используется зеркало, массаж, самопортретирование, обсуждение портрета и т.п. «В профессиональном искусстве, где имеют право на жизнь различные интерпретации портрета – вплоть до полного несходства, – разговоры на тему «похож – непохож» – признак плохого тона. Иное дело лечебный портрет. Постепенное возникновение реалистической оценки своего лица порождает сильные переживания, разрушающие привычный ход мышления больного, «привязывающие» его к своему зарождающемуся образу, заставляющие часто (иногда «тайно») подходить к зеркалу для изучения отдельных деталей лица, искать сходство с портретом» (*там же*, с.21).

Вроде бы очевидное положение о сходстве портрета и лица пациента нуждается, однако, в серьезном уточнении и осмыслении. В ранней, но весьма тонкой в психологическом отношении работе Михаила Бахтина «Автор и герой в эстетической деятельности» обсуждается такой интересный вопрос: может ли человек, который, предположим, намеревается сделать свой автопортрет, увидеть себя в зеркале объективно, непредвзято. И Бахтин приходит к выводу, что это невозможно, что в зеркале мы видим себя как бы с позиции другого (других), с точки зрения того, *как, по нашему мнению, мы должны выглядеть*. Только *реальный чужой взгляд другого*, связанного, по Бахтину, с позицией «**внеаходимости**» (которая самому человеку принципиально не дана) позволяет увидеть нас и наше лицо более объективно (Бахтин, 1979). Используя эти наблюдения М.Бахтина, предлагаем ввести различие трех портретов человека; одного внутреннего и двух внешних. «*Внутренний портрет*» – это наше интегральное ощущение себя, то есть каким я себя в данное время представляю (сильным, молодым, энергичным, красивым или слабым, неуверенным, но духовным и т.д. и т.п.). Этот портрет может не иметь ничего общего с объективным положением дела, однако в нем объективируется относимая нами к себе система образов, переживаний, ценностей самосознания. Первый внешний портрет, с которым обычно имеет дело человек, можно назвать «*представительным*». Это как раз то, как мы видим себя в зеркале и с точки зрения (но не глазами) других. Второй портрет будем называть «*объективным*». Объективный он не в том смысле, что это и есть наш настоящий, истинный портрет. Объективный он потому, что увидеть его можно лишь в позиции внеаходимости, т.е. через других, через произведения искусства (картину, скульптуру, танец, через запись нашего лица или поведения на видеопленке и т.д.). Самое интересное здесь в том, что *представительный*

портрет, в общем, должен находиться в определенном соответствии с портретом внутренним, хотя, на первый взгляд, это не очевидно. Мало ли как я себя представляю, почему, спрашивается, этот мой довольно сложный образ должен отвечать моему представительному портрету? Однако задумаемся, что такое вообще психологический портрет человека. В новоевропейской культуре, где и внешняя реальность, и внутренний мир человека тесно связаны с его личностью, портрет – это не просто мой внешний или внутренний образ, а основа, центр моей идентификации, моего поведения, моей ценностной ориентации. Если, например, я себя ощущаю молодым, сильным, энергичным, а в зеркале вижу старого человека с потухшим взором, то вряд ли я смогу остаться спокойным. Более вероятно, что у меня в этом случае возникнут вопросы, недоумения, сильные переживания: «Я ли это, или кто-то другой? А если я, то почему я такой, каким себя не ощущаю?»

По мере взросления каждый человек проходит отдельные стадии своего развития, точки психических переживаний, метаморфоз. Вот он еще похож на «гусеницу», т.е. маленький ребенок. Вот уже куколка, т.е. подросток. А вот и бабочка, т.е. молодой человек, и т.д. И каждое такое психологическое существо оставляет нам свой внутренний мир, выраженный внутренним портретом, а также свои представительные портреты, некоторые из которых мы запомнили или успели запечатлеть фотокамерой. В нашем внутреннем взоре и памяти на наш взрослый представительный портрет спроецирован ряд других генетически предшествующих портретов, отсылающих нас к нашему детству, отрочеству, юности или предшествующим стадиям взросления. А какой, интересно, представительный портрет имеют пациенты Назлояна? Вероятно, тот, который отвечает *внутреннему портрету больного, целиком заданному деформированной реальностью*. Если, например, у пациента бред, мания преследования, то и видит он себя, соответственно, как преследуемого со всех сторон день и ночь. Он видит на своем лице страх, видит тени преследователей, физически ощущает давление таинственных лучей, направленных на него с целью его уничтожения. Г. Назлоян, естественно, не мог не заметить странного восприятия пациентами своего лица. Но объяснить причины этой странности он не мог. «Иногда, – пишет Г. Назлоян, – больных удивляет форма своего 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. Сергей В., для которого лоб был «полигоном», поверхность носа – «стартовой площадкой», а рот – «пещерой», в конце концов вспомнил об этом с иронической улыбкой, как, впрочем, и развитую бредовую систему и неадекватные поступки, связанные с тем, что он – Пришелец из Будущего. Другой больной, Владимир У., лечить которого еще предстоит, «лепит» из своих щек

лошадей, кошек и других животных, а затем «стирает» их. Что за всем этим скрыто?» (Назляян, 1994, с.23). Мы могли бы ответить. Видение больными своего лица полностью определяется особенностями деформированной реальности. Так, именно потому, что Сергей В. считает себя пришельцем из будущего и, следовательно, космонавтом, он воспринимает свой нос как «стартовую площадку», а лоб как «космический полигон».

Но вдруг (хотя это вдруг, как мы отмечали, может быть довольно растянуто во времени) пациент замечает, что врач, создающий из пластилина его портрет, лепит кого-то другого, кого-то, хотя похожего на него, но другого. На периферии своего мира пациент вынужден признать, что портрет похож на него, но, с другой стороны, совсем не похож. Этот портрет не отражает ощущение пациентом самого себя, ощущение, подчеркнем, неотделимое от портретного видения себя.

Другими словами, врач именно за счет позиции «внезаходимости», средствами искусства создает *объективный портрет* пациента, тем самым ввергая последнего в сложные переживания. Пациент чувствует, что создаваемый Назляяном портрет – это его портрет, но, оказывается, этот портрет не совпадает с тем портретом, к которому уже давно во время болезни привык пациент. Однако почему пациент не может отмахнуться от портрета, создаваемого Назляяном, как бы не заметить его? Вероятно, вначале он так и делает. Но Гагик упорно продолжает лепить лицо больного, и пациент это видит, он не может игнорировать тот факт, что возникающий портрет пишется с него, пишется честно. И вот тогда пациент включается в игру, в общение. Он пытается сказать, что на самом деле все не так, что его преследуют, травят, что мир вовсе не такой, каким его рисует Назляян. Говорит-то он эти слова, а имеет в виду другое – а именно, что врач лепит не то, видит все неправильно. Но Назляян отмахивается от его слов как от назойливой мухи: «Оставьте ваш бред, не мешайте работать».

«Что же происходит с тем содержанием переживаний пациента, – спрашивает себя Назляян, – которое находится как бы на периферии общения создателя портрета с его моделью? Собеседники будто бы игнорируют такие «мелочи», как бред, галлюцинации, навязчивость. А ведь именно на этих переживаниях фиксируется внимание больного на первых сеансах, именно на них уходит больше всего сил. Во-первых, иллюзия «вечности» общения создает у больного уверенность, что к своим основным «вопросам» он может вернуться в любое время, когда только пожелает. Во-вторых, в каждой болезни существует весьма ограниченный набор переживаний, к которым приковано сознание пациента. За время лечения портретируемый успевает многократно повториться в своих проявлениях – это вызывает недовольство присутствующих, а у врача – откровенную иронию и даже некоторую «агрессию», так как подобные надоедливые повторы мешают

сосредоточенности скульптора, необходимой в его работе, особенно 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 ко вкусам авторитетного для него круга – придется вести беседы на темы, которые с момента заболевания стали трудно даваться ему» (*там же*, с.27).

Один из возможных вариантов дальнейшего развития событий следующий. В попытке разрешить мучительный конфликт между внутренним, представительным и объективным портретами, пациент вспоминает (или заново воспроизводит) один из представительных образов своей прежней здоровой жизни. Он вдруг узнает в портрете Назлояна какие-то свои черты, узнает себя. А раз узнал, то оказывается пойманным своим внутренним портретом, частью своего здорового Я, здорового ядра своей личности. Ухватившись за маску своего портрета, часть здорового ядра личности пациента как бы всплывает на поверхность психики и сознания, а деформированная личность, скрипя зубами, вынуждена уступить ей под солнцем немного места.

«Выделение здорового, – пишет Назлоян, – 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 осознания *пути*, который воплощается в изготовление скульптуры, имеющей объем (ср. архаические представления: болезнь уходит в море, камень, растение, в сверхъестественное существо и т.п.). Прохождение этого пути и есть лечение: сначала врач двигается вместе с больным, затем подходит все ближе к нему, наконец, как бы совмещается с ним, замещает его, опираясь на то здоровое начало, которое в нем живо» (*там же*, с.20).

В этом пункте нашего рассуждения может возникнуть следующий вопрос: каким образом портрет пациента помогает последнему воссоздать свое здоровое начало? Обратим внимание, что в своей статье Назлоян несколько раз пишет примерно следующее: «Вдруг я понял, что портрет готов». Например, в истории больной Б.С. Назлоян пишет: «После упомянутых двух этапов я стал ощущать, что больная и сама фиксирует улучшение своего состояния. Я посмотрел на скульптуру и вдруг увидел, что в главном она уже закончена, остаются лишь технические детали» (*там же*, с.58).

Спрашивается, что Назлоян увидел в портрете, по каким признакам он решил, что процесс портретирования больного подошел к своему

завершению? Явно здесь не имелись в виду эстетические критерии, поскольку Назлоян обращает внимание, что портреты пациентов не создаются в рамках эстетической реальности. Учтем еще одно наблюдение: в портретном воплощении лица всех пациентов Назлояна чем-то схожи. И вовсе не тем, что мы в лицах пациентов Назлояна видим патологические психические изменения. Напротив, перед нами хотя иногда и напряженные черты (и то не всегда), *но вполне здоровые*. Сходство в чем-то другом, неуловимом, в какой-то общей идеальности, отрешенности, умиротворенности этих лиц.

Чтобы ответить на поставленные здесь вопросы, вернемся еще раз к замечательной работе М.Бахтина. В ней он, в частности, различает восприятие нашего лица в зеркале, в автопортрете и в портрете художника.

«Совершенно особым случаем видения своей наружности, – пишет М.Бахтин, – является смотрение на себя в зеркало. По-видимому, здесь мы видим себя непосредственно. Но это не так; мы остаемся в себе самих и видим только свое отражение, которое не может стать непосредственным моментом нашего видения и переживания мира: мы видим отражение своей наружности, наружность не обнимает меня всего, я перед зеркалом, а не в нем; зеркало может дать лишь материал для самообъективации, и притом даже не в чистом виде. В самом деле, наше положение перед зеркалом всегда несколько фальшиво: так как у нас нет подхода к себе самому... Автопортрет всегда можно отличить от портрета по какому-то несколько призрачному характеру лица, оно как бы не обнимает полного человека, всего до конца: на меня почти жуткое впечатление производит смеющееся лицо Рембрандта на его автопортрете и странно отчужденное лицо Врубеля... Другое дело – портрет наш, сделанный авторитетным для нас художником, это действительно окно в мир, где я никогда не живу, действительно видение себя в мире другого глазами чистого и цельного другого человека – художника, видение как гадание, носящее несколько *предопределяющий* меня характер» (Бахтин, 1979, с.31, 32, 33.)

Основной вопрос здесь следующий: если Назлоян не ориентируется на эстетические критерии и реальность, то что, какое содержание он выявляет в лицах своих больных, что в этих лицах он «предопределяет»? Конечно, Назлоян стремится реалистически, адекватно передать лицо своего пациента. Однако есть реализм и реализм. Каждый художник-реалист по-своему изобразит свою натуру. Подумаем, как Гагик Назлоян воспринимает своих пациентов, какими бы тяжело больными они ни были. Я рискну утверждать, что все они для Назлояна, во-первых, **равные** ему люди, во-вторых, в определенном смысле психически **здоровые**. Безусловно, они замкнулись, запутались, погрязли в своей реальности, отгорожены от нас «стеной молчания», но не безнадежно. Есть тропа и проводник, чтобы выйти из этой ловушки, этого лабиринта, из этого

страшного деформированного мира в мир обычный. Другими словами, Гагик Назлоян всегда стремится разглядеть в лице человека его *здоровое начало*. И не просто разглядеть, а **выявить, обнажить, воссоздать** это начало. В этом смысле он лепит не просто реалистический портрет, а *погружает пациента в реальность, где последний встречает себя прежнего, себя здорового*. Только в этом контексте можно понять такое, на первый взгляд странное, высказывание Назлояна: «Произведение искусства развивается, следуя логике излечения, но и само участвует в определении этой логики». Поэтому же, кстати, все лица на портретах Назлояна похожи друг на друга. Во всех портретах Назлояна творчески воссозданы «психически здоровые лица больных людей», интегрированы отдельные здоровые планы и структуры их личности. С этой точки зрения понятно также, что Г. Назлоян «вдруг видит» в готовом портрете. На самом деле он смотрит не только на портрет больного, но и на оригинал и видит, что здоровая личность пациента уже выявлена и воссоздана, уже интегрирована из отдельных, нащупанных на предыдущих этапах лечения-сотворчества фрагментов.

Однако необходимо понимать, что появление здоровой части психики пациента создает конфликт, напряжение, но еще значительней конфликт, вызванный столкновением портретов личности, грозящий человеку полной потерей ориентации и осмысленного существования в этом мире. Именно здесь, вероятно, Назлоян заканчивает свою очередную маску пациента и приступает к следующей. И опять пациент не узнает и узнает свой образ, возникающий под пальцами Назлояна. И опять его психика, вынужденная разрешать конфликт трех портретов пациента, извлекает из недр его подсознания и памяти вытесненные ранее представительный и внутренний портреты здоровой его личности, которая занимает место рядом с его больной личностью. Работа продолжается неделя за неделей, месяц за месяцем, одна маска заменяет другую и постепенно рядом с больной личностью пациента *вырастает и выстраивается (по сути заново) здоровая его личность*. Г. Назлоян в своей статье отмечает, что необходимым условием воссоздания здоровой личности пациента является не только узнавание себя в прошлом, но и возвращение к оставленным в начале заболевания жизненным планам, прежним делам и творчеству, а также познание себя в новом качестве. «За время работы над портретом, – пишет Назлоян, – больные как бы наверстывают упущенное в течение многих лет своего развития; они скорее узнают, нежели возвращают утраченное» (Назлоян, 1994, с.40).

Но посмотрим, как наступает решительный перелом. Все сильнее нарастает напряжение, конфликт обеих личностей. Однако здоровая личность наливается жизненными силами и соками, поддерживается на плаву уже готовыми портретами, которые постепенно заполняют мастерскую, а больная не получает «пищу» для своего существования и дыхания. Врач по-прежнему отказывается общаться с пациентом по поводу тем деформированной личности, а пациент уже оказался втянутым

во вполне здоровое и далекое от событий деформированной реальности занятие – сотворчество и обсуждение процесса изготовления своего портрета. И вот в один прекрасный и действительно удивительный момент, как в финале пьесы Пушкина «Дон Жуан», больная, деформированная личность «проваливается» в подсознание, т.е., говоря языком психоанализа, – вытесняется. В сознание теперь получает доступ только здоровая личность. Другими словами, наступает выздоровление.

Прокомментируем теперь данное здесь объяснение, используя теоретические представления, развитые автором в «*учении о психических реальностях*» (Розин, 1985, 1986, 1988, 1993, 1995).

Комментарий 1. Необходимым условием теоретического объяснения маскотерапии, на наш взгляд, является предварительное толкование природы тех типов психических заболеваний, с которыми имел дело Г.Назлюян. В учении о психических реальностях зарождение психического заболевания и его развитие объясняется сменой одной *непосредственной реальности* («согласованной», конвенциональной) на другую непосредственную реальность («несогласованную», деформированную), а также борьбой их друг с другом. Непосредственные реальности осознаются человеком как то, что существует на самом деле, безусловно. Для религиозного человека – это Бог, для атеиста – природа и ее законы, для подростка – его Я, для взрослого – Я и Другие и т.д. В отличие от безусловной реальности, *производные реальности* (сновидения, фантазии, мир искусства, игра и т.д.) – условны, существуют в особом смысле, их события относятся к человеку только через план осознания. Например, сюжет, приснившийся человеку, принимается им, если он верит в сны, и отвергается, если не верит. Бог же ни в каких случаях не может быть отвергнут религиозным сознанием, это значило бы отвергнуть само бытие и самого себя.

Производные психические реальности получают свое значение от непосредственных и поэтому существуют во многом как бы для них. Именно непосредственные психические реальности поддерживают всю «пирамиду» производных реальностей. Подобно тому, как смерть Кашея Бессмертного находилась на кончике иглы, скрытой в яйце, которое было в утке, спрятанной в сундуке, висевшем на дубе. Пока непосредственные психические реальности «в порядке», человек полон сил, энергии, активен и бодр. Если же по какой-либо причине такие реальности выходят из строя, парализуются, все для него теряет смысл. С непосредственными реальностями связаны самые фундаментальные желания человека, например, желание вести праведную жизнь и соединиться с Богом, или же добиться в жизни успеха, сохранить свою жизнь. Другая важная особенность этих реальностей – они задают для человека *основной способ осмысления и переживания всего чувственно данного*, т.е. того, что человек видит, слышит, ощущает. Это связано с тем, что чувственные впечатления, которые человек получает от предметов, образуются из 2-х разных источников – *внутреннего опыта человека*, который как раз

основывается на непосредственных реальностях, и *восприятия этих предметов* (их визуального, слухового, тактильного обследования). При смене непосредственных реальностей (это имеет место в эзотерической практике, в подростковом возрасте, при переворотах сознания, ряде психических заболеваний и в других случаях) парализуется вся старая система чувственного восприятия и осмысления и складывается новая (человек открывает для себя новый мир, и буквально начинает по-другому и другое видеть, слышать, ощущать). И понятно почему, ведь *меняется вся система внутреннего опыта и его организация*. Необходимое условие такой смены и попадания человека в новый мир – формирование новых способов восприятия чувственно данных предметов, такого, который согласуется с новым внутренним опытом и новой его организацией.

В свою очередь, одно из необходимых (но недостаточных) условий смены непосредственной реальности – попытки человека разрешить свои проблемы и неурядицы, которые обуславливаются особенностями его воспитания и личности, образом его жизни. Как правило, такой человек имеет много *контрреальностей* (то есть реальностей, парализующих друг друга) и часто ищет выход из своих затруднений в идеальном мире (он берется «напрокат» или придумывается), то есть выход ищется в одной из производных реальностей. В этих случаях человек, с одной стороны, культивирует подобную производную реальность, поддерживая ее своим поведением и деятельностью, с другой – подавляет те реальности, которые ей противоречат. Подавление, или, по Фрейду, вытеснение нельзя понимать натуралистически, например, как силовое подавление или пространственное перемещение. Если одна реальность (деформированная) отрицает другую и более значима для личности, то ее реализация делает невозможной реализацию второй реальности. Это и есть феномен подавления.

События, если они заходят достаточно далеко, могут принять такой оборот, что все реальности, поддерживающие согласованную непосредственную реальность, оказываются подавленными, т.е. все их деятельности блокируются (этот процесс часто сопровождается нарушением восприятия, вплоть до галлюцинаций). В результате может произойти подавление и самой непосредственной реальности, на место которой становится получившая всю «власть» производная реальность, то есть реальность деформированная. Происходит и перерождение психики человека: на основе деформированной реальности разворачиваются новые производные реальности, складывается новое (оцениваемое другими как болезненное) поведение человека. Однако «старые», бывшие раньше основными, реальности тоже дают о себе знать: они реализуются как в обычных сферах психики, так и контрабандным путем в деформированной реальности. Дальнейшее развитие и течение психического заболевания определяется взаимодействием трех основных моментов: реализацией сюжетов деформированной реальности (эти сюжеты конечны), искажением таких процессов под влиянием реализации «старых»

реальностей, подтверждением или неподтверждением ожиданий личности в новом деформированном мире. Если ожидания личности в деформированном мире не подтверждаются, снова могут возникнуть проблемы, и весь процесс может пойти в обратном порядке (стихийное выздоровление), что бывает, впрочем, достаточно редко.

Один из примеров подобного редкого феномена описан в известном в авангардной культуре тексте «Каширское шоссе» А.Монастырских. А.Монастырских описывает в нем, что с ним произошло в течение примерно двух лет. Он был неверующим человеком, но страстно хотел обрести веру в Бога и потому стал посещать церковь, читать христианскую литературу, жить интересами христианской религии. В результате с определенного момента его сознание и ощущения стали быстро трансформироваться; закончился этот процесс изменений так, что Андрей в буквальном смысле «попал» в мир своих желаний: имел возможность наблюдать ангелов, святых, Бога, страдал от демонов, боролся в самом себе с нечистыми силами. Примерно через год после этого необычный мир потускнел и затем быстро распался, так закончилось приобщение Андрея к христианской вере.

Интересно, что смене непосредственной реальности у А.Монастырских предшествовал прорыв в сознание отдельных образов из «религиозного мира», а также трансформация обычного ощущения и восприятия (необычность, странность восприятия, потеря ряда ориентиров, нарушение схемы тела, появление «голосов» или «видений»). Любопытны и явления трансформации ощущений, имевшие место при смене непосредственной реальности: например, Монастырских описывает, как звуковые впечатления трансформировались в световые, звуки и визуальные сигналы обычной или даже небольшой силы воспринимались как сверхсильные (громоподобные, яркие, сверкающие), неожиданно, то есть объективно немотивированно, менялись сила и характер ощущений. Описывает А.Монастырских и эффект, напоминающий катарсис, т.е. события, которые он *пере-живал*, периодически достигали такой силы, имели такое значение, что вызывали у Монастырских экстатические состояния (он или возносился, приобщался к необыкновенной радости, заставляющей ощущать счастье, полноту бытия, необычные, космические возможности, или, напротив, погружался в пучину страха, ужаса и отчаяния, ни с чем не сравнимые по силе и характеру). Обратим внимание на то, что еще на начальной стадии своего пути А.Монастырских не только старался поверить в Бога, но и практически осваивал религиозный опыт, религиозную жизнь, хотя он еще реально Бога не чувствовал. Другими словами, он как бы заранее формировал у себя новые системы координации и управления (деятельностью и поведением), приспособлявая их для предстоящих им новых функций и действий. Этот аспект его усилий очень важен, в результате происходила перестройка не только ума А.Монастырских, но также его психики и телесности. Важно также, что в пределе весь этот сложный процесс перерождения психики

может идти и без всякой опоры на чувственный материал. Другой вариант смены непосредственной реальности рассмотрен в наших работах, посвященных анализу эзотерических учений (Розин, 1992, 1993, 1995).

Комментарий 2. С точки зрения представлений о психических реальностях создание портрета больного – это погружение его в *эстетическую реальность*. Особенность этой реальности в том, что на волне эстетических событий пациент входит еще в одну реальность – реальность его здоровой личности. Другими словами, реальность портрета включает в себя две достаточно самостоятельные реальности – эстетическую и еще одну, назовем ее условно *«психотерапевтической»*. В психотерапевтической реальности события разворачиваются по следующему сценарию. Пациент начинает узнавать себя, но узнаваемый, так сказать, здоровый образ пациента, противоречит другому, который сформировался во время болезни; он, как мы говорили, целиком обусловлен деформированной реальностью. Конфликт двух образов пациента разрешается в пользу здорового образа пациента именно потому, что последующие события психотерапевтической реальности *усиливают и подкрепляют здоровый образ* и, напротив, *нивелируют и ослабляют образ, отвечающий деформированной реальности*. Важную роль в этом процессе играют: нежелание врача обсуждать темы деформированной реальности, нормальная, неболезненная обстановка мастерской, характер общения пациента с врачом и людьми, присутствующими на сеансах. Следовательно, психотерапевтическая реальность – это не только реальность портрета, но и *реальность общения, реальность коммуникации*. Было бы неправильно преуменьшать и роль эстетического плана: через эстетическую реальность больной незаметно для себя проходит психотерапевтическую и далее движется в ней в определенном направлении, к выздоровлению. Проживая события эстетической реальности, он одновременно проживает и события психотерапевтической реальности.

Комментарий 3. Можно предположить, что эффективность лечения по методу Г. Назлояна будет тем выше, чем точнее будет соблюден ряд условий. Во-первых, пациент должен уже достаточно остро переживать неблагополучие в деформированном мире, хотя вначале этот мир влечет его как надежда на разрешение всех его проблем. Во-вторых, больной должен быть не чужд магии искусства, хотя бы в том отношении, чтобы поддаваться «первичной иллюзии» произведений искусства, узнавая в портрете себя. В-третьих, выздоровление пойдет быстрее, если пациент Назлояна способен не только вспомнить себя прежнего, но и, не осознавая того, *сочинить, придумать, создать* себя заново. Когда пациенты Назлояна говорят, что они рождаются заново, они довольно точно выражают суть происходящего. В-четвертых, для окончательного выхода из деформированной реальности пациент, действительно, должен пережить сильные эмоции, катарсис. И вот почему.

В учении о психических реальностях эмоции человека объясняются следующим образом. К эмоциям ведут ситуации, когда происходит столкновение или «перебивка» двух реальностей (мотивов, установок), а контекст и условия не позволяют человеку интегрировать эти реальности, сделав их событиями некоей третьей реальности. В зависимости от характера реальностей и особенностей их столкновения (здесь важна скорость разворачивания событий) наступает или ступор, или колебания (в отношении разных реальностей), или срыв в поведение защитного характера и т.д. Одновременно возникают эмоции. При этом человек открывает (изобретает) определенные *телесные гештальты*. Что они собой представляют? Во-первых, эмоции позволяют человеку временно приостановить или затормозить текущую жизнедеятельность, они изолируют от этой жизнедеятельности энергию, переключают на себя. Во-вторых, эмоции являются самостоятельной реальностью, именно эмоциями. В-третьих, эмоции – это некоторый процесс, например, циклический. В-четвертых, эмоции как телесный гештальт – это определенная форма, пластический образ, выражение. Эти качества телесного гештальта позволяют эмоциям выполнять изолирующую и интегрирующую роль, давая возможность сознанию перестроиться, найти новую интегрирующую реальность (Розин, 1988).

Если взглянуть на процесс выздоровления пациентов Назлояна с точки зрения представлений об эмоциях, то можно понять, что происходит на последней стадии портретирования. Деформированная непосредственная реальность пациента становится в психическом отношении все слабее, а интегрированная новая непосредственная реальность (реальность здоровой личности), напротив, все усиливается. В конце концов наступает перелом: интегрированная непосредственная реальность вытесняет деформированную. Но вытеснение – сложный, болезненный процесс. Идет столкновение, борьба непосредственных реальностей, человек не успевает выстроить новое поведение, адаптироваться к новому миру, он продолжает цепляться за события старого деформированного мира. Вся эта коллизия разворачивается на фоне катарсиса, бурных эмоций, которые позволяют человеку, с одной стороны, интегрировать новое поведение, привыкнуть к здоровому миру, – с другой пережить в новом мире реализацию планов своей уже здоровой личности.

ЛИТЕРАТУРА

- Бахтин М.М. *Автор и герой в эстетической деятельности*. // *Эстетика словесного творчества*. М., 1979.
- Назлоян Г.М. *Зеркальный двойник. Утрата и обретение. Психотерапия методом скульптурного портретирования*. М., 1994.
- Розин В.М. *Эзотерический мир*. // *ОНС*, № 4, 1992.
- Розин В.М. *Эзотерическое мироощущение в контексте культуры*. // *Обществ. науки и современность*, № 5, 1993.

Розин В.М. Где живет баба-яга. // Литературная учеба. № 2, 1985.

Розин В.М. Опыт гуманитарного исследования художественной реальности поэтических произведений. // Проблема гуманитарного познания. Новосибирск. 1986.

Розин В.М. Исследование музыкальной реальности и выразительных средств музыки. // Выразительные средства музыки. Красноярск, 1988.

Розин В.М. Культура и психическое развитие человека. // Вопросы психологии, № 3, 1988.

Розин В.М. Природа сновидений и переживания произведений искусств: опыт гуманитарного и социального психологического объяснения. // Сон – семиотическое окно. XXVI Випперовские чтения. М., 1993.

Розин В.М. Психологическая помощь, психотехника, эзотерический опыт. М., 1995.